



Сармуҳаррир:

Давлатзода Г.Қ. – н.и.т.,
дотсент, директори МД
ПАГваП

Муовинони сармуҳаррир:

Мирзоева А.Б. – н.и.т.,
муовини директор оид ба
корҳои илми МД ПАГва П

Алиева Р.Я. – н.и.т., дотсент,
ходими пешбари илми
МД ПАГваП

Котиби масъул:

Азимова Д.А. – н.и.т., ходими
илми МД ПАГваП

Мухаррир-мушовир:

Зиё Раҳмон – н.и.б.

Мухаррири бадеӣ:

Темурхонов Т.

Тарҷумон:

Мамедова З.А.

Мачалла соли 2009 таъсис
дода шудааст. Мачалла дар
Вазорати фарҳанги Ҷумҳу-
рии Тоҷикистон аз 23 апрели
соли 2018 таҳти № 056МҚ-97
ба қайд гирифта шудааст.

Суроғаи таҳририя:

734002, Ҷумҳурии
Тоҷикистон, ш. Душанбе,
куч. Мирзо Турсунзода,
Тел.: (+992 372) 213656
(+992) 907810281
E-mail: info@niagip.tj

Муассисони мачалла:
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии
аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
Академияи илмҳои тиб
Муассисаи давлатии Пажӯҳишгоҳи акушерӣ,
гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон
Ҷамъияти акушер-гинекологҳои
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Учредители журнала:

Министерство здравоохранения и социальной
защиты населения Республики Таджикистан
Академия медицинских наук
Государственное учреждение Таджикский
научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии
Общество акушеров-гинекологов
Республики Таджикистан

МОДАР ВА КЎДАК
МАТЬ И ДИТЯ
MOTHER AND CHILD

Мачаллаи илмӣ-амалӣ

№2, 2019

Шӯрои таҳририя:

Қурбанова М.Х. – д.и.т., профессор, Академики
академияи мактаби олии байналмилалӣ (Душанбе).
Муҳаммадиева С.М. – д.и.т., профессор (Душанбе).
Рустамова М.С. – д.и.т., профессор (Душанбе).
Жук С.И. – д.и.т., профессор (Украина).
Комилова М.Ё. – д.и.т., дотсент, Академики академияи
мактаби олии байналмилалӣ (Душанбе).
Хушвахтова Э.Х. – д.и.т., дотсент (Душанбе).
Хочимуродова Ҷ.А. – д.и.т., дотсент (Душанбе).
Узакова У.Ҷ. – н.и.т., дотсент (Душанбе).
Юнусов А.Г. – н.и.т. (Душанбе).
Қурбонов Ш.М. – н.и.т., дотсент (Душанбе).



Главный редактор

Давлатзода Г.К. – к.м.н.,
доцент, директор
НИИ АГиП

Заместители главного редактора

Мирзоева А.Б. – к.м.н.,
заместитель директора по
научной работе НИИ АГиП

Алиева Р.Я., к.м.н.,
доцент, ведущий научный
сотрудник НИИ АГиП

Ответственный секретарь

Азимова Д.А. – к.м.н.,
научный сотрудник
НИИ АГиП

Редактор-консультант:

Зиё Рахмон – к.б.н.

Художественный редактор:

Темурханов Т.

Переводчик:

Мамедова З.А.

Журнал был основан в 2009 году. Журнал зарегистрирован в Министерством культуры Республики Таджикистан 23 апреля 2018 года № 056МЧ-97.

Адрес редакции:

Республика Таджикистан
734002, г. Душанбе,
ул. Мирзо Турсунзода 31.

Тел.: (+992 372) 213656
(+992) 907810281

E-mail: info@niiagip.tj.

Редакционный совет:

Курбанова М.Х. – д.м.н., профессор, Академик
высшей международной школы (Душанбе).

Мухаммадиева С.М. – д.м.н., профессор (Душанбе).

Рустамова М.С. – д.м.н., профессор (Душанбе).

Жук С.И. – д.м.н., профессор (Украина).

Камилова М.Я. – д.м.н., Академик высшей
международной школы (Душанбе).

Хушвахтова Э.Х. – д.м.н., доцент (Душанбе).

Ходжимуродова Дж.А. – д.м.н. (Душанбе).

Узакова У.Дж. – к.м.н., доцент (Душанбе).

Юнусов А.Г. – к.м.н. (Душанбе).

Курбанов Ш.М. – к.м.н., доцент (Душанбе).

Ҳайати тахририя:

Муминова Ш.Т. – н.и.т.

Пулатова А.П. – н.и.т.

Зурхолова Х.Р. – н.и.т., дотсент

Мардонова С.М. – н.и.т., дотсент

Расулова Г.Т. – н.и.т., дотсент

Бойматова З.К. – н.и.т., дотсент

Нарзулаева З.Р. – н.и.т., дотсент

Болиева Г.У. – н.и.т.

Зайдуллоев Б.Б. – н.и.т.

Редакционная коллегия:

Муминова Ш.Т. – к.м.н.

Пулатова А.П. – к.м.н.

Зурхолова Х.Р. – к.м.н., доцент

Мардонова С.М. – к.м.н., доцент

Расулова Г.Т. – к.м.н., доцент

Бойматова З.К. – к.м.н., доцент

Нарзулаева З.Р. – к.м.н., доцент

Болиева Г.У. – к.м.н.

Зайдуллоев Б.Б. – к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

Алиева Р.Я., Ахмедова Т.М., Абдурахмонова М.А., Менгниязова З.Г., Ходжаева С.А. Особенности гестационного процесса и перинатальные исходы у женщин сахарным диабетом 1 типа в зависимости от прегравидарной подготовки	4
Ахмедова Т.М., Алиева Р.Я., Акбарова Г.С., Бекзода Х., Мулкамонова Л. Особенности гормональной функции плаценты, плодового белка афп и маркеров дисфункции эндотелия у беременных женщин с сд 1 типа в зависимости от прегравидарной подготовки	8
Ахмедова Т.М., Алиева Р.Я., Гоибова Н.Х., Бобочонова С.М., Абдурахмонова Ш.В. Клиническая характеристика беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа	11
Болиева Г.У., Мамедова З.Т., Икромова З.М., Азимова Д.А. Сравнительная характеристика различных доступов при оперативном лечении придатковых образований	15
Зурхолова Х.Р. Зарифова П.Г., Зокирова Ф.Ф., Ниёзова Н.Н., Садриддинова Г. Н, Абдурахманов Д.В. Ранняя диагностика дисплазии тазобедренных суставов у ново- рожденных	18
Зурхолова Х.Р., Салихова Д.С., Каримова З.С., Розикова Г.С. Синдром Денди-Уокера	20
Икромова З.М., Усманова Н.К., Курбонова П.З. Оптимизация методов лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза	23
Карабаев Д.И., Алимов З.Д., Одинаев О.О. Положительное влияние эпидуральной анальгезии родов на соматический и неврологический статус новорождённых	27
Кармишева М.Н., Болиева Г.У., Сафарова С.М., Хушвахтова Э.Х. Клинико-anamnestическая и лабораторная характеристика пациенток с полипом шейки матки	30
Кармишева М.Н., Хушвахтова Э.Х., Болиева Г.У., Сафарова С.М. Тактика ведения больных с полипом шейки матки в различные периоды жизни ...	33
Коймдодова Б. К., Шамсова М.С., Замираи Холмурод, Азимова Д.А., Собирова Г.А. Нарушения минеральной плотности костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью в условиях Таджикистана	36
Музаффаров Ш.С., Зокирова Ф.Ф., Расулова Г.Ч., Мирзоева Г.Т., Нурова Р.А. Хусусиятҳои зинаи плазмавии системаи гемостаз дар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои дохилибатнии хос	40
Расулова Г.Т., Нарзуллаева З.Р., Нодиршоева Р.А., Саидова М. И., Ибрагимова Н.Т. Ультразвуковой контроль за состоянием шейки матки при беремен- ности у женщин с потерями беременности в анамнезе	45
Рахимова Б.С., Камилова М.Я., Ашурова З.А. Изменение качества жизни женщин с пролапсом тазовых органов в результате оперативного лечения	48
Рахимова Б.С., Камилова М.Я., Юнусова М.М., Саидова Д.А. Значение комплексного обследования женщин с пролапсом тазовых органов	52
Хушвахтова Э.Х., Мирзоева А.Б., Курбанова М.Х., Хакимова Н.Т. Результаты комплексного обследования пациенток с гиперпластическими процессами матки	57
Юнусов А.Г., Додхоев Дж.С., Зарифова П.Г., Зокирова Ф.Ф., Бодурхонова Дж.А., Негматуллаева С.М. Низкотехнологичная лечебная гипотермия у новорожденных энцефалопатией гипоксического генеза	59
Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна (ко дню рождения)	64

УДК 618.3

ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Алиева Р.Я., Ахмедова Т.М., Абдурахмонова М.А., Менгниязова З.Г., Ходжаева С.А.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Изучить гестационный процесс и перинатальные исходы у женщин с сахарным диабетом 1 типа в зависимости от прегравидарной подготовки. **Материал и методы исследования.** С целью изучения особенностей гестационного процесса и перинатальные исходы в зависимости от предгравидарной подготовки у женщин с сахарным диабетом 1 типа проспективно и ретроспективно исследованы 103 пар родильниц и их новорожденные дети в ГУ ТНИИ АГ и П и в городских родильных домах г. Душанбе за 2015-2018 гг.

Результаты. В группе женщин, прошедших прегравидарную подготовку, включающую коррекцию уровня гликемии в течении 3-х месяцев, отмечается достоверное снижение частоты рождения новорожденных с признаками диабетической фетопатии.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, беременность, перинатальные исходы, прегравидарная подготовка.

Актуальность. Согласно данным современной литературы в настоящее время сахарный диабет матери является важнейшей проблемой в связи угрожающим ростом данного заболевания по всему миру. С ростом заболевания увеличиваются и осложнения, связанные с мало информированностью населения о самом заболевании и путях её профилактики [1,2]. С началом гестации у беременных женщин, страдающих сахарным диабетом, происходит гормональная и метаболическая перестройка. [4]. Результаты проведенных исследований показывают, что у 60-75% пациенток с диабетом, течение гестации протекает с различными осложнениями [5]. Среди осложнений первое место занимает гипертензивные нарушения (умеренная и тяжелая преэклампсия), маловодие и многоводие, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, крупный плод, инфекция урогенитального тракта, внутриутробная задержка роста плода, макросомия, гипоксия и внутриутробная гибель плода [3].

Доказано, что при наличии сахарного диабета у матери риск преждевременных родов не выше популяционного. Имеющее место повышение частоты преждевременных родов у женщин, страдающих СД обусловлено высокой частотой индуцированных преждевременных родов, связанных с ранним развитием у них осложнений беременности, в частности, в связи с появлением выраженной гипертензии, или в связи с выбранной тактикой ведения этих пациенток [3,4].

Цель исследования: Изучить течение гестации и перинатальные исходы у женщин с сахарным диабетом 1

типа в зависимости от прегравидарной подготовки.

Материал и методы исследования. С целью изучения течения гестационного процесса и перинатальных исходов в зависимости от предгравидарной подготовки у женщин с сахарным диабетом 1 типа, проспективно и ретроспективно исследованы 103 пар родильниц и их новорожденные дети в ГУ ТНИИ АГ и П и в городских родильных домах г. Душанбе за 2015-2018 гг.

Согласно цели исследования, для сравнительной оценки эффективности влияния прегравидарной подготовки на перинатальные исходы, были сформированы 3 группы.

Основную (1) – группу составили родильницы (п-30) проспективного наблюдения с предгравидарной подготовкой женщины с сахарным диабетом 1 типа. Сравнимая (2 группа) (п- 42) проспективного и ретроспективного исследования, сформирована из числа родильниц, не имевших антенатальное наблюдение и не прошедших курс предгравидарной подготовки и 3-группа здоровые беременные женщины (п-30) с физиологическим течением беременности и родов.

Результаты исследования. Изучены гестационный процесс и перинатальные исходы у женщин с сахарным диабетом 1 типа в зависимости от прегравидарной подготовки. Сравнительная оценка осложнений настоящей беременности в группах исследования представлены в (таблица1). Полученные данные свидетельствуют, что уровень осложнений беременности значительно выше в группе пациенток, не получивших прегравидарную подготовку. В частности, угроза прерывания беременности и рвота беременных наблюдалось у

каждой второй женщины 2-й группы (66,6±7,2%) и (50,0± 7,7%). Умеренная преэклампсия осложнила беременность у женщин 2-й группы (57,1±7,6%) по

сравнению 1-й группы (13,3±6,1%). СЗРП диагностирован у каждого второго плода у женщин 2-й группы (45,2±7,6%).

Таблица №1

Частота осложнений беременности у женщин с сахарным диабетом 1 типа в зависимости от прегравидарной подготовки

Осложнения беременности	1-я группа (n=30)	2-я группа (n=42)	Хи- квадрат с поправкой Йетса	P
Угроза прерывания беременности	5 (16,6±6,7%)	28 (66,6±7,2%)	5,083	<0,01
Рвота беременных	3 (10,0±5,4%)	21 (50,0±7,7%)	4,253	<0,01
Умеренная преэклампсия	4 (13,3±6,1%)	24 (57,1±7,6%)	4,494	<0,01
Тяжелая преэклампсия	1 (3,35±3,2%)	12 (28,5±6,9%)	3,306	<0,05
Многоводие	4 (13,3±6,1%)	14 (33,3±7,2%)	2,119	<0,05
Маловодие	3 (10,0±5,4%)	16 (38,0±7,4%)	3,056	<0,05
СЗРП	4 (13,3±6,1%)	19 (45,2±7,6%)	3,273	<0,05
ПОНРП	-	2 (4,7±3,2%)		

Таблица 2.

Осложнения родов у женщин с сахарным диабетом 1 типа

№	Осложнения родов	1-я группа(n=30)		2-я группа (n=42)	
		Абс	%	Абс	%
1.	Преждевременные роды	2	6,6±4,5	19	45,2±7,6**
2.	Дородовый разрыв плодных оболочек	5	16,6±6,7	11	26,1±6,7
3.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	-	-	2	4,7±3,2
4.	Кесарево сечение	4	13,3±6,1	15	35,7±7,3*
5.	Травматизм в родах	6	20,0±7,3	13	30,9±7,1
6.	Дистресс плода	4	13,3±6,1	14	33,3±7,2

Примечание: * p<0,05, ** -p < 0,01- достоверное отличие показателей в группах обследованных женщин.

Как видно из представленных данных, частота осложнений беременности достоверно чаще отмечается с СД в группе женщин, не прошедших прегравидарную подготовку.

Среди всех обследованных женщин преждевременно роды закончились у 21 (29,1%) женщин СД, срочными родами завершилось беременность у 51 (70,9%) пациенток. Анализ сроков родоразрешения показал, что все женщины контрольной группы родили в срок, по сравнению 1-й и 2-й группой исследования (p <0,05).

Частота кесарева сечения у пациенток 2-й группы достоверно превышала соответствующий

показатель у женщин с сахарным диабетом 1 типа прошедших прегравидарную подготовку.

Так же отмечена тенденция к повышению частоты таких осложнений в родах во 2-й группе, как ДРПО, травматизм в родах и дистресс плода, что представлены в нижеследующей таблице 2. Через естественные родовые пути родоразрешены 53 (73,6%), и абдоминальным путем 19 (19,4%) женщин с сахарным диабетом 1 типа.

Показатель кесарево сечение выше (10 - 26,3%) в группах женщин с СД 1 типа не прошедшим прегравидарную подготовку. Показания к операции кесарево сечение представлены в (таблица 3).

Таблица 3

Показания к операции кесарево сечение у пациенток с сахарным диабетом 1 типа

Показания	Группы	
	n- 4	n -15
ПОНРП	1(25,0%)	1(6,6%)
Дистресс плода	2(50,0%)	6(40,0%)
Несостоятельность рубца на матке	1(25,0%)	-
Неэффективность родовозбуждения	-	2(13,3%)
Сахарный диабет в стадии декомпенсации+ неподготовленные родовые пути	-	6(40,0%)

Как видно из представленных данных, у 40% женщин с сахарным диабетом 1 типа не прошедших прегравидарную подготовку, родоразрешенных путем операции кесарево сечение, роды осложнились дистрессом плода. Декомпенсированное течение СД у пациенток 2 группы в 40,0% случаях явилось показанием для экстренного родоразрешения. При этом данный показатель не зарегистрирован в 1-й группе пациенток с прегравидарной подготовкой.

Частота осложнений в послеродовом периоде у женщин с сахарным диабетом 1 типа представлена в (таблица 4). Как видно из представленных данных, частота осложнений в послеродовом периоде чаще наблюдалось также у пациенток 2-й группы. Среди пациенток 1-й и 3-й группы родивших детей массой менее 2000г не зарегистрировано. Во 2-й группе массу тела при рождении меньше 2500,0 гр. имели 17 (40,4%) новорожденных, течение беременности у пациенток осложнилось ДРПО в 58,8%, дистрессом плода в 23,5%, ЧОНРП в 5,8% случаях.

Новорожденные матерей с сахарным диабетом 1 типа не прошедшие прегравидарную подготовку согласно данным, представленным в (таблице 6) на 1-й минуте после рождения оценены по шкале Апгар на 7 баллов и ниже в 24(60,0%) случаях, новорожденные от матерей 1-й группы в 4 (13,3%) случаях.

Следовательно, настоящими исследованиями установлено, что новорожденные от матерей

сахарным диабетом 1 типа, не прошедших прегравидарную подготовку, почти в 4 раза чаще рождались в асфиксии по сравнению с новорожденными матерей, прошедших прегравидарную подготовку.

