

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

© ИРБИС. Все права охраняются.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА
И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Данная информация
не является

ДЕЦИДУАЛИЗАЦИЯ СТРОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НАЛИЧИИ УРЕА- И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Мустафина Л.Р.^{1,2}, Логвинов С.В.^{1,2}, Юрьев С.Ю.²

¹ ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии», Томск

² ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск

Децидуализация стромальных клеток эндометрия относится к числу важных гестационных изменений, которые от момента имплантации бластоцисты до появления первых очагов маточно-плацентарного кровообращения обеспечивают трофику и должное микроокружение для эмбриона, а в последующем контролируют степень цитотрофобластической инвазии.

Цель исследования состояла в оценке влияния микоплазменной инфекции на интенсивность децидуализации клеток стромы эндометрия.

Материалы и методы

Объектом исследования служили *decidua basalis* человека (n=79), полученные после искусственных абортов по немедицинским показаниям в сроке гестации 6-8 нед. Все женщины давали информированное согласие на обработку полученного биологического материала и публикацию результатов в открытой печати. Полученный материал распределяли по следующим группам: 1-я (n=23) – *Ureaplasma urealyticum*; 2-я (n=22) – *Mycoplasma hominis* (микробное число в 1-2-й группах составило >104 КОЕ); 3-я (n=34) – контрольная, без микоплазменной контаминации. На гистологических препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, при помощи окулярной вставки с известной площадью подсчитывали численную плотность децидуальных клеток в 1 мм² стромы. При этом выделяли предецидуальные, промежуточные и высококодифференцированные децидуальные клетки. Результаты выражали в виде медианы (Me) с указанием 95% доверительного интервала (ДИ). Статистическую обработку данных

проводили с использованием критерия Манна-Уитни. Статистически значимые различия принимали при p<0,05.

Результаты

Незрелые формы децидуальных клеток (предецидуальные) отсутствовали во всех изученных группах. Численная плотность децидуальных клеток промежуточного типа составила в 1-й группе 295,70 (ДИ 363,47-1282,19), во 2-й – 739,26 (ДИ 701,01-1933,44), в 3-й – 1182,82 клеток/мм² (ДИ 1027,18-2161,78). Наиболее высоким во всех исследуемых группах было количество высококодифференцированных (зрелых) децидуальных клеток: 1-й группе – 2168,50 (ДИ 1368,17-2591,69), во 2-й – 1724,94 (ДИ 1060,70-2272,70), в 3-й – 1429,24 клеток/мм² (ДИ 1063,55-2061,64). При сравнении полученных значений между группами с инфицированием и с показателями контрольной группы статистически значимых изменений выявлено не было, однако наблюдалась очевидная тенденция к преобладанию высококодифференцированных форм децидуальных клеток при наличии уреа- и микоплазменной инфекции по сравнению с таковыми в группе контроля.

Выводы

Представленные результаты, по нашему мнению, свидетельствуют о компенсаторной реакции децидуальной оболочки, проявляющейся ускоренным созреванием децидуальных клеток и способствующей, тем самым, беспрепятственному прогрессированию беременности, развивающейся на фоне уреа- и микоплазменного инфицирования.