

УЎҚ: 618.3-06:616.61-002.3-036.22:575

ГЭСТАЦИОН ПИЕЛОНЕФРИТДА ЙЎЛДОШНИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЖИҲАТЛАРИ

Мухсинова Махзуна Холмурадовна

Тошкент давлат тиббиёт университети доценти, т.ф.д.

Рузметова Шахноза Давронбековна

Урганч давлат тиббиёт институти Ички касалликлар ва
дерматовенерологияси кафедраси ассистенти.

Аннотация: Гестацион пиелонефритда йўлдош тўқимасида морфологик жиҳатдан яллиғланиш жараёнлари аниқланади ва уларнинг ҳар бири ўзига хос ўзгаришлар билан намоён бўлади. Яллиғланиш жараёни йўлдош тўқимасининг сўрғичлараро бўшлиқларида, сўрғичларнинг ўзида ва хорион пластинкасида лейкоцитларнинг эмиграцияси ва экссудатсия кўринишида намоён бўлади ҳамда бу жараён 2 хил йўл билан – она қони ва бола қони орқали амалга ошади. Сўрғичлараро бўшлиқдаги яллиғланиш жараёни (интервеллузит) бу – она ва йўлдош қон айланиш доирасидаги қон томирларга хос ўзгаришлар билан кечадиган патологик жараён ҳисобланади; шунини таъкидлаб ўтиш зарурки, бунда бошқа тўқималардаги каби яллиғланиш жараёнида ҳосил бўладиган ва ажралиб чиқадиган экссудат ва экссудатсия реакцияси маҳсулотлари қон томирлардан ташқари муҳитларга тарқалмаслиги кузатилади.

Калит сўзлар: Гестацион пиелонефрит, буйрак усти беши, ҳомиладорлик, патоморфология.

Тадқиқот мақсади: Гестацион пиелонефрит фонида йўлдош тўқимасида морфологик хос ўзгаришларини ўрганишдан иборатдир.

Муаммонинг долзарблиги. Ҳомиладорликда ривожланган Гестацион пиелонефрит фонида йўлдошнинг морфофункционал кўрсаткичларини кескин пасайиши жами ҳомиладорларни ўртача 15,8% да аниқланади. Бу эса, фетоплатсентар етишмовчилик фонида ҳомила ривожланишини бузилиши ва перинатал даврнинг турли босқичларида ўртача, 1000 та туғруқда 15-75 та ҳолатда ҳомила нобуд бўлишига олиб келади. Ҳар йили дунё бўйича, йилига Гестацион пиелонефрит фонида фетоплатсентар етишмовчилик фонида туғилган 13-17 млн чақалоқлар нобуд бўлади.

Гестацион пиелонефрит асосан Осиё давлатларида энг кўп тарқалаган патологиялар жумласига мансуб бўлиб, АҚШ ва Европа давлатларида 1000 туғруққа 5-7 тани ташкил этса, Россия федератсиясида 12-16 тани ташкил этади. Ўрта Осиё давлатларида бу кўрсаткич жуда ачинарли ҳолатда, 1000 та туғруққа ўртача 50-221 тани ташкил этади. Жумладан мамлакатимизда бу кўрсаткич асосан ҳомиладорликни 22-24 хафталигидан бошлаб муддатдан олдинги туғруқ бўйича чақалоқлар антенатал ўлимида 1000 та туғруққа ўртача 25-75 тани ташкил этади

Асосий жиҳатларидан бири Гестацион пиелонефритда йўлдош морфологияси бўйича текширувларни тўлақонли амалга оширилмаганлиги ва мамлакатимизда йўлдошни клиник морфологик ташхислаш алгоритмини тўла тўқис ишлаб чиқарилмаганлиги, амалий тавсияларни ҳозирги миллий клиник протоколларда ўз ўрнини тўла тўқис топмаганлиги билан изоҳланади. Айнан, ҳомиладорликни турли патологияларида йўлдошдаги морфологик ўзгаришлар ўрганилганлигига қарамасдан Гестацион пиелонефрит бўйича, аниқ амалий тавсиялар ва миллий клиник протоколларда кўрсатмалар мавжуд эмас. Жумладан мамлакатимизда туғруқдан кейинги йўлдошни морфологик текшириш хулосалари бўйича амалий йўриқномаларни етарли эмаслиги, айнан Гестацион пиелонефритда морфологик ўзгаришларни ўзига хослиги ўрганилмаганлиги қолаверса, муаммони долзарблиги бўйича, жами ҳомиладорликни 21,3% да Гестацион пиелонефритни учраши фетоплатсентар етишмовчиликни юқори даражада учраб турганлиги билан асосланади.

Натижа ва муҳокама: Гестацион пиелонефрит фонида инфекция омиллари ҳар хил йўллар орқали (гематоген, лимфоген, антероград, контакли ва бошқалар) йўлдош тўқимасига етиб келиши, ҳомила томонидан пайдо бўлган метаболитларнинг (мочевина, креатин ва креатинин) она организми туқималари орқали суут ўтиши токсик моддаларнинг терминал ворсинкаларда тўпланиши ва дистрофик яллиғланиши кўринишида давом этиши билан таърифланади.