Диабетическая фетопатия наблюдалась у 30,5% новорожденных от матерей с сахарным диабетом 1 типа. Во 2-й группе данная патология наблюдалось достоверно чаще почти у каждого второго новорожденного (45,2±7,6%). Нарушения мозгового кровообращения у новорожденных наблюдалось в 7 (16.6±6,7%) случаях во 2-й группе и в 3 (10,0±4,6%) в 1-й группе. Синдром дыхательных расстройств встречался у 9 (12.5±5,1%) новорожденных от матерей 2-й группы и у 2 (6,6±4,5%) от матерей из 1-й группы. Внутритробная инфекция зарегистрирована у 5 (11,9±4,9%) новорожденных от матерей 2-й группы, при этом, у новорожденных с внутритробной инфекцией от матерей с СД 1 типа отмечено высокая частота урогенитальной инфекции.

Частота неонатальных осложнений представлена в (таблице 7). Причина неврологической симптоматики у новорожденных с СД 1 типа возможно связана с неблагоприятным влиянием гипергликемии на плод. Новорожденные родившиеся с врожденными пороками развития были от матерей 2-й группы, причем именно те, что находились в стадии декомпенсации диабета (14,2±5,3%).

Таблица 4

Осложнения послеродового периода у женщин с сахарным диабетом 1 типа

№	Осложнения послеродового периода	1-я группа(п-30)		2-я группа (п-42)	
		Абс	%	Абс	%
1.	Кровотечения	-		6	14,2±5,3
2.	Послеродовые септические осложнения	1	3,35±3,2	5	11,9±4,9

Таблица 5

Распределение новорожденных по массе тела при рождении у обследуемых групп.

Группы	1-я группа(п-30)	2-я группа (п-42)	3-я группа(п-30)
Масса новорожденных			
Меньше 1000г	-	2(4,7%)	-
1000-1499г	-	2(4,7%)	-
1500-1499г	-	4(9,5%)	-
2000-2499г	2(6,6%)	9(21,4%)	1(3,3%)
2500-2999г	4(13,3%)	8(19,0%)	1(3,3%)
3000- 4500г	24(80,0%)	17(40,4%)	28(93,3%)

Таблица 6

Распределение новорожденных соответственно оценке по шкале Апгар

Группы	1-я группа(п-30)		2-я группа (п-40)		3-я группа(п-30)	
	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин
Оценка новорожденного по шкале Апгар						
8-10 баллов	26(86,6)	28(93,7%)	16(40,0%)	31(77,5%)	29(96,7%)	30(100%)

	%)					
7 баллов	2(6,6%)	2(6,6%)	20(50,0%)	7 (17,5%)	1(3,3%)	0
6 баллов	2(6,6%)	0	2(5,0%)	2(5,0%)	0	0
5 баллов	0	0	2(5,0%)	0	0	0
4 балла	0	0	0	0	0	0

Таблица 7

Частота неонатальной заболеваемости в зависимости от прегравидарной подготовки

Нозология	1-я группа (n-30)	2-я группа (n-42)	Хи-критерий с поправкой Йейтса	p
Диабетическая фетопатия	3(10,0±5,4%)	19(45,2±7,6%)	3,777	<0,01
Синдром дыхательных расстройств	2(6,6±4,5%)	9(21,4±6,3%)	1,911	<0,05
Нарушение мозгового кровообращения	3(10,0±5,4%)	7(16,6±5,7%)	0,840	>0,05
СЗРП	1(3,35±3,2%)	12(28,5±6,9%)	3,30	<0,05
ВПР	-	6(14,2±5,3%)		
Внутриутробная инфекция	-	5(11,9±4,9%)		

В раннем неонатальном периоде из 40 новорожденных матерей с СД 1 типа, 2 группы, умерли 2 новорожденных, которые были родоразрешены в 34 и 35 недель беременности, в связи установлением диагноза у матери СД 1 типа в стадии декомпенсации. Антенатальная гибель плода произошла у 2 матерей с сахарным диабетом 1 типа. из числа женщин, не прошедших прегравидарную подготовку.

Таким образом, установлено, что в группе женщин, прошедших прегравидарную подготовку, включающую коррекцию уровня гликемии в течении 3-х месяцев, отмечается достоверное снижение частоты рождения новорожденных с признаками диабетической фетопатии. При этом, полученные данные свидетельствуют, что не скорректированная до наступления беременности гипергликемия способствует развитию диабетической фетопатии, обуславливающей высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности детей от матерей с сахарным

диабетом 1 типа.

Список литературы

1. Здоровье населения и деятельность лечебных учреждений в РТ 2015 году. // Ежегодный статистический справочник. Душанбе. 2016.
2. Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017 годы. Душанбе. 2012, 50 с.
3. Харкевич О.Н., Барсуков А.Н., Панкратова О.А., Римашевский В.В., Скрипленок Т.Н. Ведение беременности у пациенток с сахарным диабетом I типа. Минск: Право и экономика. 2014, 40 с.
4. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения. Монография. М.: МИА. 2011. С. 259-326.
5. Kim C. Gestational diabetes: risks, management and treatment options // Int. J. Women's health. 2010. Vol.2. P.339-351.

PECULIARITY OF GESTATION PROCESS AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH DM I TYPE IN DEPENDENCE FROM PREGRAVIDAR PREPARATION
Alieva R.Ya., Akhmedova T. M., Abdurahmonova M.A., Mengniysova Z.G., Hojaeva S.A.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Results: in the women groups, that past pregravidar preparation, including correction of glycaemia level for 3 months, indicate reliable decreasing of newborn birth frequency with signs of diabetic fetopathy.

Key words: DM I type, pregnancy, perinatal outcomes, pregravidar preparation.

ХУСУСИЯТҲОИ ПРОТСЕСИ ГЕСТАЦИОНӢ ВА ОҚИБАТҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ЗАНҲОИ ҲОМИЛАДОРИ ДОРОИ БЕМОРИИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВЪИ 1-УМ ВОБАСТА АЗ ОМОДАГИИ ПРЕГРАВИДАРӢ
Алиева Р.Я., Аҳмадова Т.М., Абдурахмонова М.А., Менгниязова З.Г., Хочаева С.А.

МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Дар гурӯҳи занҳое, ки тайёрии прегравидарӣ доштанд, пастшавии сатҳи таваллуди навзодони гирифтори фетопатияи диабетӣ ба мушоҳида расидааст.

Калимаҳои калидӣ: диабетӣ қанди нави 1-ум, ҳомиладорӣ, оқибатҳои перинаталӣ, омодагии прегравидарӣ.

УДК 618.3

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ, ПЛОДОВОГО БЕЛКА АФП И МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СД 1 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Ахмедова Т.М., Алиева Р.Я., Акбарова Г.С., Бекзода Х., Мулкамонова Л.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Оценить возможность использования гормонов плаценты, плодового белка АФП и маркеров дисфункции эндотелия в качестве прогностического и диагностического критериев у женщин с сахарным диабетом 1 типа. **Материал и методы исследования.** Уровень плацентарных гормонов в сыворотке крови и маркеров дисфункции эндотелия определяли иммуноферментным методом с использованием аппарата «Униплан». **Результаты.** Выявлены диагностическое значение определение уровня маркеров дисфункции эндотелия для установления синдрома эндотелиальной дисфункции.

Ключевые слова: сахарный диабет, беременность, маркеры дисфункции эндотелия, гормоны.

Актуальность проблемы. Сочетание сахарного диабета и беременности является весьма актуальной проблемой в акушерстве в связи с высокими цифрами материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Часто встречающимся осложнением беременности у женщин с сахарным диабетом является плацентарная недостаточность (ПН) [4]. Течение перинатального периода в существенной степени определяется состоянием общего здоровья беременной женщины и характером течения беременности и родов. Наиболее часто неблагоприятные перинатальные исходы встречаются при инсулинозависимой форме сахарного диабета у матери [4]. Одним из эффективного метода, позволяющим снизить перинатальную заболеваемость и смертность, является своевременная диагностика патологических состояний плаценты, влияющих на плод. На современном этапе установление причины ПН с учетом концепции о роли адаптивных и компенсаторно-защитных механизмов формирования реактивности женского организма, готовности его к выполнению репродуктивной функции и способности к адекватной функционально-структурной перестройке в процессе беременности.

Причем это является ключевым методологическим подходом в разработке научно-обоснованной системы прогнозирования, диагностики и профилактики тяжелых форм ПН [1,2,5].

Цель исследования. Оценить возможность использования уровня гормонов плаценты, плодового белка АФП и маркеров дисфункции эндотелия в качестве прогностического и диагностического критерия у женщин с сахарным диабетом 1 типа.

Материал и методы исследования. Для изучения влияния предгравидарной подготовки на исход беременности, перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных от матерей с сахарным диабетом 1 типа проспективно исследованы 105 пациенток и их дети, госпитализированных ОПБ №1 и №2 в ГУ ТНИИ АГ и П, и ОПБ городского родильного дома №2 г. Душанбе за 2013-2018 гг.

Согласно цели исследования, для сравнительной оценки эффективности влияния предгравидарной подготовки на перинатальные исходы, были сформированы 3 группы. Основную (1) – группу составили женщины с сахарным диабетом 1 типа (n=30) которым проведена предгравидарная подготовка. Сравнимая 2 группа (n=45) сформирована из числа беременных

женщин, без прегравидарной подготовки. 3 группа (n=30) контрольная сформирована из числа здоровых беременных. Уровень плацентарных гормонов в сыворотке крови и маркеров дисфункции эндотелия определяли иммуноферментным методом с использованием аппарата «Униплан».

Результаты исследования. При нормально протекающей беременности содержание АФП в сыворотке крови матери составляет от 20-30 нг/мл до 300-400 нг/мл, при этом оно постепенно увеличивается с первого триместра (7-8 недель) беременности до 32-34 недель, и концу беременности постепенно снижается и ближе к родам достигает 50-150 нг/мл.

Изучено содержание АФП (альфа-фетопротеин) и ТБГ (трофобластический бета глобулин) в сыворотке крови у 29 беременных женщин, прошедших прегравидарную подготовку, и у 34 беременных с сахарным диабетом I типа, не прошедших прегравидарную подготовку. Полученные данные представлены в таблице 1.

Из приведенных данных видно, что у беременных женщин с сахарным диабетом I типа, прошедших прегравидарную подготовку в 28-34 недель беременности, содержание АФП в среднем составило 127,7±5,4 нг/мл. К 35-38 неделям беременности этот показатель достоверно ($p < 0,05$) снижался до 104,6±5,5 нг/мл. У женщин с сахарным диабетом I типа, не прошедших прегравидарную подготовку, уровень АФП в крови статистически достоверно превышал контрольные значения как в сроки 28-34 недель, так и в сроки 35-38 недель беременности. Необходимо отметить, что уровень АФП в сыворотке крови беременных больных сахарным диабетом I типа, не прошедших прегравидарную подготовку, существенно не снижался к концу беременности.

Таблица 1

Содержание АФП (нг/мл) в сыворотке крови у беременных с сахарным диабетом I типа

Срок беременности	28-34 недель	35-38 недель
Группы		
1-я группа (n=29)	127,7±5,4	104,6±5,5
2-я группа (n=34)	224,2±7,0*	177,7±6,0**
3-я группа (n=29)	113,7±3,68	100,4±6,61

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ – отличие от контроля.

Среднее содержание ТБГ у обследованных групп женщин представлено в таблице 2.

Таблица 2

Среднее содержание ТБГ (нг/мл) в сыворотке крови у беременных с сахарным диабетом I типа

Срок беременности	28-34 недель	35-38 недель
Группы		
1-я группа (n=29)	48,8±1,7	62,3±2,3
2-я группа (n=34)	59,79±1,4	92,03±1,4*
3-я группа (n=29)	36,6±1,25	50,8±3,20

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ – отличие от контроля

Содержание ТБГ у беременных не имело существенных изменений в уровне в сроки беременности от 28 до 38 недель. При инсулинозависимом диабете у беременных женщин содержание ТБГ в сроки 35-38 недель достоверно возрастало по сравнению с соответствующим показателем в сроки 28-38 недель и достоверно отличалось от соответствующего показателя у здоровых беременных.

Повышение среднего значения АФП у беременных с сахарным диабетом I типа указывает на внутриутробное страдание плода.

Достоверное повышение ТБГ у женщин с сахарным диабетом I типа в конце беременности, по-видимому, не является результатом ухудшения состояния плода, так как имеются данные о понижении уровней этого белка при осложненном течении беременности.

Среднее содержание гормонов плаценты в сыворотке крови женщин с сахарным диабетом I типа в сроке 28-36 недель беременности представлено в таблице 3.

Таблица 3

Среднее содержание гормонов плаценты в сыворотке крови женщин с сахарным диабетом I типа в сроки 28-36 недель беременности

Группы	Прогестерон (нг/мл)	Эстрадиол (нмоль/л)
1-я группа (n=24)	113,27±4,47	78,09±0,52
2-я группа (n=32)	103,44±2,12	75,90±0,37
3-я группа (n=22)	140,09±1,49	80,1±0,72

Примечание: * $p < 0,05$ достоверное отличие средних значений гормонов плаценты (прогестерон, эстрадиол) в сыворотке крови у беременных с сахарным диабетом I типа.

Как видно из представленных данных (таблица 3), средний уровень прогестерона достоверно снижался у беременных женщин, не прошедших прегравидарную подготовку (103,44±2,12), в 1-й группе данный показатель составил (113,27±4,47) соответственно. Средний уровень эстрадиола так же снижался во второй группе и составил (80,1±0,72).

Плацентарный гормон эстрадиол является продуктом фетоплацентарной системы и показывает на состояние плаценты и плода. Снижение уровня прогестерона указывает на плацентарную недостаточность.

Проведенный анализ полученных нами данных показал снижение среднего уровня плацентарных гормонов эстрадиола и прогестерона во второй группе, что позволяет предполагать о более неблагоприятном течении СД у беременных женщин с сахарным диабетом I типа, не прошедших прегравидарную подготовку.

Полученные нами результаты среднего содержания маркеров дисфункции эндотелия Д-

димера и эндотелина-1 в сыворотке крови представлены в таблице 4.

Таблица 4
Среднее содержание эндотелина -1 и Д-димера в сыворотке крови у беременных с сахарным диабетом 1 типа.

Группы	Эндотелин-1 (фмоль/мл)	Д-димер (нг/мл)
1-я группа (n= 28)	3,22±0,23	442,95 ±20,24
2-я группа (n= 30)	4,34±0,29	652,23±30,72
3-я группа (n= 28)	2,63±0,13	418,64±27,55

Примечание: * $p < 0,05$ достоверное отличие показателей эндотелина-1 и Д-димера у беременных с сахарным диабетом 1 типа.

Нами установлено, что средний уровень Д-димера у женщин 2-й группы (652,23±30,72) достоверно ($p < 0,050$) повышалось по сравнению с соответствующими показателями в 1-й (442,95±20,24) и 3-й группах (418,64±27,55). Средние уровни эндотелина-1 у беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа не прошедших прегравидарную подготовку так же превышали (4,34±0,29) соответствующий показатель по сравнению с 1-й (3,22±0,23) и 3-й группами (2,63±0,13).

Заключение: Таким образом, повышение среднего значения АФП, Д-димера, эндотелин-1 и снижение уровней гормонов плаценты прогестерона и эстрадиола у пациенток с сахарным диабетом 1 типа, не прошедших прегравидарную подготовку, показывает на более неблагоприятные

внутриутробные условия развития плода и отставание созревания органов и систем. Исследования позволили установить диагностическое значение уровня Д-димера и эндотелина 1 для установления синдрома эндотелиальной дисфункции у беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа.

Список литературы

1. Бойматова З.К., Арабова С.У., Джаборова Н.С. Динамика маркёров апоптоза при физиологической беременности // Вестник Таджикского Национального Университета (научный журнал). Серия Естественных Наук [1\5(188)] Душанбе: «СИНО» 2015. С.49-51.
2. Волкова Л., Аляутдина О., Пальцев М. [и др.]. Оценка состояния сосудистого эндотелия при различных акушерских патологиях // Врач. 2011. №5. С.86-87.
3. Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н., Дедов И.И. Сахарный диабет и беременность // Руководство. 2011, 152 с.
4. Иванова Е.А. Особенности течения беременности, родов и исходов при плацентарной недостаточности // Репродуктивная медицина: новые тенденции и неразрешенные вопросы. 2014. С.19-23.
5. Капустин Р.В., Аржанова О.Н., Соколов Д.И., Чепанов С.В. Оценка концентрации эндотелина-1 и sica-1 в плазме крови у беременных с гестационным сахарным диабетом // Акушерство и гинекология. М. 2013. №3. С.11-15.

FEATURES OF THE HORMONAL OF FUNCTION OF THE PLACENTA OF THE FETAL PROTEIN OF AFP AND MARKERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREGNANT WOMEN WITH TYPE DIABETES MELLITUS DEPENDING OF PREGRVID PREPARATION

Akhmedova T.M., Alieva R.YA., Akbarova G.C., Bekzoda H., Mulkamonova L.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Results: Detected diagnostic value of markers of endothelial dysfunction for determination of endothelial dysfunction syndrome.

Key words: diabetes mellitus, pregnancy, markers of endothelial dysfunction, hormones.

ХУСУСИЯТҲОИ ВАЗИФАВИИ ҲОРМОНИИ МАШИМА, САФЕДАИ ТИФЛ - АФП ВА МАРКЕРҲОИ ДИСФУНКСИЯИ ЭНДОТЕЛӢ ВОБАСТА АЗ ОМОДАСОЗИИ ТО ҲОМИЛАДОРӢ (ПРЕГРАВЕДАРӢ)

Аҳмадова Т.М., Алиева Р.Я., Акбарова Г.С, Бекзода Х., Мулкамонова Л.

МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Хулоса. Натиҷаи таҳқиқот муҳиммияти таъхиршудаи сатҳи маркерҳои дисфунксияи эндотелиро барои муайян намудани синдроми дисфунксияи эндотели, исбот намуд.

Калимаҳои калидӣ: бемории қанд, ҳомиладорӣ, маркерҳои дисфунксияи эндотели, ҳормонҳо.

УДК 618.3-06

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

Ахмедова Т.М., Алиева Р.Я, Гоибова Н.Х, Бобочонова С.М., Абдурахмонова Ш.В.

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Цель исследования. Изучить клиническую характеристику беременных женщин сахарного диабета 1 типа. **Материал и методы исследования.** С целью изучения клинической характеристики беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа проспективно исследованы 105 пациенток, госпитализированных ОПБ №1 и №2 в ГУ ТНИИ АГ и П, и ОПБ городского родильного дома №2 г. Душанбе за 2015-2018гг.

Результаты. Больные СД 1 типа, в большинстве случаев находятся в активном репродуктивном возрасте, имеют 4-х и более детей и короткий интергенетический интервал. У беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа чаще наблюдались такие осложнения как: угроза прерывания беременности - 45,8%, преэклампсия - 56,9%, СЗРП -31,9, преждевременные роды -29,2%.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, беременность, роды, осложнение.

Актуальность. В последние годы наблюдается неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) среди населения и становится медико-социальной проблемой во многих странах мира [1,2]. Многие авторы считают, что это увеличение обусловлено как генетической расположенностью, так и снижением физической активности населения, чрезмерным употреблением высококалорийной пищи и, как следствие, приводящих к развитию ожирения и инсулинорезистентности [1,2,3]. В Республике Таджикистан данная тенденция роста заболеваемости СД наблюдается и среди женщин репродуктивного возраста. Установлено, что во всех регионах РТ среди больных СД, независимо от типа, преобладают женщины, в том числе репродуктивного возраста [4,5]. В популяции женщин репродуктивного возраста, больных СД большинство являются жительницами села с различным уровнем образования и семейного статуса [4]. Результаты исследования доказано, что в регионе большинство женщин с СД 1 типа находятся в активном, а с СД 2 типа в позднем репродуктивном возрасте и имеют сопутствующую соматическую патологию (заболевания мочевыделительной системы, анемия, ожирение, ишемическая болезнь сердца, тиреоидные нарушения) или их сочетание. При этом определено, что патология мочевыделительной системы чаще всего встречается у женщин с СД 1, а ожирение и ишемическая болезнь сердца более характерны для больных СД 2 типа. Повышенная частота патологии щитовидной железы у женщин с СД является региональной особенностью вследствие зональной эндемии по йодной недостаточности. Выявлена тенденция к увеличению роли генетического фактора развития СД, возможно, в результате повышенной частоты

близкородственных браков в стране. Перинатальные потери до сих пор не имеет тенденцию к снижению среди беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа [4,5], что требует дальнейших углубленных исследований с целью их профилактирования и улучшения перинатальных исходов.

Цель исследования. Изучить клиническую характеристику беременных женщин сахарного диабета 1 типа.

Объект и методы исследования. С целью изучения клинической характеристики беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа проспективно исследованы 105 пациенток, госпитализированных ОПБ №1 и №2 в ГУ ТНИИ АГ и П, и ОПБ городского родильного дома №2 г. Душанбе в 2013-2018гг. Всего пациенток с сахарным диабетом 1 типа было 75, из них 1 группу составили беременные женщины, прошедшие прегравидарную подготовку(п-30), а 45 пациенток составили беременные не прошедшие прегравидарную подготовку. Контрольную группу составили 30 беременных женщин с нормально протекающей беременностью. Из 75 беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа в роды вступили 72 беременных, у 3 беременных женщин беременность закончилось неразвивающейся беременностью. Результаты полученных данных обработаны методом вариационной и описательной статистики с использованием критериев Стьюдента ранговый U-критерий Манна-Уитни. При сравнении совокупностей по качественным признакам применяли анализ с использованием хи-квадрат, при необходимости с поправкой Йейтса.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных беременных женщин сахарным диабетом 1 типа составил $-27,5 \pm 1,3$ лет, в 1-й группе средний возраст составил $26,5 \pm 1,2$, во

второй $28,5 \pm 0,5$ и в третьей группе $25,4 \pm 1,3$ соответственно. Распределение обследованных пациенток по возрасту представлено на рисунке 1 и указывает на активный репродуктивный возраст всех участниц исследования.

Распределение обследованных групп женщин по возрасту

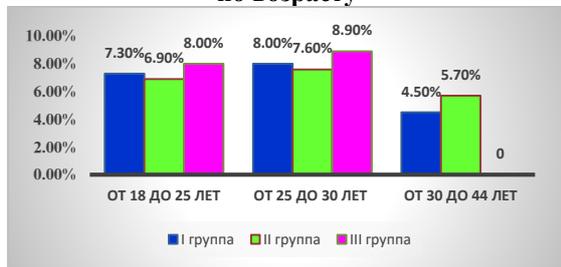


Рисунок 1

По месту жительства участницы исследования распределились таким образом: жительниц города в 1-й группе было 12 ($40,0 \pm 8,9\%$), во 2-й 19 ($42,3 \pm 7,3\%$), в 3-й группе 7 ($23,3 \pm 7,7\%$) женщин. Жительниц села в 1-й группе было 18 ($60,0 \pm 8,9\%$), во 2-й группе 26 ($57,7 \pm 7,3\%$), и в 3-й группе 23 ($76,6 \pm 7,7\%$) женщин соответственно, что представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа по месту проживания

	1-я группа		2-я группа		3-группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Город	12	$40,0 \pm 8,9$	19	$42,3 \pm 7,3$	7	$23,3 \pm 7,7$
Село	18	$60,0 \pm 8,9$	26	$57,7 \pm 7,3$	23	$76,6 \pm 7,7$
Всего	30	100%	45	100%	30	100%

Исследованием установлено, что среди обследованных участниц первобеременных было - 33,3%, повторно беременных - 49,5%, и много рожавших - 26,6% женщин. Первобеременных в 1-й группе было 6 ($20,0 \pm 7,3\%$), во 2-й группе 10 ($22,2 \pm 7,5\%$), в 3-й группе 9 ($30,0 \pm 8,3\%$); повторно

беременных в 1-й группе было 14 ($46,6 \pm 9,1\%$), 2-й группе 20 ($44,4 \pm 7,4\%$) в 3-й группе 18 ($60,0 \pm 8,9\%$), много рожавших в 1-й группе было 10 ($33,3 \pm 8,8\%$), во 2-й группе 15 ($33,3 \pm 7,2\%$) в группе 3 ($10,0 \pm 5,4\%$) соответственно, что подробно представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение обследованных беременных женщин по паритету

Паритет \ Группы	1-я группа (n=30)	2-я группа (n=45)	3-я группа (n=30)
Первобеременные	6 ($20,0 \pm 7,3\%$)	10 ($22,2 \pm 7,5\%$)	9 ($30,0 \pm 8,3\%$)
Повторно беременные	14 ($46,6 \pm 9,1\%$)	20 ($44,4 \pm 7,4\%$)	18 ($60,0 \pm 8,9\%$)
Многорожавшие	10 ($33,3 \pm 8,8\%$)	15 ($33,3 \pm 7,2\%$)	3 ($10,0 \pm 5,4\%$)

Таким образом, анализ возрастной структуры участниц исследования показал, что преимущественное большинство беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа были в активном репродуктивном возрасте 20-34 лет (80%), в позднем репродуктивном возрасте (33-39 лет) состояли (20%) женщин.

По данным паритета, из анамнеза участниц установлено, что у 44 (58,6%) больных с СД 1-типа было 4 и более беременности, почти каждая вторая женщина 37 (49,3%) не соблюдала оптимальный (2-

3г) интергенетический интервал. При этом, в этой группе выявлена высокая частота перинатальных потерь (самопроизвольный выкидыш, мертворождения) у 56 (74,6%) участниц исследования. Для изучения клинической характеристики, большой интерес представляли анамнестические данные больных с СД 1 типа и перинатальные исходы в этой группе женщин.

В связи с чем, из анамнеза представлен перинатальный исход беременностей и родов у женщин с СД 1 типа в таблице 3.

Таблица 3

Исход беременности и родов у беременных с сахарным диабетом 1 типа (в анамнезе)

Нозология	Пациентки с сахарным диабетом 1 типа (n=75)	Контрольная группа (n=30)	Хи-критерий с поправкой Йейтса	P
Ранний выкидыш	10 ($13,3 \pm 3,9\%$)	1 ($3,3 \pm 2,0\%$)	0,5088	$>0,05$
Поздний выкидыш	8 ($10,6 \pm 3,5\%$)	1 ($3,3 \pm 2,0\%$)	0,6663	$>0,05$

Аntenатальная гибель плода	24 (32,0±5,3%)	-		
Интранатальная гибель плода	2 (2,6±1,8%)	-		
Ранняя неонатальная смертность	12 (16,0±4,2%)	-		

Исходя из анамнестических данных, представленных в таблице №3, следует, что у каждой четвертой женщины больных сахарным диабетом 1 типа были выкидыши в различных сроках беременности, так ранний выкидыш наблюдалось у 10 (13,3±3,9%), а поздний выкидыш у 8 (10,6±3,5%) женщин. Мертворождаемость зарегистрировано у 26 (34,6%) пациенток, а ранняя неонатальная смертность т.е. смерть новорожденных до 7 суток отмечено у 12 (16,0±4,2%) пациенток. Анализ контрацептивного анамнеза показал, что каждая вторая не предохранялась от нежелательной беременности ни одним из методов

контрацепции по разным причинам (не знания, религиозное предубеждение и безответственного отношения к своему здоровью). Не предохранялись от нежелательной беременности (42-56,0%) женщин.

Как видно из представленных данных, (таблица 4) экстагенитальная патология наиболее чаще встречалась у беременных женщин, не прошедших прегравидарную подготовку так, заболевание щитовидной железы, анемия, заболевания мочевыделительной системы наблюдались у каждой второй беременной 2-й группы.

Таблица 4

Экстрагенитальная патология среди исследуемых групп

Группы	Наименование патологии				
	Заболевания щитовидной железы	Анемия	Заболевания мочевыводящей системы	ССЗ	Урогенитальная инфекция
Беременные женщины с СД 1 типа П- 72	43 (59,72±5,78%)	34 (47,22±5,88%)	26 (36,11±5,88%)	2 (2,77±1,93%)	19 (26,3±5,19%)
Контрольная группа (n=30)	9 (30,0±8,36%)	7 (23,3±7,72%)	6 (20,0±7,3%)	-	3 (10,0±5,47%)
P	>0,05	>0,05	<0,001		<0,05

Примечание. р-статистическая значимость различия показателей.

В результате исследования установлено, что в структуре соматической патологии у беременных СД 1 типа преобладали заболевания щитовидной железы 59,72±5,78%, анемия - 47,22± 5,88%, и заболевания мочевыделительной системы, что выявлено у 36,11±5,88% женщин данной группы.

Особенности течения настоящей беременности у пациенток с сахарным диабетом 1 типа представлены в таблице 5. Как видно из представленных данных, угроза прерывания беременности наблюдалось у 33 (45,8±5,8%), умеренная преэклампсия у 28 (38,8±5,7%), рвота беременных у 24 (33,3±5,5%), тяжелая преэклампсия у 13(18,0±4,5%), маловодие у 19 (26,3±5,2%), многоводие у 18 (25,0±5,1%) пациенток. При этом, у каждой третьей беременной зарегистрировано СЗРП 23 (31,9±5,4%) и ПОНРП наблюдалось у 2 (2,7±1,9%) беременных с СД 1

типа (таблица 5). Анализ частоты и структуры осложнений гестации, показал, что из 45 беременных с сахарным диабетом 1 типа неразвивающаяся беременность до 12 недель наблюдалось у 3 (6,3%) пациенток, а у 51 (70,8%) женщин с сахарным диабетом 1 типа и 100% женщин контрольной группы, роды произошли в сроке 38-40 недель беременности, а преждевременные роды наблюдалось у 21 женщин (29,2%). Все данные о сроках родоразрешения у обследованных групп женщин представлены в таблице 6. Как видно из представленных данных о методах родоразрешения через естественные родовые пути родоразрешены большинство 58 (80,5%), и абдоминальным путем 14 (19,5%) женщин с сахарным диабетом 1 типа.

Таблица 5

Частота осложнений беременности у женщин сахарным диабетом 1 типа

Осложнения беременности	Беременные женщины с СД 1 типа(n=72)	%	Контрольная группа (n=30)	%	P
Угроза прерывания беременности	33	45,8±5,8	5	16,6±6,80	>0.05

Рвота беременных	24	33,3±5,5	6	20,0±7,30	>0.05
Умеренная преэклампсия	28	38,8±5,7	-		
Тяжелая преэклампсия	13	18,0±4,5	-		
Маловодие	19	26,3±5,2	1	3,33±3,27	>0.05
Многоводие	18	25,0±5,1	-		
СЗРП	23	31,9±5,4	-		
ПОНРП	2	2,7±1,9	-		

Примечание. р- статистическая значимость различия показателей.

Таблица 6

Сроки родоразрешения у беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа

Сроки родоразрешения	До 34 недель	34-37 недель	37-40 недель
Сахарный диабет 1 типа (n=72)	2 (2,77±1,93%)	19 (26,3±5,19%)	51 (70,8±5,35%)
Контрольная группа(n=30)	0	0	30 (100%)
р			>0.05

Примечание. р- статистическая значимость различия показателей

Течение сахарного диабета 1 типа у женщин 2-й группы осложнилось ретинопатией у 11 (15,2±5,5%), нейропатией у 5 (11,9±4,9%) и нефропатией у 8 (19,0±6,0%) беременных. Среди пациенток 1 группы ретинопатия наблюдалась у 2(6,6±4,5%), нефропатия у 3 (10,0±5,4%) пациенток, что потребовало дополнительное лечение и наблюдение у соответствующих специалистов по данным осложнениям.

Осложнение сахарного диабета 1 типа у беременных женщин



Заключение. Таким образом, проведенный анализ показал, что в Республике Таджикистан женщины больные сахарным диабетом 1 типа, в большинстве

случаев находятся в активном репродуктивном возрасте, имеют 4-х и более детей и короткий интергенетический интервал. У беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа чаще наблюдались такие осложнения гестации как: угроза прерывания беременности, преэклампсия, СЗРП, и преждевременные роды.

Список литературы

1. Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н., Дедов И.И. Сахарный диабет и беременность. Руководство. 2011, 152 с.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения. Монография. М. МИА. 2011. С.259-326.
3. Дерябина Е.Г., Башмакова Н.В., Шабунина-Басок Н.Р., Измествьева К.А. Сахарный диабет и беременность: возможно ли предотвратить перинатальные осложнения. В кн.: Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М. 2012. С. 42–43.
4. Назарова С.И., Абдурахманов Ф.М., Мухамадиева С.М., Косымова С.Дж. Рекомендации по составлению клинических протоколов по ведению беременности, родов и послеродового периода у женщин с сахарным диабетом // Мать и дитя. Душанбе, 2012. №2. С.28-34.
5. Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017 годы. Душанбе. 2012, 50 с.

CLINICAL CHARACTERIZATION OF PREGNANT WOMEN WITH DIABETES MELLITUS I TYPE

Akhmedova T.M., Alieva R.YA, Ghoibova N.KH, Bobojonova S.M., Abdurahmonova SH.V.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Results. Patients with diabetes mellitus I type, in the most cases situated in the active reproductive ages, have 4 and more children and short intergenetic interval. In pregnant women with diabetes mellitus mostly found such complication as: threatening of termination – 45,8 %, preeclampsia – 56,9%, SRF-31,9%, premature delivery- 29,2%.

Key words: diabetes mellitus I type, pregnancy, childbirth, complication.

**АРЗЁБИИ КЛИНИКИИ ЗАНҲОИ ҲОМИЛАДОРИ ДОРОИ БЕМОРИИ
ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВЪИ I**

Аҳмадова Т.М, Алиева Р.Я., Ғоибова Н.Х., Бобочонова С. М., Абдурахмонова Ш.В.

МД “Пажӯҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Арзёбии таҳқиқоти илмӣ нишон дод, ки ҳомиладорони дорои бемории диабети қанди навъи I дар бисёр маврид дар миёни ҳомиладорони занҳои синни ғаёли репродуктивӣ ва серфарзанд (4 ва зиёда аз он) мебошанд.

Дар занҳои ҳомиладори дорои бемории диабети қанди навъи I—ум бештар чунин оризаҳои ҳомиладорӣ ба мисли: хатари валодати пеш аз муҳлат-45,8%, преэклампсия-56,9%, ССДБТ-31,9%, таваллуди бармаҳал-29,2% мушоҳида шуд.

Калимаҳои калидӣ: диабети қанди навъи I-ум, ҳомиладорӣ, таваллуд, оризаҳо.

УДК 618.11

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ДОСТУПОВ ПРИ
ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИДАТКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ**

Болиева Г.У., Мамедова З.Т., Икромова З.М., Азимова Д.А.