Гестацион пиелонефрит фонидаги (кўзиш даврида) ҳомиладорликда йўлдош етишмовчилиги патогенези сифатида бачадон-йўлдош қон айланишининг бузилиши, йўлдошда инфаркт, сўрғичлар тўлақонлиги, фибриноиднинг кўплиги, амнион пардалари ва йўлдош сўрғичларининг яллиғланиши оқибатида ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташ ҳавфи, клиник жиҳатдан ҳомила ривожланишининг орқада қолиши билан юзага чиқади (8-расмга қаранг). Оқибатда сўрғичларда стромаси такомил топмаган, капиллярлари кам, синситиокапилляр тўсиқ пайдо бўлмаган, юзасидаги

трофобластлар ҳам чала ривожланган, Кашенко–Гофбауер макрофагларини кўплиги кузатилади. Йўлдошни микроскопик жиҳатдан текширувларда куйидаги ўзгаришлар аниқланди: терминал сўрғичлари кўп сонли, нисбатан зич жойлашган думалоқ, овал, чўзинчоқ шаклли, айримлари бир-бири билан туташган тузилмалардан иборат. Стромасининг зичлиги барча сўрғичларда деярлик бир хил қалинликда, тартибсиз жойлашган бириктирувчи тўқима хужайраларидан ва сийрак толали тузилмалардан иборатлиги аниқланади. Бириктирувчи тўқима хужайраларининг ядролари нисбатан майда, думалоқ ва чўзинчоқ шаклли, уларнинг орасида йўлдошга хос бўлган Кашенко–Гофбауер макрофаглари учрайди. Йўлдош тўқимасида, ўзак тармоқлар ичидаги йирик томирлар деворида қалин, айлана тарзда жойлашган, сарғиш-қизил рангда бўялган коллаген толалар ва майда томирлар атрофида алоҳида тутамлардан иборат толали тузилмалар мавжудлиги кузатилади.

Хулоса

Гестацион пиелонефрит фонида йўлдош етишмовчилигига хос ўзгаришлар сифатида, бирламчи ва иккиламчи сўрғичлар қон томирлари девори хужайраларининг пролифератсияси, ишемияга олиб келувчи томир торайиши, бириктирувчи тўқима хужайраларининг кам табақалашганлиги аниқланди. Терминал сўрғичлар таркибида чала табақалашганликларининг кўплиги, структур бирликларида дистрофия, атрофия, деструкция жараёнларининг устун туриши кузатилди. Чала табақалашган терминал сўрғичлар стромасида Кашенко–Гофбауер макрофагларининг кўплиги, капиллярлар, синситиокапилляр тўсиқлар камлиги, трофобластлар ҳар хил даражада табақашланлиги сўрғичларнинг чала ривожланганлигидан далолат беради.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Millar, L. K. Uterine contraction frequency during treatment of pyelonephritis in pregnancy and subsequent risk of preterm birth / L. K. Millar, L. Debuque, D. A. Wing // Journal of Perinatal Medicine. – 2003. – Vol. 31, Iss. 1. – P. 41-46.
2. Neerhof, M. G. The fetal response to chronic placental insufficiency / M. G. Neerhof, L. G. Thaete // Semin.Perinatol. – 2008. – № 32. – P. 201-205.
3. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2019; (11):
4. Dawkins JC, Fletcher HM, Rattray CA, Reid M, Gordon-Strachan G. Acute pyelonephritis in pregnancy: a retrospective descriptive hospital based-study. ISRN Obstet Gynecol. 2012; 2012: 519321.

5. Guo X, Li X, Qi T Pan Z, Zhu X, Wang H, et al. A birth population-based survey of preterm morbidity and mortality by gestational age. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1): 291.
6. Bilash OV. Funktsional'nye i morfofunktsional'nye osobennosti platsenky pri khronicheskom pielonefrite u beremennykh [Functional and morphofunctional characteristics of the placenta in chronic pyelonephritis in pregnant women]. *Akush Ginekol (Mosk)*. 1987 Apr;(4):24-8.
7. Sudakova NM. Morfofunktsional'naia kharakteristika platsenty u beremennykh s khronicheskim pielonefritom i urogenital'nym khlamidiozom [Morphofunctional placental characteristics in pregnant women with chronic pyelonephritis and urogenital chlamydia infection]. *Arkh Patol*. 2004 Sep-Oct;66(5):21-4.
8. Mustafina LR, Logvinov SV, Yuriyev SY. Dynamics of changes in the numerical density of placental macrophages during urogenital infection in early pregnancy]. *Morfologiya*. 2015;147(2):54-8
9. Sebastian N, Czuzoj-Shulman N, Spence AR, Abenhaim HA. Maternal and fetal outcomes of urolithiasis: A retrospective cohort study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021 Nov;50(9):102161.
10. Acute pyelonephritis in pregnancy: an 18-year retrospective analysis. Wing DA, Fassett MJ, Getahun D. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210:219–216.
11. Pyelonephritis in pregnancy: clinical and laboratorial aspects and perinatal results. Zanatta DA, Rossini MM, Trapani Júnior A. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39:653–658.