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Цель. Оценить достоинства и недостатки различных оперативных доступов при оперативном лечении придатковых образований. **Материалы и методы.** В условиях гинекологического и лапароскопического отделений НИИ АГ и П обследовано и проведено оперативное лечение придатковых образований 486 пациенткам. Проведены общеклинические методы исследования. **Результаты.** Исследования показали, что проведение оперативного лечения и выбор хирургического метода у женщин с опухолевидными образованиями придатков определяют оснащенность отделения стационара, квалификация врача, наличие или отсутствие показания и противопоказания со стороны пациентки при разных методах оперативного вмешательства.

Ключевые слова: минилапаротомия, лапароскопия, оперативный доступ

Актуальность проблемы. В последние годы широко используют для лечения придатковых образований органов гениталий малоинвазивные технологии такие, как лапароскопия и минилапаротомия (В.И.Кулаков 2011., Л.В.Адамян 2009, 2010, 2011.). Каждый из этих методов имеет как преимущества, так и недостатки. Простота исполнения, отсутствие потребности в сложном оборудовании и инструментарии сделали минилапаротомию альтернативой лапароскопии. В литературе дискутируются вопросы использования минилапаротомии для удаления кист яичников. Ряд авторов (Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова 2010., 2011) утверждают, что удаление относительно небольших кист яичников с использованием минилапаротомии вполне оправдано. Данный доступ отвечает принципам меньшей травматизации тканей, эстетичности и позволяет получить достаточное оперативное поле для лечения небольших придатковых образований. Более того, при подобной технологии удаления кист яичников широко применяют местную

анестезию. Общеизвестно, что в последние годы с успехом используют лапароскопию при лечении опухолей и опухолевидных образований яичников, а также при внематочной беременности. При производстве эндоскопических методов оперативного лечения придатковых образований имеются как свои преимущества, так и недостатки. Изучение приемлемости и эффективности различных методов оперативного лечения придатковых образований, а именно сравнительный анализ использования минилапаротомии и лапароскопии является весьма актуальной проблемой.

Цель. Оценить достоинства и недостатки различных оперативных доступов при оперативном лечении образования яичников.

Материалы и методы. В условиях гинекологического и лапароскопического отделений НИИ АГ и П обследовано и проведено оперативное лечение придатковых образований 486 пациенткам. Распределение пациенток в зависимости от вида операционного доступа разделилось следующим

образом: минилапаротомия проведена – 386 (79,4%) пациентам, а лапароскопический доступ использован - у 100 (20,6%) больных. Проведение лапароскопических операций согласно протоколам требует использования общего наркоза. При проведении минилапаротомических операций преимущественно использована перидуральная анестезия.

Критериями оценки были длительность оперативного лечения, кровопотери при различных объемах оперативного лечения, длительность пребывания на койке, длительность антибактериальной терапии, восстановления перистальтики кишечника и необходимости в использовании наркотических анальгетиков. Всем пациенткам проведено клиничко-лабораторное обследование согласно стандартным протоколам.

Результаты исследования. Проведенные исследования позволили установить, что длительность операции с использованием

минилапаротомного доступа составила 25-58 мин, в среднем $46,2 \pm 0,6$. При лапароскопическом доступе этот параметр варьировал от 55 до 103 мин, что в среднем составило $83,5 \pm 1,1$.

Объем кровопотери при минилапаротомном доступе в $3,5$ ($156,4 \pm 50,1$) раза больше чем при лапароскопическом ($42,4 \pm 17,3$).

Для купирования болевого синдрома после минилапаротомного вмешательства использованы анальгезирующие средства в течение 3-5 суток, что в 4 раза дольше чем при лапароскопическом доступе – 1 сутки.

В послеоперационном периоде восстановление перистальтики кишечника после минилапаротомного доступа происходит в течение первых 3 суток, тогда как при лапароскопическом в течение первых 24 часов после проведения манипуляции.

Данные результатов исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты оперативного лечения придатковых образований с использованием различного оперативного доступа

Параметры	Минилапаротомный доступ	Лапароскопический доступ
	1 гр (n=386)	2 гр (n=100)
Длительность операции (мин)	$46,2 \pm 0,6$	$83,5 \pm 1,1$
Общая кровопотеря (мл)	$156,4 \pm 50,1^*$	$42,4 \pm 17,3^{**}$
Длительность болевого синдрома (сут)	$4,5 \pm 1,2$	$1,10 \pm 0,3$
Восстановление перистальтики кишечника (сут.)	$1,7 \pm 0,7$	$1,0 \pm 0,2$
Среднее пребывание в стационаре (сут.)	$6,4 \pm 0,7^*$	$2,7 \pm 0,8^{**}$

(*p < 0,05; ** p < 0,01)

Результаты исследования позволили установить, наибольший объем кровопотери установлен при лапаротомном доступе лечения (*p < 0,05), при этом продолжительность вмешательства почти в 2 раза короче чем при лапароскопической операции. Длительность восстановительного периода и пребывания на койке достоверно дольше при лапаротомном доступе лечения (**p < 0,01).

Анестезиологическое пособие при минилапаротомии оказано преимущественно под спинальным обезболиванием у - 381 (98,7%) больных. Лапароскопические операции во всех случаях производились под общим эндотрахеальным наркозом, что соответствует многим рекомендациям в виду увеличенной нагрузки на органы грудной клетки, при производстве оксиперитонеума. В послеоперационном периоде все пациенты после минилапаротомической и лапароскопической операциях нуждались в обезболивании препаратами наркотической анальгезии (промедол, тремадол) и нестероидными противовоспалительными средствами. Наркотические анальгетики не использовались в 11 (11%) случаях лапароскопического доступа. Длительность болевого симптома потребовала

обезболивания в течении 3-4 суток после лапаротомии и только двое суток после лапароскопических операций.

Антибактериальная терапия после лапаротомии продолжалась в течение $6,6 \pm 0,2$ суток, при проведении лапароскопического вида операции необходимость в антибактериальной терапии варьировала от 3 до 5 суток. Инфузионная терапия после лапаротомии составила $2,50 \pm 0,8$ дней, что в 2 раза дольше чем при лапароскопической операции - $1,2 \pm 0,2$.

Активизация пациенток после оперативного лечения способствует уменьшению образования спаек и более лучшему оттоку содержимого из брюшной полости, что является профилактикой развития септических осложнений и зависит от метода обезболивания. Используемая при минилапаротомии перидуральная анестезия позволяет активизировать пациенток в течении 6-8 часов после оперативного лечения. Лапароскопическое вмешательство требует использования общего обезболивания, а длительный период выхода из общего наркоза делает возможным активизировать пациенток только в конце первых суток.

Таким образом, использование лапароскопической методики позволяет минимализировать объем интраоперационной кровопотери, длительность пребывания на койке, восстановительного послеоперационного периода и использования анальгетиков.

Тем не менее, минилапаротомный доступ имеет свои преимущества – он приемлем при наличии выраженного спаечного процесса в малом тазу, при наличии объемных (свыше 100 мм) образований в органах малого таза, при необходимости объемных манипуляций в малом тазу, а также при наличии шоковых состояний. Также лапаротомный доступ позволяет подробно оценить и пальпировать состояние соседних органов, лимфатических сосудов и узлов, их консистенцию и спаянность с соседними тканями. Данным доступ не требует специального оборудования и проводится стандартным операционным набором, не требует специальных профессиональных навыков владения методикой. Использование перидуральной анестезии при лапаротомических операциях позволяет минимализировать срок воздействия наркотических средств на организм пациентки и рано активизировать пациентку.

Заключение: Таким образом, исследования показали, что проведение оперативного лечения и выбор хирургического метода у женщин с опухолевидными образованиями придатков определяют оснащенность отделения стационара,

квалификация врача, наличие или отсутствие показания и противопоказания со стороны пациентки при разных методах оперативного вмешательства.

Список литературы:

1. Туремуратова М. А., Игисинов Н. С., Нугманова Г. Ф. Оценка качества жизни пациентов в акушерско-гинекологической практике // Молодой ученый. 2011. № 4. Т. 2. С. 145-148.
2. Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф., Ульриск Е.А. Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение). СПб: Изд-во Н-Л, 2012, 68 с.
3. Фаткулин И.Ф., Ягудина Л.Н, Мазитова М.И. Динамическая лапароскопия как этап госпитальной реабилитации больных с трубной беременностью // Журнал Акушерства и Женских болезней. 2014. Т.4. С32-35.
4. Гайдуков С.Н, Жемчужина Т.Ю, Кахиани Е.И, Тайц А.Н. Экстренная эдовидеохирургия доброкачественных новообразований яичников. // Журнал Акушерства и Женских болезней. 2015. Т.4. С.50.
5. Backes F.J., Fowler J.M. Hysterectomy for the treatment of gynecologic malignancy // Clin Obstet Gynecol. 2014. Vol.57. Issue 1. P.115-127.
6. Kılıç N. et al. Cabergoline for preventing ovarian hyperstimulation syndrome in women at risk undergoing in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection treatment cycles: / A randomized controlled study. Avicenna // J. Med. 2015 Oct-Dec. Vol.5. Issue 4. P.123-7.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF VARIOUS APPROACHES FOR SURGICAL TREATMENT OF APPENDAGES

Bolieva G.U, Mamedova Z.T, Ikromova Z.M, Azimova D.A.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Goal. To assess the advantages and disadvantages of various surgical approaches during surgical treatment of appendages. **Materials and methods.** Materials and methods. In the conditions of the gynaecological and laparoscopic departments of the Scientific Research Institute of Obstetrics of Gynaecology and Perinatology, 486 patients were examined and performed surgical treatment of the appendages. **Results.** Studies have shown that surgical treatment and the choice of surgical method in women with tumorous formations of the appendages determine the equipment of the stationary department, the qualifications of the doctor, the presence or absence of indications and contraindications from the patient's country with different methods of operative intervention.

Key words: minilaparotomy, laparoscopy, operative access

ХУСУСИЯТҲОИ МУҚОИСАВИИ РОҶҲОИ ГУНОГУН ДАР ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ ОМОСҲОИ ТУХМДОНҲО

Болиева Г.У., Мамедова З.Т., Икромова З.М., Азимова Д.А.

МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Хулоса: Ҳамин тариқ, таҳқиқот нишон дод, ки гузаронидани чарроҳӣ ва интихоби усули чарроҳӣ дар занони дорой омосҳои тухмдонҳо аз таҷҳизоти шӯъбаи беморхона, ихтисоси духтур, нишондод ва зиддинишондод барои чарроҳ ва намуди он вобастагӣ дорад.

Калимаҳои калидӣ: минилапаротомия, лапароскопия, бархурди чарроҳӣ.

УДК 616-728

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

**Зурхолова Х.Р. Зарифова П.Г, Зокирова Ф.Ф,
Ниёзова Н.Н, Садриддинова Г. Н, Абдурахманов Д.В.**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Цель исследования. Раннее выявление группы риска по развитию дисплазии тазобедренного сустава и его коррекция. **Результаты:** При современном развитии диагностической аппаратуры УЗИ тазобедренных суставов -представляется выгодной альтернативой рентгенологическому методу, так как позволяет визуализировать хрящевые структуры тазобедренного сустава с высокой степенью достоверности в более ранние сроки, избегая при этом неоправданной лучевой нагрузки.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренного сустава, ультразвуковая диагностика тазобедренного сустава.

Актуальность. На сегодняшний день дисплазия тазобедренных суставов продолжает оставаться актуальной проблемой ортопедии детского возраста. Частота данной патологии, по данным различных авторов, варьирует от 3 до 20% [1,5]. Частота врожденного вывиха бедра во всех странах и регионах вне зависимости от расовых принадлежностей составляет в среднем от 2 до 3%. Раннее выявление детей с дисплазией тазобедренных суставов является важной задачей, ведь начало лечения данной патологии до 3-х месяцев у 97% детей приводит к отличным и хорошим результатам [1,4,5].

Традиционным методом диагностики является рентгенологический, регистрирующий изменения только в костных структурах, количество которых у детей первых месяцев жизни сравнительно мало. По мнению различных авторов, рентгенологическое исследование тазобедренных суставов становится информативным в возрасте не ранее 3-5 месяцев жизни [2,3]. В последнее время у детей первого года жизни широко применяется ультразвуковое исследование тазобедренных суставов, которое позволяет без использования рентгенологических методов оценить состояние тазобедренного сустава. Данный метод исключает вредное лучевое воздействие, в том числе гонадную дозу, получаемую при рентгенологическом исследовании тазобедренных суставов. Ультразвуковое исследование позволяет визуализировать хрящевые и мягкотканые структуры, которыми, в основном, и представлен тазобедренный сустав у детей первых месяцев жизни. Метод не инвазивен, возможно его многократное использование и применение функциональных проб в режиме реального времени.

Цель исследования. Раннее выявление группы риска по развитию дисплазии тазобедренного сустава и его коррекция.

Материалы и методы исследования. Ассоциацией Швейцарских специалистов с соглашением МЗ и СЗН РТ был организован 2-х недельный семинар, где врачи неонатологи республики Таджикистан были обучены методом ультразвуковой диагностики тазобедренного сустава и сертифицированы. Было выбрано два учреждения – это родильный дом №1 и ГУ научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, где начали внедрять эту методику. Был установлен УЗИ аппарат с линейным датчиком в этих учреждениях. Для обследования тазобедренных суставов используют датчики 5 и 7,5 МГц, так как у него достаточной длины рабочая поверхность. Продолжительность одного исследования в среднем занимает 15-20 минут. Датчик устанавливают на область тазобедренных суставов строго во фронтальной плоскости по линии, проходящей через большой вертел бедра и переднюю ось крыла подвздошной кости (основная проекционная линия). Если датчик установлен на бедре ребенка правильно, то на экране монитора (эхограмма) появляется картина среза бедра, головки вертлужной впадины. При первичном обследовании изучают конфигурацию изгиба костного края вертлужной впадины, в частности его оссификацию, расположение хрящевой части, наличие дефектов, местоположение головки бедра, наличие в ней ядра окостенения.

В НИИ АГ и П было обучено 11 специалистов, 4 среди них были выбраны экспертами. В течении 1,5 года в НИИАГ и П всем новорожденным в течении 3х дней пока они находятся в учреждении проводят УЗИ тазобедренного сустава. Критериями исключения являются: новорожденные с тяжёлыми пороками развития и с массой менее 1500гр. Эксперты группы отправляют через онлайн

результаты диагностики Швейцарским специалистам, которые подтверждают или опровергают диагноз.

Результаты и их обсуждения. В НИИ АГ и П нами было обследовано 6015 новорожденных в течении 1 года (2018-2019гг). Полный охват всех родившихся новорожденных за этот период не получилось сделать, так как были трудности внедрения новой методики в учреждения. Были сделаны информационные брошюры и развешаны во всех палатах чтобы проинформировать матерей для чего это нужно. В данный момент уже работа налажена, есть график, по которому работает кабинет УЗИ тазобедренного сустава. Специалисты стараются своевременно всем новорожденным провести диагностику и при необходимости корректировать патологию.

Результаты ультразвуковой диагностики делятся на 4 группы по классификации которой придерживаются Швейцарские специалисты:

Группа «А» – здоровый сустав (угол α более 60%)

Группа «В» - незрелый сустав (угла 50-60%)

Группа «С» – дисплазия тазобедренного сустава (угол α менее 50%)

Группа «D» – вывих бедра

Среди обследованных нами новорожденных группу А составили 5901 (98,1%), группу В – 110 (1,8%), группу С -3 (0,05 %), группу D -1 новорожденный, что составило (0,02%). Среди новорожденных группы В 21% были дети, рожденные в ягодичном предлежании. Общеизвестно, что при ягодичном предлежании плода дисплазия тазобедренных суставов и врожденный вывих бедра встречаются чаще (встречалось в 17% – 40% случаев по разным авторам), чем при головном. Статистические данные свидетельствуют о большой частоте возникновения врожденного вывиха бедра у недоношенных новорожденных. Всем новорожденным, которые вошли в группу С был надет Тьюбенгер - это современный вид шины, который нам подарили специалисты с Швейцарии. Матерям этих новорожденных объясняли правила применения и даны брошюры по использованию этой шины. На контроль нужно было приходиться через месяц и если результаты были соответственно группе «А», то шину снимали и ребенка снимали с учета, если же результаты соответствовали группе «С», то ребенок продолжал носить шину до полного выздоровления с ежемесячным контролем. Из 3 новорожденных которым мы поставили дисплазию тазобедренного сустава и вошли в группу «С», 2-м из них был надет Тьюбенгер и через месяц они перешли в группу «А» и шина была снята. Так как у одного из этих новорожденных был диагноз спинномозговая грыжа, это ребенок был прооперирован, а затем была надета шина.

Тех новорожденных, которые по результатам УЗИ соответствовали группе «В» тоже брали на учет,

давали рекомендации: свободное пеленание, надевать два памперса или сложенную пеленку между ног (показывали, как это делается), не использовать национальную колыбель «говару» и контроль через месяц. Все новорожденные, матеря которых следовали рекомендациям, через месяц переходили в группу «А», но среди них были новорожденные, которые через 2 или 3 месяца переходили в группу «А». Пока новорожденный не переходит в группу «А» он не снимается с учета и если они своевременно не приходят на контроль, то обзваниваются. У народов, которые практикуют тугое пеленание новорожденных с приведенными бедрами, вывих и дисплазия тазобедренного сустава случается чаще. Так среди канадских индейцев, которые вообще не пеленают детей, ВВБ встречается всего у 1,2% новорожденных, в то время как в Канаде эта патология встречается у 12,3% новорожденных. У индейцев Навахо, которые туго пеленают детей, частота вывиха и дисплазии тазобедренного сустава возрастает до 6,7%. Зато у эскимосов Северной Канады, китайцев из Гонконга и африканцев, которые носят детей на спине с отведенными бедрами, частота вывиха и дисплазии тазобедренного сустава резко уменьшается [4,5]. Формирование тазобедренного сустава продолжается после рождения ребенка и заканчивается к 2 - 2,5 годам, поэтому важное значение в постнатальном периоде имеет правильное пеленание и уход за новорожденным, что является профилактикой и в определенной мере лечением врожденной дисплазии бедра.

Таким образом, исходя из полученных результатов, следует отметить, что в клинической практике наблюдается гипердиагностика дисплазии: при выявлении классических клинических симптомов дисплазии тазобедренных суставов диагнозом нами был подтвержден при УЗИ только в 1,8% случаев, незрелость сустава только в 0,05% дисплазия тазобедренного сустава. Таким образом, применение ультразвукового исследования у новорожденных позволяет уточнить или полностью исключить предполагаемую ортопедическую патологию, что зачастую избавляет ребенка от ненужного лечения.

При современном развитии диагностической аппаратуры УЗИ тазобедренных суставов представляется выгодной альтернативой рентгенологическому методу, так как позволяет визуализировать хрящевые структуры тазобедренного сустава с высокой степенью достоверности в более ранние сроки, избегая при этом неоправданной лучевой нагрузки.

Список литературы

1. Баиндурашвили А.Г., Волошин С.Ю., Красков А.И. Врожденный вывих бедра у детей грудного возраста / Клиника, диагностика, консервативное лечение. С.П. 2010, с.256–260.
2. Гончаренко В. А., Стронина С.Н., Клестова Е. О. Врожденный вывих бедра: частота, структура,

анализ методов диагностики и лечения // Молодой ученый. 2016. №3. С.257-259.

3. Ерекшов А.Е Врожденный вывих бедра у детей. Казань, 2010, 156 с.

4. Лосева Г.В. Оптимизация ультразвукового исследования в диагностике нарушений формирования тазобедренного сустава у детей

первого года жизни // Автореферат кандидатской диссертации г. Москва 2011 г.

5. Лукаш Ю.В., Шамик В.Б. Ранняя диагностика дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 6.

EARLY DIAGNOSIS OF HIP DYSPLASIA IN NEWBORNS

Zurholova H.R., Zarifova P.G., Zokirova F.F., Niezova N.N., Sadriddinova G.N., Abdurakhmanov D.V.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Thus, the use of ultrasound in newborns allows you to clarify or completely exclude the alleged orthopedic pathology, which often saves the child from unnecessary treatment.

With the modern development of diagnostic equipment, ultrasound of the hip joints seems to be a profitable alternative to the X-ray method, since it allows you to visualize the cartilage structures of the hip joint with a high degree of reliability at an earlier date, while avoiding unjustified radiation exposure.

Keywords: hip dysplasia, ultrasound diagnosis of the hip joint

ТАҲҚИҚОТИ БАРВАҚТИИ ДИСПЛАЗИЯИ БУҒУМИ КОСУ РОН ДАР НАВЗОДОН

Зурхолова Х.Р., Зарифова П.Г., Зокирова Ф.Ф., Ниёзова Н.Н., Садриддинова Г.Н., Абдурахманов Д.В.

МД “Пажӯҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Ҳамин тариқ, истифодаи ултрасадо дар навзодон имкон медиҳад, ки патологияи эҳтимолан ортопедиро дақиқ ё тамоман баргараф кунад, ки ин аксар вақт қудратро аз таъбаоти нолозима нигоҳ медорад.

Бо рушди муносири таҷизоти ташхисӣ, ултрасадои узвҳои буғуми косу рон як алтернативаи ғайрирадиационӣ мебошад, зеро он ба шумо имкон медиҳад, ки сохторҳои пайдарҳамии буғуми косу рон бо дараҷаи баланди эътимоднок пеш аз ин аз пешгирии радиатсионӣ беасос наҷот диҳад.

Калимаҳои калидӣ: дисплазияи буғуми косу рон, ултрасадои буғуми косу рон

УДК 618.531

СИНДРОМ ДЕНДИ-УОКЕРА

Зурхолова Х.Р., Салихова Д.С., Каримова З.С., Розикова Г.С.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Синдром Денди Уокера (Dandy-Walker Syndrom) - это порок развития головного мозга (мозжечка и окружающих его ликворных пространств), для которого характерна триада симптомов: гипотрофия червя мозжечка и/или полушарий мозжечка, гидроцефалия различной степени, врожденный порок сердца. Особенностью приведенного клинического случая является то, что необходима ранняя пренатальная диагностика, консультация генетика, учитывая близкородственный брак.

Ключевые слова: пороки развития головного мозга, гидроцефалия.

Актуальность. Врожденные пороки развития являются одной из основных причин летальности и инвалидности в раннем детском возрасте. Часто спутником врожденных аномалий развития,

приводящих к серьезным последствиям, является патология головного мозга (1,3).

Синдром Денди-Уокера – это порок развития головного мозга (мозжечка и окружающих его ликворных пространств), для которого характерна

триада симптомов: гипотрофия червя мозжечка и/или полушарий мозжечка, гидроцефалия различной степени, и также врожденный порок сердца. Данный синдром был впервые описан американским нейрохирургом Уолтером Денди в 1921 году и Эрлом Уокером в 1944 г. Среди живорожденных детей частота встречаемости от 1:5000 до 1:25000, а среди детей с врожденной гидроцефалией от 3,5% до 12% (2).

Согласно современным представлениям этиология синдрома гетерогенна, так как в его возникновении принимают участие разные факторы: наследственные (хромосомные и генные) и экзогенные тератогены, предполагается, что определенную роль играют и такие факторы как вирусная инфекция (ЦМВ, краснуха) диабет беременной, в 1/3 – 1/2 случаев. Синдром Денди Уокера сочетается с другими врожденными пороками (1,2), в 70% случаев порок сочетается и с другими аномалиями головного мозга – агенезией мозолистого тела, энцефалоцеле, полимикрогирией, гетеротопией серого вещества, а также поражениями других органов (врожденными пороками сердца

Перинатальные исходы во многом зависят от глубины поражения ЦНС (прогрессирующая гидроцефалия), а также от наличия сочетанной патологии, которая в 60-75% случаев сопровождает данный синдром (2,5). По данным литературы, показатели постнатальной заболеваемости и смертности выше в тех случаях, когда синдром диагностирован в пренатальном периоде, а не постнатально (2). Исход часто летальный, в 90% случаев это первые годы жизни (6).

Если учесть тот факт, что рецессивные заболевания проявляются в семьях, в которых оба родителя являются носителями одного и того же вредного гена, эта опасность станет более понятной. Тот патологический ген, который был у бабушки или дедушки, вполне мог передаться обоим их внукам, которые в этом случае будут носителями одного и того же вредного гена, полученного из общего источника. Так чем ближе степень родства между супругами, тем выше опасность генетических осложнений для их потомства. Из 25 тысяч детей инвалидов в Таджикистане 35-40% приобрели недуг в утробе матери, так как являются детьми близких по крови родителей, 75% детей, рожденных в родственном браке, страдают от недугов.

Представлены результаты клинического наблюдения и лечения пациентов с грубой аномалией развития центральной нервной системы – наследственной гидроцефалией (вентрикуломегалия в сочетании с врожденным пороком сердца – дефект межжелудочковой перегородки), дисэмбриогенетические стигмы.

Описание клинического случая №1: Под наблюдением находился недоношенный новорожденный мальчик Г., родившийся от второй

беременности, первых родов, второй из однойцевой двойни, (первый умер в раннем неонатальном периоде) масса при рождении 1100,0, рост 36см, окружность головы 28см, окружность груди 26см, мать не дообследована, поздняя постановка на учет (в 29 недель), брак близкородственный (двоюродные брат и сестра), матери 19 лет, жительница сельской местности. Первая беременность закончилась мертворождением в сроке трех месяцев, настоящая беременность в том же году на фоне ОРЗ с повышением температуры.

Пренатальная ультразвуковая картина в 29 недель: многоводие, нарушения маточно-плацентарного кровотока расширение боковых желудочков у плода. Отмечено расширение IV желудочка мозга до 11 мм, гипоплазия червя мозжечка. Роды преждевременные в сроке 29 недель, околоплодные воды зеленые. Двойня однойцевая мальчики массой 1100,0 и 1120,0 ростом 36см. Состояние детей тяжелое, из родильного зала поступили в отделение реанимации и интенсивной терапии за счет дыхательной недостаточности III степени и выраженной неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения. Дети родились в тяжелом состоянии тяжелой асфиксии, с дыхательной недостаточностью, с признаками глубокой недоношенности, вегето-висцеральными нарушениями. На пятые сутки первый из двойни умер в связи с дыхательной недостаточностью 3 степени, двухстороннее кровоизлияние в желудочки мозга. С момента поступления второй из двойни находился в режиме кувеза на респираторной поддержке режим назального СРАР, а с 7 суток жизни – на спонтанном дыхании, оксигенация проводилась по показаниям (концентрация кислорода не более 40%). Энтеральное питание минимальное ребенок плохо усваивал молоко, проводилось частичное парентеральное питание аминокислотами, глюкозой начато с первых суток в трофическом объеме с последующим расширением.

При неврологическом обследовании: положение ребенка, вынужденное на боку с запрокинутой головой, крик монотонный, симптом заходящего солнца, непостоянный горизонтальный нистагм. Неправильная форма черепа. Увеличенная в размерах мозговая часть, отмечалось расхождение костей черепа, швы открыты до 0,5 см с увеличением размеров большого родничка да 5-8 см. Зрачки средней величины, фотореакция снижена. Спонтанная двигательная активность снижена. Мышечный тонус ослаблен, дистония мышц в конечностях. Физиологические рефлексы угнетены, сухожильные снижены, симметричные. Картина нейросонографии в первые сутки жизни: в задней черепной ямке при коронарных и сагитальном сканировании наблюдается расширенные III и IV желудочки, полушария

мозжечка резко уменьшены, червь не определяется, агенезия мозолистого тела.

В динамике по данным нейросонографии выявлена перивентрикулярная ишемия, венрикуломегалия, агенезия мозолистого тела и повышенная резистентность сосудов мозга.

На 15 сутки жизни, после стабилизации состояния, ребенок был переведен на второй этап выхаживания для дальнейшего наблюдения и лечения.

По результатам ЭХО- КГ выявлен врожденный порок сердца: дефект межжелудочковой перегородки, открытое овальное окно.

Ребенок консультирован кардиологом, генетиком, даны рекомендации. На 35 сутки выписан домой на амбулаторное наблюдение невропатолога и нейрохирурга.

В заключении следует указать, что проведенное наблюдение представляет большой интерес с клинической точки зрения, поскольку встречается не так часто в повседневной практике врача.

Показана целесообразность ранней пренатальной диагностики, проведение консультаций генетика особенно в семьях с близкородственным браком.

Описание клинического случая №2. Новорожденный мальчик доношенный от пятой беременности на фоне ОРЗ с повышением температуры. Мать жительница села не дообследована. Роды четвертые обвитие пуповины вокруг шеи плода. Мальчик от 4 беременности на фоне ОРЗ с повышением температуры. Поздняя пренатальная диагностика в 38 недель беременности диагностирована венрикуломегалия. Анамнез отягощен трое детей умерли в неонатальном периоде со слов матери отмечалось повышение температуры причину не знает. Брак близкородственный (двоюродные брат и сестра) во втором поколении (бабушка и дедушка двоюродные брат и сестра), у женщины диагностирована эпилепсия, по материнской линии врожденные пороки развития в виде челюстно-лицевой деформации. Ребенок из родильного зала переведен в отделение детской реанимации и интенсивной терапии в тяжелом состоянии, признаки дыхательной недостаточности 2 степени, неврологическая симптоматика в виде гипертензионного синдрома: судороги, глазная симптоматика симптом заходящего солнца, голова запрокинута, крик монотонный. Мальчик массой 4020, рост 56см, окружность головы 36 см, окружность груди 37см оценка по Апгар 5/6/7 баллов. На вторые сутки на нейросонографии диагностирована венрикуломегалия 2 степени, проконсультирован кардиологом на ЭГ КГ врожденный порок сердца – дефект межпредсердной перегородки. Осмотрен генетиком, родители взяты на учет на генетическое консультирование. На восьмые сутки из отделения детской реанимации переведен на второй этап выхаживания. Проведено симптоматическое

лечение, метаболитная терапия. На 25 сутки выписан под наблюдение невропатолога.

Пренатальная диагностика включает

1. Ультразвуковой скрининг: тщательно проводить согласно Национальным стандартам по антенатальному уходу (№161 от 21.02.2015г.) при физиологической беременности женщин при сроках 10-14 недель, 18-20 недель и 28-30 недель.

- При наличии факторов риска у женщин, кроме специалиста ультразвуковой диагностики и врача акушер-гинеколога в ходе скрининга вовлекаются врачи-генетики, которые проводят:

2. Биохимический скрининг маркерных белков в сыворотке крови беременной, цитогенетический скрининг, молекулярный скрининг, иммунологический скрининг.

Ультразвуковой скрининг I триместра –маркеры хромосомных аномалий.

- Увеличение толщины воротникового пространства.

- Отсутствие визуализации носовых костей плода.

- Аномальный кровоток в венозном протоке.

При этом отсутствие визуализации костей носа плода может указать на наличии:

-трисомии 21-60-70% -трисомия 18–50% - трисомия 13 -30 %.

Биохимический скрининг:

Анализ эмбриональных сывороточных белков в крови у матери.

Основные белки:

- Альфа-фетопротеин (а-ФП);

- Хориальный гонадотропин человека (ХГЧ);

- Ассоциированный с беременностью белок плазмы А (I триместр) РАРР-а;

- Свободная в-субъединица хорионического гонадотропина человека (I триместр) в-ХГЧ;

3. Цитогенетический скрининг:

- Фундаментальной основой является определение риска хромосомной патологии у плода в зависимости от возраста беременной и семейного репродуктивного анамнеза;

- Основной целью цитогенетического скрининга является поиск супружеских пар, имеющих высокий риск образования несбалансированных гамет и зигот;

- Заключается в проведении пренатальной инвазивной диагностики в группах высокого риска выявления хромосомной патологии;

4. Иммунологический скрининг:

Скрининг беременных наличие инфекций, потенциально нарушающих внутриутробное развитие плода (вирус краснухи, простого герпеса, цитомегаловируса, ветряной оспы, токсоплазмоза), а также тестирование резус-принадлежности матери.

Инвазивные методы:

Хорионбиопсия и плацентобиопсия;

Амниоцентез;

Кордоцентез.

Список литературы

1. Барашнев Ю. И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х. 2001. С.181-232.
2. Петрова Л. А., Розанов А. В., Барашнев Ю. И., Панов В. О. Синдром Денди-Уокера у новорожденных. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2010. 1. С.25-29.
3. Ватолин К. В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. М.: Видар. 2005. С. 88-89.
4. Aylamazyan EK, Baranov VS, eds. Prenatal diagnosis of hereditary and congenital diseases. Moscow: Triada-X. 2007. P.11-148.
5. Barashnev Y.I, Baharev V.A., Novikov P.V. Diagnosis and treatment of congenital and hereditary diseases in children. Moscow: Triada-X. 2004. P.12-87.
6. Volodin N.L., ed. Neonatology (national leadership). Moscow: GEOTAR-Media, 2007, 847 p. Russian (Неонатология (национальное руководство) / под ред. Н. И. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 847с.).
7. Bochkov N.P. Hereditary Diseases (national leadership). Moscow: M.: GEOTAR-Media, 2012, p.128-145. Russian (Бочков Н. П. Наследственные болезни (национальное руководство). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; с. 128-145).

DANDY-WALKER SYNDROM

Zurkholova Kh.R., Salikhova DS, Karimova Z.S., Rozikova G.S.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Dandy - Walker Syndrom syndrome is a brain development disorder (cerebellum and surrounding cerebrospinal fluid spaces) characterized by a triad of symptoms: hypotrophy of the cerebellar worm and / or cerebellar hemispheres, hydrocephalus of various degrees, congenital heart disease. A feature of the above clinical case is that it requires early prenatal diagnosis, genetic counseling, given the closely related marriage.

Key words: cerebellar worm, cerebellar hemispheres, hydrocephalus.

СИНДРОМИ ДАНДИ-УОКЕР

Зурхолова Х.Р., Салихова Д.С., Каримова З.С. Розикова Г.С.

МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Синдроми Данди-Уокер нуқсонҳои модарзодии афзоиши майнаи сар (мағзча ва дараҷаҳои cerebellar) буда, аз се аломатҳо: гидроцефалия дараҷаҳои гуногун, гипотрофияи мағзча ва бадани мозолӣ, нуқсонҳои модарзодии дил иборат аст. Хусусияти клиникии дар боло зикргардида нишон медиҳад, ки он ба маслиҳати то ҳомиладорӣ, таъхиси пренаталӣ ва маслиҳати генетикӣ, ки ба издивоҷи хешу таборӣ алоқамандӣ дорад ва ба мониторинги таъхиси ультрасадоӣ зарурӣ дорад.

Калимаҳои калидӣ: гидроцефалия, нуқсонҳои майнаи сар.

УДК 618.17

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Икромова З.М., Усманова Н.К., Курбонова П.З.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Резюме. Нами было проведено полное клинико-лабораторное обследование и хирургическое лечение 46 женщин с первичным и вторичным бесплодием трубно-перитонеального генеза. Также для оценки результатов нашего исследования проводилось наблюдение 37 пациенток в течение 6 месяцев послеоперационного периода, что показало наступление маточной беременности у 12 наблюдаемых (27%).

Также во время наблюдения 32-ум пациенткам в послеоперационном периоде было проведена гистеросальпингография, что выявило проходимость маточных труб у 29 (90%) наблюдаемых. Результаты проведенного нами исследования позволили выявить, что лапароскопические методы оперативного вмешательства и гистероскопия являются высокоэффективным методом лечения больных с трубно-перитонеальным генезом бесплодия. Также эффективность лечения трубно-перитонеального бесплодия зависит от выраженности спаечного процесса и морфологических изменений маточных труб.

Ключевые слова: трубно-перитонеальное бесплодие, лапароскопия, гистероскопия, спаечный процесс.

Актуальность. Патология маточных труб является причиной бесплодия примерно у 45% бесплодных женщин. Распространённость непроходимости маточных труб напрямую связана с заболеваниями передающимися половым путем и в редких случаях причиной может быть врожденная аномалия, которая является актуальной проблемой нашего региона. (1;8). Спаечный процесс может быть распространён, как в самой трубе, так и за ее пределами, охватывая и трубу, и яичник – это трубно-перитонеальная форма бесплодия (6). Несмотря на достигнутые успехи в диагностике, лечении и профилактики трубно-перитонеальной формы бесплодия, на данный момент единственным методом его лечения продолжает оставаться хирургический, сводящийся к удалению спаек и восстановлению проходимости маточных труб [7]. Повреждение маточных труб может возникать как следствие стерилизации, инфекции или развития спаечного процесса. Повреждение фимбриального отдела маточных труб снижает частоту и вероятность наступления беременности (4). Повреждение мерцательного эпителия, может препятствовать оплодотворению или значительно снижать частоту наступления беременности, повышая вероятности наступления эктопической беременности. Одной из основной проблемы является образование спаек, возникающих после хирургических операций в брюшной полости, особенно гинекологических или осложненных хирургических [8]. Частота их возникновения составляет 60-95%. Непроходимость маточных труб может быть полной, когда нарушается проходимость всех отделов, или частичной, когда непроходим один участок трубы. Спайки в полости таза ведут к нарушению фертильности в 15-20 % случаев и описаны у 55-100 % пациенток после первой гинекологической операции [5]. В случаях вмешательств по реконструкции труб наличие спаек мешает успешному восстановлению их функции и вызывает нарушение фертильности вследствие повторной закупорки труб. [2]. Также другой не менее значимой проблемой являются инфекции передаваемые половым путём, которые становятся причиной воспалительного процесса в матке а в последующем и маточных трубах может стать причиной трубно-перитонеального бесплодия [3]. Также причиной появления спаечного процесса в малом тазу являются генитальный эндометриоз, который в среднем

составляет 23% у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза [5].

Цель исследования: Оптимизация хирургического и этиопатогенетического методов лечения трубно-перитонеального бесплодия, а также клиническая эффективность у пациенток с бесплодием трубно-перитонеального генеза.

Материал и методы исследования: Нами было проведено комплексное обследование 46 женщин с первичным или вторичным бесплодием получавшее хирургическое лечение в отделении эндхирургии НИИ АГ и П. Комплексное лечение включало, клиничко-лабораторное, бимануальное, микробиологическое исследования, трансвагинальное ультразвуковое сканирование, гистеросальпингографию, лапароскопию и гистероскопию. Все исследования и оперативное вмешательство проводили с информированного согласия пациенток.

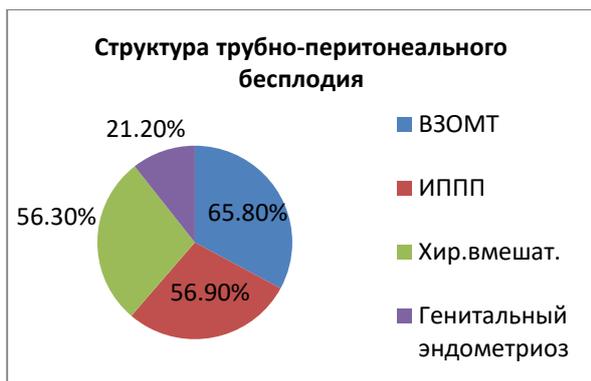
Критериями включения в исследование были: 1) наличие патологии маточных труб или спаечный процесс в полости малого таза. 2) возраст женщины от 20 до 41 год. 3) отсутствие патологии спермы у партнера. 4) письменное согласие.

Хирургическое лечение с бесплодием проводилось 2 методами: лапароскопическим и гистероскопическим. Лапароскопические операции проводили с использованием оборудования фирмы “KarlStorz” (Германия) по общепринятой методике под эндотрохеальным наркозом. Гистероскопию проводили с использованием аппаратуры фирмы “KarlStorz” (Германия) в жидкой среде одновременно с лапароскопией.

Для оценки эффективности различных методов репродуктивной хирургии использовали следующие показатели: проходимость маточных труб по данным гистеросальпингографии и контрольной лапароскопии, частоту маточной беременности, частоту выкидышей, частоту внематочной беременности.

Результаты исследования: Средний возраст женщин с трубно-перитонеальным бесплодием составил 32,4 года. Индекс массы тела пациенток варьировало в пределах $29 \pm 1,5$. Гинекологический анамнез у 29,9% (14-случаев) пациенток был отягощен первичным бесплодием, в 71% (33) случаев имело место вторичное бесплодие. Основной жалобой пациенток было бесплодие, периодически появляющиеся тянущие боли внизу живота и боли при половом акте. При проведении клиничко-анамнестического обследования было

выявлено, что характерными признаками пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия являлись: длительный период бесплодия (6,4±3,6 лет), связь трубно-перитонеального бесплодия с воспалительными заболеваниями органов малого таза (65,8%), инфекция передаваемая половым путем (56,9%), внутриматочными оперативными вмешательствами (56,3%), гинекологическими операциями на органах малого таза (32,6%), наружным генитальным эндометриозом (21,2%). У большинства пациенток отмечалось сочетание нескольких факторов риска возникновения трубного бесплодия (63,0%).



Всем пациенткам проводилось исследование мазка на урогенитальную инфекцию, при котором у 12 женщин определилась Chlamydia trachomatis – 17,6%, M.hominis – 9,1%, T.vaginalis – 5%, Cytomegalovirus – 18,2%, Herpes simplex – 34%, Gardnerella vaginalis – 23% случаев.

Структура урогенитальной инфекции при бесплодии трубно-перитонеального генеза

Chlamydia trachomatis	8	17,6%
Micoplasma hominis	4	9,1%
Herpes simplex	16	34%
Cytomegalovirus	8	18,2%
Gardnerellavagnalis	10	23%
Trichomonas vaginalis	2	5%

Пациенткам с трубно-перитонеальным бесплодием были выполнены эндо видеохирургические оперативные вмешательства. При проведении эндоскопического (лапароскопии с хромосальпингоскопией и гистероскопия) у 87,5% пациенток была диагностирована трубная патология. Наиболее часто отмечалась дистальная патология маточных труб (71,3%). У большинства женщин с дистальной патологией маточных труб (54,8%) определялось гидросальпинксы. Более половины пациенток (68,2%) имели двустороннее поражение маточных труб. Окклюзия проксимального отдела маточных труб было выявлено у 3,2% и врожденные

пороки и опухоли маточных труб у 5,0% пациенток с трубным бесплодием.



При псевдонепроходимости маточных труб, которая была обусловлена различными причинами, проводили гистероскопические оперативные вмешательства: гистероскопическое удаление полипов из устьев маточных труб – у 7 (15%) женщин. Истинная фиброзная окклюзия, которая наблюдалась у 4 (8,9%) женщин, лапароскопический метод оперативного вмешательства были неэффективны, так как при таких случаях требуется микрохирургические оперативные вмешательства или экстракорпоральное оплодотворение. Эндоскопические методы не могли преодолеть такую плотную окклюзию. У пациенток с дистальной патологией маточных труб сальпингоэностомия (8 случаев), сальпингоовариолизис (15 случаев) и комбинированные оперативные вмешательства на одной или обеих маточных трубах (12).

Длительность оперативного вмешательства варьировала от 30 минут до 95 минут. Среднее время пребывания в стационаре составило 3дня. Послеоперационных осложнений при наблюдении в стационаре не наблюдалось. У 2-х пациенток наблюдалось обострение хронического воспалительного процесса в маточных трубах после проведения оперативных вмешательств по поводу гидросальпинксов. Проведение антибактериальной терапии привело к купированию воспалительного процесса. При оценке репродуктивного результата у 37 больных с трубно-перитонеальным бесплодием было выявлено, что частота наступления маточной беременности после проведения сальпингоовариолизиса в 2,6 раз чаще чем после проведения сальпингоэностомии. Прокладимость маточных труб повторно проверялось через 2-3месяца после проведения оперативных вмешательств у 32 больных, посредством гистеросальпингографии, которая показала проходимость маточных труб у 30 пациенток. При оценке эффективности хирургического лечения

пациенток с дистальной патологией маточных труб, нами было определено, что у 12 (27%) пациенток наступила маточная беременность после проведения лапароскопических операций и гистероскопии с удалением полипов из устьев маточных труб в течении 6-и месяцев. Эффективность лечения трубно-перитонеального бесплодия зависит от выраженности спаечного процесса и морфологических изменений маточных труб.

Заключение. Таким образом, хирургический лапароскопический метод в лечении трубно-перитонеального бесплодия является альтернативным методом вспомогательных репродуктивных технологий. Успех проведения операции при трубно-перитонеальном бесплодии зависит от вида и уровня окклюзии маточных труб. На репродуктивный результат у пациенток с трубным бесплодием большое влияние оказал степень тяжести дистальной окклюзии маточных труб.

Список литературы

1. Гаспарьян С.А., Ионова Р.М., Попова О.С., Хрипунова А.А. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015. 4. С.66-72.
2. Гончарова Н.Н., Адамян Л.В., Мартышкина Е.Ю. и др. Структура бесплодия в супружеской паре. Новые технологии и лечения

гинекологических заболеваний. Материал XXVII Междунар. конгр. с курсом эндоскопии. М. 2017. С.118.

3. Калугина А.С., Бобров К.Ю. Проблема вторичного бесплодия: распространенность и современные методы лечения // Проблемы репродукции. 2015. №7. С.31-35.

4. J.M. Duffy and e.a. Post operative procedures for improving fertility following pelvic reproductive surgery // the Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014. №2.

5. Бурлев В.А. и др. Системные и локальные изменения про- и инфламаторной активности у больных с различными стадиями распространения тазовых перитонеальных спаек и бесплодием // Проблемы репродукции. 2015. №1. С.12-19.

6. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Степанян Л.В., Эльдерова К.С., Магакян О.Г. Некоторые современные аспекты воспалительных заболеваний органов малого таза. Consilium. 2015, 17 (6). С.8-11.

7. Тотчиев Г.Ф. Профилактика и лечение осложнений воспалительных заболеваний органов малого таза. Доктор.Ру. 2015. 1. С.37-8.

8. Царьков М.А., Семенцова Н.А. Новый подход к комплексной терапии патологии маточных труб. Гинекология. 2014, 5. С.47-50.

OPTIMIZATION OF TREATMENT METHODS FOR TUBO-PERITONEAL INFERTILITY

Ikromova Z.M., Usmonova N.K., Kurbonova P.Z.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Results: This researching conducted a comprehensive researching of patients with primary and/or secondary infertility who received surgical treatment. To appreciate the effectiveness of reproduction, we used a researching of patency of the fallopian tubes according to hysterosalpingography and control laparoscopy. The effectiveness of surgical treatment of patients with infertility of tubo-peritoneal genesis is highly effective for further pregnancy. Optimization of surgical and etiopathogenetic methods of treatment of tubo-peritoneal infertility, as well as clinical efficacy in patients with tubo-peritoneal infertility. **Conclusion.** The laparoscopic method in the treatment of tubo-peritoneal infertility is an alternative method of assisted reproductive technologies. The success of surgery for tubo-peritoneal infertility depends on the type and level of tubal occlusion.

Key words: Tubo-peritoneal infertility, laparoscopy, hysteroscopy, adhesions.

МУНОСИБГАРДОНИИ УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ БЕЗУРЁТИИ САБАБИ НАЙЧАВӢ ВА ПЕРИТОНЕАЛӢ

Икромова З.М., Усманова Н.К., Курбонова П.З.

МД “Пажӯҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Хулоса: Дар ин таҳқиқот ба беморони чинсии зан, ки бо ташхиси безурётии аввалия ва дубора таҳқиқоти ҳамачониба гузаронида шудааст. Дар баҳодиҳии самаранокии тазаккур таҳқиқоти гузарандагии найчаҳои тухмгузар аз рӯи гистеросальпингография ва лапароскопияи ташхиси истифода шудааст. Табобати ҷарроҳӣ дар беморони безурётии генези найчавӣ дошта, амалиёти пурсамар барои минбаъда хомиладор шудан мебошад.

Калимаҳои калидӣ: безурёти генезӣ найчавӣ, лапароскопия, гистероскопия, протсессии часпишҳо.

УДК 616-089.5:617-089.844(072)

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ РОДОВ НА СОМАТИЧЕСКИЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЁННЫХ

Карабаев Д.И., Алимов З.Д., Одинаев О.О.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Цель исследования: оценить влияние различных методов обезболивания родов на продолжительность родов, соматический и неврологический статус новорожденного.

Материал и методы исследования: исследование проводилось на базе родильного дома № 1 г. Душанбе. Нами проанализировано 99 случаев ведения родов с использованием эпидуральной продленной анальгезией за период 6 месяцев 2018 года, вошедшие в основную группу. В группу сравнения включены 36 женщин, которым в качестве обезболивания родов применялся промедол.

Результаты. Оценка по шкале NACS, свидетельствующая об отсутствии депрессивного влияния анальгезии на центральную нервную систему, была характерна для новорожденных, которые родились под эпидуральным обезболиванием.

Ключевые слова: эпидуральная анальгезия родов, неврологический статус новорождённых.

Актуальность. Несмотря на последние достижения медицины в области акушерской и неонатальной патологии всё еще остается высокой материнская и перинатальная смертность. Роды всегда сопровождаются болевыми ощущениями, это болезненный физиологический процесс у женщины. В случае развития различных осложнений в родах, может неблагоприятно сказаться на исходе родов, как со стороны матери, так и со стороны плода [1,3]. Длительное ощущение боли приводит не только к физической, но и к эмоциональной усталости. Соответственно, обезболивание родов – это очень важный аспект организации родовспоможения. Эффективное обезболивание с применением нейроаксиальной анальгезии растворами местных анестетиков ропивакин 0,2% – это наиболее безопасный метод обезболивания родов.

Эпидуральная анальгезия сама по себе не увеличивает риск оперативного разрешения родов. Последнее обусловлено непростыми взаимоотношениями между данным методом обезболивания и продолжительностью первого и второго периода родов.

В мировой практике частота обезболивания родов с использованием регионарной анестезии в настоящее время достигает 40-90%. По данным метаанализов Cochrane Database она превосходит по эффективности прочие методы обезболивания в родах (уровень А). Регионарная анальгезия в родах является наиболее эффективной и гибкой методикой, так как позволяет варьировать степень обезболивания, оказывает относительно гипотензивный эффект и может применяться на протяжении всех родов и быть проведена с минимальным воздействием на состояние плода и роженицы.

При эпидуральной анальгезии происходит меньший выброс катехоламинов и простагландинов в ответ на сокращение матки и растяжение ее шейки. В свою очередь это приводит к менее значительному росту сердечного выброса и общего периферического сосудистого сопротивления, вызванных гиперкатехолемией, снижению потребления кислорода на фоне схваток что более благоприятно воздействует на плод. Наступает вазодилатация, улучшающая плацентарный кровоток и кислотно-основное состояние как у роженицы, так и у плода. Соматический статус новорожденных при рождении оценивали по шкале Апгар на 1 и 5 минутах после рождения. Психоневрологический статус исследовали с помощью шкалы NACS (Neurologicand Adaptive CapacityScore), которая состоит из пяти блоков: 1) адаптационная способность, 2) пассивный тонус, 3) активный тонус, 4) безусловные рефлексы и 5) общий неврологический статус.

Цель исследования - оценить влияние различных методов обезболивания родов на продолжительность родов, соматический и неврологический статус новорожденного.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе родильного дома № 1 г. Душанбе. Нами проанализировано 99 случаев ведения родов с использованием эпидуральной продленной анальгезии за период 6 месяцев 2018 года, вошедшие в основную группу. В группу сравнения включены 36 женщин, которым в качестве обезболивания родов применялся промедол. Их средний возраст составил $24,9 \pm 0,92$. Подбор пациенток в исследуемых группах производился методом случайной выборки. По паритету беременные распределились следующим образом: первородящие составили 71,5%, повторнородящие – 21,4%, многорожавшие (5

родов и более) – 7,1% (в группе сравнения 80,6%, 16,6%, 2,8% соответственно). Домохозяйка было 50,7%, студенток и служащих 31,5%, работающих производстве и сельском хозяйстве 17,8% (в группе сравнения 52,3%, 30,5%, 17,2 соответственно). Жителями села оказались 40,1%, городскими 59,9% (в группе сравнения 43,7% и 56,3 соответственно). Средняя масса тела у беременных 1 и 2- ой группы составила соответственно 71,5±2,1 и 73,1±1,9 кг. Средняя продолжительность родов составила 9,3 ±1,2 часа и 9,8±1,1 часа. Статистически достоверных различий этих показателей между группами выявлено не было.

Всем беременным при поступлении в родильный дом перед проведением исследований, диагностических манипуляций, забора крови, а также лечебных процедур нами было получено письменное информированное согласие.

В основную группу (1 группа) вошли пациентки которым была произведена продленная эпидуральная анальгезия (n=99). Пункцию эпидурального пространства осуществляли на уровне L1-L2 с помощью эпидуральных наборов Perifix (B. BraunMelsungen, Германия), иглой диаметром 18 G. После идентификации эпидурального пространства вводили тест дозу местного анестетика и производили катетеризацию эпидурального пространства в краниальном направлении на 3 см. Катетер фиксировали на коже спины лейкопластырем. Преинфузию проводили раствором Рингера лактат в дозе 500 мл в\в. После введения тест дозы 2% лидокаина в объеме 3,0 мл в катетер вводили основную дозу местного анестетика: 0,2% раствор ропивакаина гидрохлорида в дозе 25,0±5 мг. Поддерживающая доза ропивакаина гидрохлорида 0,2 % составляла 10 мл\час.

В группу сравнения (2 группа) включены 36 женщин, которым в качестве обезболивания применяли промедол (Trimeperidine) в дозе 20-40 мг в зависимости от продолжительности первого периода родов.

Результаты и обсуждение. Показаниями для обезболивания родов в основной группе и группе сравнения послужили первородящие (71,5% и 80,6% соответственно), дискоординированная родовая деятельность (20,2% и 19,4%), сопутствующие экстрагенитальные патологии (8,3% в основной группе).

Таблица 1
Продолжительность родов при различных методах обезболивания

Метод обезболивания родов	I период родов, (мин)	II период родов, (мин)
ЭА (n=99)	616±27,99	36,8±22,6
Промедол (n=36)	620±36,5	40,2±17,8

Как видно из таблицы 1, продолжительность второго периода родов не зависела существенно от метода обезболивания. Продолжительность

второго периода при ЭА в среднем составила 36,8 минут (соответственно 40,2 минуты в группе сравнения).

Максимальная продолжительность второго периода родов при ЭА – 60 минут, что не превышает предельно допустимые интервалы II периода родов, рекомендованных ВОЗ. При анализе соматического статуса новорожденных выявлено, что независимо от вида анальгезии оценка по шкале Апгар на первой минуте соответствовала норме (7 и более баллов), однако максимальные значения были характерны для детей, где использовалась эпидуральная анальгезия (табл. 2).

Таблица 2

Оценка новорожденных по шкале Апгар

Группа Оценка по шкале Апгар	СМА (n=62)	ТВА (n=60)	P
Апгар 1 мин, баллы	7,9 (8-8)	7,8 (7-8)	0,286
Апгар 5 мин, баллы	8,9 (9-9)	8,8 (8,5-9)	0,169

В частности, у детей I группы оценка по шкале Апгар на первой минуте составила 7,9 (8-8) баллов, а на пятой минуте 8,9 (9-9) баллов. У детей второй группы оценка по шкале Апгар на 1-й минуте составила 7,8 (7-8) баллов, а на 5-й минуте – 8,8 (8,5-9) баллов. Статистически значимых различий в оценке состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения выявлено не было (p>0,05).

При анализе неврологического статуса новорожденных в зависимости от используемой методики, были получены данные, представленные в табл. 3.

Оценка по шкале NACS у новорожденных, матери которых были обезболены эпидурально в первые 15 минут после рождения составила 32,4 (31,0-35,0) балла, а у детей второй группы (промедол) – 26,8 (23,0-32,0) баллов, что было ниже показателей первой группы на 17,3% и явилось статистически значимым (p<0,05). Следует отметить, что более низкая оценка прослеживалась по всем представленным в шкале параметрам, причем эти изменения были статистически достоверны.

Оценка по шкале NACS через 2 часа после рождения была значительно выше у детей, матери которых обезболены с использованием эпидуральной анальгезии и составила 35,9 (35,0-37,0) баллов. У детей, которые родились под обезболиванием промедолом, оценка по шкале NACS равна 32,6 (30,5-35,0) баллов, что ниже показателей первой группы новорожденных на 9,2%. Выявленные различия между группами были статистически достоверны (p<0,05). Статистически значимые различия определялись в тестах на

активный тонус, безусловные рефлексы и общий неврологический статус ($p < 0,05$).

При обследовании через 24 часа интегральная оценка по шкале NACS у детей первой группы составила 37,4 (36,0-39,0) баллов, а второй – 36,5 (35,0-38,5), при этом выявленные различия между группами статистически не значимы ($p = 0,479$).

Таблица 3

Оценка неврологического статуса новорожденных по шкале NACS

Через 15 минут после рождения			
Группа / показатель	ЭА (n=62)	Промедол (n=60)	P
Адаптационная способность	9,5 (10,0-10,0)	8,3 (7,0-10,0)	0,003
Пассивный тонус	6,6 (6,0-8,0)	5,9 (5,0-7,0)	0,029
Активный тонус	6,6 (6,0-8,0)	4,4 (2,0-7,0)	0,000
Безусловные рефлексы	3,8 (3,0-5,0)	2,8 (2,0-4,0)	0,001
Общий статус	5,8 (6,0-6,0)	5,4 (5,0-6,0)	0,000
NACS	32,4 (31,0-35,0)	26,8 (23,0-32,0)	0,000
Через 2 часа после рождения			
Адаптационная способность	9,9 (10,0-10,0)	9,5 (10,0-10,0)	0,096
Пассивный тонус	7,4 (7,0-8,0)	7,2 (7,0-8,0)	0,310
Активный тонус	8,2 (7,0-10,0)	6,6 (6,0-8,0)	0,000
Безусловные рефлексы	4,5 (4,0-5,0)	3,7 (3,0-4,0)	0,000
Общий статус	5,8 (6,0-6,0)	5,5 (5,0-6,0)	0,001
NACS	35,9 (35,0-37,0)	32,6 (30,5-35,0)	0,000
Через 24 часа после рождения			
Адаптационная способность	10,0 (10,0-10,0)	9,9 (10,0-10,0)	1,000
Пассивный тонус	7,7 (8,0-8,0)	7,8 (8,0-8,0)	0,522
Активный тонус	8,9	8,4 (7,5-10,0)	0,074

	(8,0-10,0)		
Безусловные рефлексы	4,8 (4,0-5,0)	4,7 (4,0-5,0)	1,000
Общий статус	5,9 (6,0-6,0)	5,7 (6,0-6,0)	0,016
NACS	37,4 (36,0-39,0)	36,5 (35,0-38,5)	0,479

Результаты исследования: таким образом, наиболее высокая оценка по шкале NACS, свидетельствующая об отсутствии депрессивного влияния аналгезии на центральную нервную систему, была характерна для новорожденных, которые родились под эпидуральным обезболиванием.

Список литературы

1. Александрович Ю.С., Муриева Э.А., Пшениснов К. В., Рязанова О.В. Особенности гормонального статуса матери и новорожденного ребенка при использовании длительной эпидуральной аналгезии в родах. Педиатр. С.-П. 2011. 2(4). С.51-55.
2. Савельева Г. М. и др. Оправдана ли агрессия при ведении родов // Журн. акуш. и жен. болезн. 2011. № 3. С.24-31.
3. Антипин Э.Э. и др. Современная концепция безопасного материнства // Экология человека. 2008. №8. С.42-46.
4. Шифман Е.М. и др. Влияние эпидуральной аналгезии на течение родов // Рос. вест. акуш. гинек. 2006. № 2. С.44-46.
5. Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial Study Group, UK Randomized controlled trial comparing traditional with two 'mobile' epidural techniques: anesthetic and analgesic efficacy // Anesthesiology. 2002. № 97. P.1567–1575.
6. Семченкова О.В. Оптимизация ведения родов с дискоординированной родовой деятельностью при использовании эпидуральной анестезии: автореф. дис.... канд.мед. наук. Челябинск. 2011, 22 с.
7. Littleford J. Effects on the fetus and newborn of maternal anesthesia and analgesia: a review // Canadian Journal of Anesthesia. 2004. № 51. P.586-609.
8. Республиканский центр медицинской статистики и информации Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2016 год. Душанбе, 384 с.
9. Репина М.А. Эклампсия. Ошибки акушерской тактики. М.: СИМК. 2014, 248 с.

POSITIVE IMPACT OF EPIDURAL ANALGESIA FOR SOMATIC AND NEUROLOGICAL STATUS OF NEWBORNS

Karabaev D.I., Alimov Z.D., Odinaev O.O.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Resume: Compative evaluation of somatic and neurological status of the newborn after birth showed the advantage of epidural analgesia compared with anesthesia delivery promedol.

Key words: epidural analgesia of labor, status of newborn.

**ТАЪСИРИ МУСБАТИ АНАСТЕЗИЯИ ЭПИДУРАЛӢ ҲАНГОМИ ТАВАЛЛУД
БА ҲОЛАТИ ҶИСМОНӢ ВА ВАЗЪИ НЕВРОЛОГӢ ДАР НАВЗОДОН
Карабаев Д.И., Алимов З.Д., Одинаев О.О.**

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Хулоса: Ҷи тавре, ки маълум гашт, арзёбии баланди чадвали NACS маълумоти сабаби таъсири анестезия ба системаи маркази асабҳо, дар навзодоне, ки таваллуд шудаанд дар таҳти беҳискунии эпидуралӣ таваллуд шудаанд.

Калимаҳои калидӣ: бедардгардонии эпидуралӣ дар таваллуд, статуси неврологи дар навзодон.

УДК 618.1:616.07 (584.5)

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАЦИЕНТОК С ПОЛИПОМ ШЕЙКИ МАТКИ**

Кармишева М.Н., Болиева Г.У., Сафарова С.М., Хушвахтова Э.Х.

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Цель исследования. Изучить анамнез, клинические проявления, лабораторную, диагностику и лечение женщин с полипами шейки матки. **Материал и методы исследования.** Проспективно были обследованы 124 женщин разных возрастных групп с диагнозом полип шейки матки которым проводились инвазивные методы диагностики и хирургическое лечение полипов на базе гинекологического отдела ГУ НИИ АГ и П РТ за 2019 г. **Результаты.** У пациенток с полипами шейки матки установлена высокая частота экстрагенитальной патологии, ИППП и неспецифических воспалительных процессов органов гениталий. Полипы шейки матки сочетаются с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки обнаружены в 77,4% случаев.

Ключевые слова: полипы шейки матки, кольпоскопия, цитология, ИППП, женщины разных возрастных групп.

Актуальность. Шейка матки в силу своих структурно-функциональных особенностей занимает особое место в репродуктивной системе. Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении доброкачественных заболеваний шейки матки, эта патология продолжает оставаться важнейшей проблемой в гинекологии [1-3,5]. Повышение частоты хронических соматических заболеваний и снижение иммунитета стало причиной увеличения числа пациенток с пролиферативными процессами эндометрия, включая полипы эндометрия, которые составляют от 5% до 25% пациенток гинекологического профиля. Полип шейки матки, или цервикальный полип - обыкновенный

доброкачественный полип (или опухоль), возникающий на поверхности канала шейки матки. К этиологическим факторам развития полипов шейки матки следует отнести: воспалительные процессы органов гениталий, гормональные нарушения, нарушения менструальной функции, травмы (роды, аборт, ВМС) инфекционная теория развития, вирусная теория которая приводит к снижению иммунитета [2, 4, 6].

Диагностика полипов шейки матки на сегодняшний день не представляет трудностей в связи с разработкой инновационных методов исследования в мире. Лечение полипов шейки матки предусматривает устранение механизма

развития с последовательным хирургическим удалением [1, 3, 6].

Профилактические меры образований патологии экзо и эндоцервикса на сегодняшний день включает в себя: осмотры врача-гинеколога с периодичностью раз в полгода с УЗИ органов малого таза, своевременное лечение всех инфекционно-воспалительных процессов в малом тазу, отсутствие травмы шейки матки и контролирование гормонального фона у всех женщин [2, 5-7].

Материалы и методы исследования. В научное исследование были включены 124 женщин различных возрастных групп с диагнозом полип шейки матки, которым проводилась стационарное лечение на базе гинекологического отдела ГУ НИИ АГ и П РТ за период 2019 года. Критерии включения: диагноз полип шейки матки, наличие аномальной кольпоскопической картины по данным расширенной кольпоскопии, отсутствие злокачественных новообразований. В исследовании принимали участие пациентки, регулярно проходившие осмотры у гинеколога с цитологическим исследованием эндо - и экзоцервикса. Кольпоскопические исследования выполнялись в кабинете специализированного приёма ГУ НИИ АГ и П РТ (Гапаровой Е. и Юсуфбековой У.Ю.) Морфологические исследования были осуществлены в патоморфологической лаборатории ГУ НМОЦ РТ (врачом высшей категории А.С. Джураевом).

Ультразвуковое исследование проводили в отделении функциональной диагностики НИИ АГ и П МЗ и СЗН РТ, на аппарате SonoScorei «Mindray» DC №3 с применением секторального и влагалищного датчиков.

Для бактериоскопического исследования мазка на флору материал брался из влагалища, цервикального канала и мочеиспускательного канала ложечкой Фолькмана и под микроскопом оценивались такие показатели, как количество лейкоцитов, количество эритроцитов, состав флоры, наличие трихомонад гонококков, споры грибка и наличие лактобацил. Всем исследованным женщинам проводили иммунологический анализ крови на вирусы гепатита А, В, С, ВИЧ, ИППП методом ПЦР диагностики. Этот метод диагностики считается одним из самых современных и точных способов лабораторной диагностики половых инфекций. ПЦР позволяет определить наличие заболевания даже если инфекция находится в латентной фазе. По показаниям проводили гистероскопию и гистерорезектоскопию в отделении эндовидеохирургии НИИ АГ и П РТ. Статистический анализ данных проводился с использованием таблицы Microsoft Excel 2010 г. Вычислены средняя тенденция ($M \pm m$) и доли (р, %). Полученные результаты представлены в виде таблиц с выводами.

Результаты исследования. Возраст обследованных женщин составил 25-56 лет. При этом средний возраст составил $38,6 \pm 2,4$ лет. Проведённый анализ показал, что основной жалобой у женщин с полипом шейки матки была боль во время полового контакта, которая отмечена у 89 (71,7%) женщин, на втором месте обильные выделения из половых путей у 67 (54,0%) женщин, далее контактные кровотечения, которые отмечены у 53 (42,7%) пациенток, а также отмечены схваткообразные боли внизу живота у 23 (18,5%) пациенток. При этом бессимптомное течение зарегистрировано у 35 (28,2%) женщин (таблица 1).

Из анамнеза выяснилось, что у большинства женщин сопутствующей гинекологической патологией на первом месте является патология пищеварительной системы, которая отмечена у 78 (62,9%) женщин, ожирение отмечено у 57 (45,9%) пациенток, варикозная болезнь выявлена у 64 (51,6%), эндокринные нарушения у 38 (30,6%), патология мочевыделительной системы выявлено у 33 (26,6%) женщин с полипами шейки матки.

Таблица 1

Характеристика жалоб у женщин с полипами шейки матки

	Абс. n 124	%
Боли во время полового контакта	89	71,7
Обильные выделения из половых путей	67	54,0
Контактные кровотечения	53	42,7
Бессимптомное течение	35	28,2
Схваткообразные боли внизу живота	23	18,5
Нарушение менструального цикла	12	9,6
Бесплодие	7	5,6

Таблица 2

Сопутствующая экстрагенитальная патология у женщин с полипом шейки матки

ЭГЗ	Абс. n 124	%
Анемия	23	18,5
Диффузное увеличение щитовидной железы	38	30,6
Сердечно сосудистые заболевания	31	25,0
Варикозная болезнь	64	51,6
Хронический пиелонефрит, цистит, МКБ	33	26,6
Заболевания пищеварительной системы: (Панкреатит, Холецистит, Гастрит, Язва 12 перстной кишки, Гепатит)	78	62,9
Ожирение	57	45,9
Дефицит массы тела	21	16,9

Кольпоскопическое исследование проведено всем 124 женщинам. Выявлено эктопия и гипертрофия шейки матки была выявлены у каждой третьей пациентки у 34 (27,4%) и у 32 (25,8%) женщин. Установлено, что в 28 (22,5%) случаев полип шейки матки сочетается с цервицитом. Выявлено сочетание полипа на фоне лейкоплакии шейки матки - 8 (6,4%) и эндометриоз шейки матки - 7 (5,6%) женщин. Также установлена частота полипа шейки матки на фоне старого разрыва шейки матки, обнаружено в 13 (10,4%) случаев.

Всем женщинам с полипом шейки матки было проведено цитологическое исследование мазков. При оценке цитограммы установлено, что у 91 (73,3%) женщин результаты анализов характеризовались воспалительным процессом без атипии клеток эпителия. Установлено, что дисплазии I,II,III степени без признаков злокачественности выявлено у 33 (26,6%) пациенток, которые проходили консультацию онколога.

Таблица 3

Сочетание полипа шейки матки с другими фоновыми процессами шейки матки

Наименование:	Абс. n 124	%
Эктопия шейки матки	34	27,4
Рубцовая деформация шейки матки	13	10,4
Лейкоплакия	8	6,4
Цервицит	28	22,5
Эндометриоз шейки матки	7	5,6
Гипертрофия шейки матки	6	4,8

При анализе результатов исследования на ИППП, представленное на таблице 4 установлено, что у большинства женщин с полипами шейки матки имеет место сочетание бактериальных (75,8%) и вирусных (90,3%) заболеваний. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте инфицированности цервикального канала при полипах шейки матки.

Таблица 4

Результаты диагностики ИППП у женщин с полипами шейки матки

Наименование	Абс. n 124	%
Herpesvirushominis	68	54,8
Cytomegalovirus	41	33,0
Chlamidiatrachomatis	11	8,8
Mycoplasma hominis	13	10,4
Gardnerellavaginalis	36	29,0
Trichomonas vaginalis	28	22,5
Ureaplasma urealyticum	6	4,8

RW (Реакция Вассермана)	-	-
ВИЧ	-	-
Гепатиты В, С	3	2,4

Заключение. Таким образом исследование показали, что в группу риска по развитию полипов шейки матки должны быть включены женщины с контактными кровотечениями, повышенным белием, эктопиями шейки матки и выявленными ИППП.

Полипы шейки матки в 77,4% случаев сочетаются с фоновыми заболеваниями шейки матки. Своевременное обследование и санация очагов инфекции помогут снизить развитие гиперпластических процессов шейки матки и как его следствие онкопатологии.

Всем пациенткам с полипами шейки матки необходимо проводить хирургическое удаление - полипэктомию с отдельным выскабливанием цервикального канала и эндометрия в зависимости от возраста женщин с последующим гистологическим исследованием. Медикаментозное послеоперационное лечение включает в себя антибиотикотерапию витаминно- и иммунотерапию.

Список литературы

1. Кармишева М.Н. Оптимизация тактики ведения женщин с полипами шейки матки. Дисс. к.м.н. Душанбе. 2012, 140 с.
2. Сидорова ИС, Жолобова М.Н. и соав. Состояние шейки матки при сочетанной патологии (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия) // Российский Вестник Акушера-гинеколога. 2012. Т. 12. №3. С.55-57.
3. Кулакова В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. С.840-846.
4. Шпакова О.А. Эффективность новых технологий в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки Автореф. дисс. докт.мед.наук. Воронеж. 2015, 25 с.
5. Acladiou N., Sutton C., Mandai D. Persistent human papilloma virus infection and smoking increase risk of failure of treatment of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) // Int J. Cancer. 2012. Vol.98 (Suppl.3). №43. P.5-9.
6. ACOG: ACOG Practice Bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 45, August 2013. Cervical cytology screening (replaces committee opinion 152, March 1995) // Obstet Gynecol. -2003. Vol.102. №4. P.17-27.
7. Walther-Jallow, Klareskog E. // J. Acquir Immune Defic Syndr. 2017. Vol.45 (Suppl.1). P. 9-19.

**CLINICAL-ANAMNESTIC AND LABORATORY CHARACTERISTICS
OF PATIENTS WITH CERVICAL POLYP**

Karmisheva M.N., Bolieva G. U., Safarova S.M., Khushvahtova E.Kh.

*State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan*

Purpose of research. To study etiological factors, mechanism of development diagnosis, treatment and preventive measures of women of different age groups with cervical uteri polyps. **Material and methods of research.** To study of polyps of the cervix of uteri were prospectively studied 124 women of different age groups with a diagnosis of polyp of the cervix of uteri who underwent invasive methods of diagnosis and surgical treatment of polyps on the basis of the gynecological Department of Institute of AG and P RT in 2019.

Results. Patients with cervical polyps have a high incidence of extragenital pathology with a combination of STI and other inflammatory processes of genital organs in combination with other background and precancerous diseases of the cervixuteri.

Key words: cervix uteripolyps, colposcopy, cytology, STI (sexually transmitted infections), women of different age groups.

**ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ, АНАМНЕСТИКӢ ВА ЛАБОРАТОРИИ
БЕМОРОН БО ПОЛИПИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН**

Кармишева М.Н., Болиева Г.У., Сафарова С.М., Хушвахтова Э.Х.

МД “Паҷӯшишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Нагиҷаҳо. Дар беморони дорои полипи гарданаки бачадон нишондоди баланди бемориҳои экстрагениталӣ, бо ҳамроҳии бемории бо роҳҳои алоқаи ҷинсӣ гузаранда ва бемориҳои илтиҳобии узвҳои гениталии дар яқҷоягӣ бо бемориҳои хушсифат ва пеш аз саратонӣ ба қайд гирифта шудааст.

Калимаҳои калидӣ. Полипи гарданаки бачадон, колпоскопия, ситология, ББРАҶГ (бемориҳои бо роҳҳои алоқаи ҷинсӣ гузаранда), занони синну соли гуногун.

УДК 618.1:616.07 (584.5)

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПОМ ШЕЙКИ МАТКИ
В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ**

Кармишева М.Н., Хушвахтова Э.Х., Болиева Г.У., Сафарова С.М.

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Цель исследования. Разработать комплексный подход к диагностике и лечению больных с полипом шейки матки у женщин в различные периоды жизни. **Материалы и методы.** В гинекологическом отделении НИИ АГ и П обследовано 146 пациенток с полипами шейки матки различных возрастных групп. Всем пациенткам проведены общепринятые клинические анализы, расширенная кольпоскопия и PAP-тест, исследование микробиоценоза влагалища. При этом обследование проведено до и после лечения для оценки качества оказанной помощи. Разработан алгоритм обследования и ведения пациенток с полипами шейки матки в различные периоды жизни. **Результаты.** Врачебная тактика при лечении полипов шейки матки определяется возрастом пациентки, наличием сочетания полипов шейки матки с другими патологическими процессами матки, а также возможностями и оснащением стационара.

Ключевые слова: полип шейки матки, репродуктивный и перименопаузальный период, кольпоскопия, мазок на цитологию, алгоритм обследования.

Актуальность проблемы. Патология шейки матки имеет большой удельный вес в структуре гинекологических заболеваний, при этом доброкачественные изменения составляют более 80% [Кулаков В.И., 2010; Прилепская В.Н., 2012]. Частота полипов шейки матки в структуре гинекологической патологии составляет 2,8%. Среди пациенток с патологическими процессами

шейки матки, полип составляет 22,8%. Наиболее часто полипы встречаются у женщин после 40 лет.

Научные открытия в области микробиологии, а также развитие новых методов диагностики инфекций мочеполовых путей дают возможность углубленного изучения причин возникновения патологических процессов шейки матки. Ежегодно отмечается рост ИППП, возрастает число миксинфекций [P.N. Reesenk и соавт., 2011] связывает развитие цервикальной гиперплазии шейки матки, в частности, с хламидийной инфекцией.

Методы лечения полипов шейки матки стандартизированы и включают удаление полипов с последующей противовоспалительной терапией. Однако, по данным В.М. Соколова, В.В. Молчанова, Н.А. Данилевича [2011] частота рецидивов полипов шейки матки после принятого метода лечения составляет 7,6-8,5%.

Ранняя диагностика фоновых процессов шейки матки имеет важное медико-биологическое и социально-экономическое значение из-за значительно меньших материальных затрат, чем лечение пациенток с злокачественными заболеваниями, обеспечивая полную реабилитацию больных, улучшая качество их жизни [Кулаков В.И., 2011; Прилепская В.Н., 2015].

Учитывая выше перечисленное, отсутствие единого мнения о генезе возникновения полипов шейки матки, высокую частоту рецидивов после их удаления и проведения терапии, возникает интерес к проблеме полипов шейки матки, чем обусловлена актуальность нашего исследования.

Цель исследования. Разработать комплексный подход к диагностике и лечению больных с полипом шейки матки у женщин в различные периоды жизни.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 146 пациенток с полипами шейки матки у пациенток в различные периоды жизни, изучены возможные механизмы формирования данной патологии.

Результаты исследования позволили установить, что врачебная тактика должна включать 2 этапа обследования и лечения.

I этап – обследование на уровне учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

1. Путем скрининга среди женщин всех возрастных групп необходимо выделить пациенток, составляющих риск по развитию патологических процессов шейки матки.

2. Выяснить и оценить жалобы пациенток с патологией шейки матки (контактное кровотечение, кровянистые или гнойные выделения, водянистые бели или отсутствие жалоб).

3. Тщательный сбор соматического, гинекологического, репродуктивного и наследственного анамнеза. При изучении репродуктивного анамнеза обратить особое внимание на количество

беременностей, родов, прерываний беременности, как искусственных, так и самопроизвольных. При выяснении контрацептивного поведения следует отметить частоту и длительность применения ВМС. Необходимо выяснить характер проведенного в анамнезе лечения заболевания шейки матки без предварительного углубленного обследования и его рецидивы.

4. Проведение физиологического осмотра для оценки соматического статуса.

5. Осмотр шейки матки в зеркалах для определения формы, величины шейки матки, наружного зева, состояния эпителиального покрова, наличия старых разрывов или деформаций, полипов шейки матки и характера влагалищного выделения.

6. Исследование мазков цервикального канала и влагалищного содержимого на степень чистоты.

7. При отсутствии кольпоскопа необходим визуальный скрининг с использованием сосудистых проб: клинически неизменная шейка матки – это когда весь экзоцервикс покрыт оригинальным МПЭ, не содержит открытых устьев желез, отсутствуют ретенционные кисты и равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет раствором Люголя (тест Шиллера положительный), при обработке 3% раствором уксусной кислоты не изменяется.

В случае установления любых осложнений в окраске эпителия шейки матки следует пациентку направлять в учреждение, оснащенное кольпоскопом.

При наличии кольпоскопа необходимо провести расширенную кольпоскопию для определения группы женщин с доброкачественными фоновыми заболеваниями (старый разрыв, цервициты, ГУШМ, полипы, эктопии, лейкоплакия без атипии) и предраковыми состояниями (дисплазии). Маркерами дисплазии при кольпоскопии являются наличие атипических сосудов в зоне трансформации и аномальная зона трансформации (йоднегативные очаги, ацетобелый эпителий, пунктация, мозаика).

II этап – углубленное обследование в условиях специализированного стационара.

1. Всем больным провести первичное обследование (смотрите I этап).

2. При наличии мазков I-II степени чистоты провести онкоцитологические исследования мазков-отпечатков шейки матки с 5 по 14 день менструального цикла.

3. Независимо от результатов онкоцитологического исследования всем пациенткам с полипом шейки матки провести простую и расширенную кольпоскопию.

4. Бактериологическое исследование.

5. Исследование мазков на урогенитальную инфекцию.

6. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование на вирусные инфекции.

7. Ультразвуковое исследование органов малого таза (размеры матки, М-эхо, состояние эндометрия, длина и диаметр шейки матки, состояние цервикального канала, состояние яичников).

8. При полипах шейки матки всем пациенткам проводить предварительно этиопатогенетическое лечение (с учетом чувствительности возбудителей инфекции), противовирусную терапию до полной элиминации ИППП и произвести полипэктомию с диагностическим выскабливанием цервикального канала. Женщинам с установленной лейкоплакией, атипией эктопии, атипической васкуляризацией, аномальными очагами в зоне трансформации, онкоцитологическими мазками III-IV и V класса проводить прицельную биопсию шейки матки.

У женщин репродуктивного возраста в сочетании с патологическими процессами эндометрия (подтвержденной УЗИ) и всех женщин перименопаузального возраста с полипами шейки матки производить диагностическое выскабливание полости матки.

9. Патогистологическое исследование операционного материала.

По результатам гистологического исследования доброкачественными процессами шейки матки являются полипы, простая лейкоплакия, воспалительные процессы. Дисплазия легкой, умеренной и тяжелой степени относится к предраковым состояниям и данную категорию пациенток нужно поставить на диспансерный учет в онкологический диспансер. Женщины с полипами шейки матки и другими доброкачественными фоновыми заболеваниями после удаления полипа должны находиться под наблюдением врача акушер-гинеколога. При проведении этиопатогенетического лечения критериями излеченности являются нормальные кольпоскопические картины и цитограммы I типа. **Таким образом,** врачебная тактика при лечении полипов шейки матки определяется возрастом пациентки, наличием сочетания полипов шейки матки с другими патологическими процессами матки, а также возможностями и оснащением стационара. На всех уровнях медицинского обслуживания выявлять пациенток, составляющих риск по развитию патологических процессов шейки матки. Проводить профилактические мероприятия в родах для снижения частоты травмы шейки матки.

У пациенток с полипами шейки матки необходимо проводить комплексное обследование, включающее кольпоскопическое, цитологическое, бактериологическое, исследование крови и мазков на уrogenитальную инфекцию, гистологическое

исследование удаленного полипа. Всем пациенткам необходимо наряду с полипэктомией производить диагностическое выскабливание цервикального канала. Диагностическое выскабливание полости матки рекомендуется проводить пациенткам репродуктивного возраста с патологией эндометрия и всем женщинам в перименопаузальном периоде. Пациенткам при сочетании полипов с фоновыми заболеваниями шейки матки при наличии цитологических мазков III и IV класса и «ненормальных» кольпоскопических картинах провести прицельную биопсию. После удаления полипов шейки матки необходим кольпоскопический контроль в течение 15 месяцев с целью исключения рецидивов заболевания.

Список литературы

1. Гаспарян М.Г., Арутюнян А.Г. Нарушения синтеза ИФНу при диспластических изменениях шейки матки // Аллергология и иммунология. 2009. Т.10. №1. С.
2. Курзин В.С., Курзина Е.И. Местный иммунитет влагалища и шейки матки в норме и патологии // Аллергология и иммунология. 2009. Т.10. №1. С.
3. Прилепская В.Н., Костава М.Н., Назарова Н.М. Эффективность применения изопринозина при лечении вульводинии, обусловленной инфекционно-воспалительными процессами // Рус. мед. журн. 2009. №17(16). С.1046-1048.
4. Кулакова В.И., Прилепская В.Н., Радзинского В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. С.840-846.
5. Шпакова О.А. Эффективность новых технологий в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки. Автореф. дисс. докт.мед.наук. Воронеж, 2015. С. 117.
6. Яковлева И.А., Кукутэ Б.Г. Морфологическая диагностика предопухолевых процессов и опухолей матки по биопсиям и соскобам. Кишинев: Штиинца. 1979, 145 с.
7. Acladios N., Sutton C., Mandai D. Persistent human papilloma virus infection and smoking increase risk of failure of treatment of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) // Int J. Cancer. 2012. Vol.98 (Suppl.3). №43. P.5-9.
8. ACOG: ACOG Practice Bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 45, August 2013. Cervical cytology screening (replaces committee opinion 152, March 1995) // Obstet Gynecol. -2003. Vol.102. №4. P.17-27.
9. Walther-Jallow, Klareskog E. // J. Acquir Immune Defic Syndr. 2017. Vol.45 (Suppl.1). P. 9-19.

MANAGEMENT TACTICS OF PATIENTS WITH CERVICAL POLYP OF UTERI IN DIFFERENT PERIODS OF LIFE

Karmisheva M.N., Khushvakhtova E.Kh., Bolieva G.U., Safarova S.M.

*State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan*

Purpose of the study. To develop an integrated approach to the diagnosis and treatment of patients with polyp of the cervix uteri in women at different periods of life. **Materials and methods.** In the gynecological department of the Research Institute of Obstetrics of Gynecology and Perinatology of the Republic of Tajikistan surveyed 146 patients with cervical polyps of various age groups were examined. All patients underwent common clinical tests, advanced colposcopy and PAP test, a study of vaginal microbiocenosis. Moreover, the examination was carried out before and after treatment to assess the quality of care provided. An algorithm has been developed for the examination and management of patients with polyps of the cervix in various periods of life.

Results. Medical tactics in the treatment of cervical polyps is determined by the age of the patient, the presence of a combination of cervical polyps with other pathological processes of the uterus, as well as the capabilities and equipment of the hospital.

Key words: cervical polyp, reproductive and perimenopausal period, colposcopy, smear for cytology, examination algorithm.

ПЕШБУРДИ БЕМОРОН БО ПОЛИПИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР ДАВРАҲОИ ГУНОГУНИ ҲАЁТ

Кармишева М.Н., Хушвахтова Э.Х., Болиев Г.У., Сафарова С.М.

МД “Пажӯҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Натиҷаҳо. Риоя намудани тактикаи табии дар муолиҷаи полипҳои гарданаки бачадон аз рӯи синну соли бемор, мавҷудияти яқчоғии полипҳои гарданаки бачадон бо дигар равандҳои патологияи бачадон, инчунин имконот ва таҷҳизоти бемористон муайян карда мешаванд.

Калимаҳои калидӣ: полипи гарданаки бачадон, давраи репродуктивӣ ва перименапаузали, колпоскопия, таҳқир барои ситология, алгоритми таҳҳис.

УДК 618.13

НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

**Коимдодова Б. К., Шамсова М.С, Замираи Холмурод,
Азимова Д.А., Собирова Г.А.**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Цель исследования: Изучение влияния дисфункций яичников на состояние минеральной плотности костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью в условиях Таджикистана, а также диагностика ранних нарушений МПКТ и профилактики остеопороза.

Материал и методы исследования. В исследование включены 179 человек, включающих женщин основной (129 человек) и контрольной групп (50 человек). Основная группа сформирована из женщин, обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику НИИ АГиП по поводу бесплодия или нарушений менструального цикла. **Результаты исследования.** Основная группа была сформирована из 129 женщин с овариальной недостаточностью, обратившиеся в консультативно-диагностическую поликлинику НИИ АГиП по поводу бесплодия и нарушений менструального цикла. Среди женщин основной группы нормогонадотропная овариальная недостаточность диагностирована у 111 (86,1±3,05%),

гипергонадотропная овариальная недостаточность – у 12 (9,30±2,56%), гипогонадотропная овариальная недостаточность – 6 (21,7±3,63%) человек.

Ключевые слова: остеопения, овариальная недостаточность, остеокальцин, С-терминальный телопептид.

Актуальность. Изучение факторов, влияющих на процессы ремоделирования костной ткани у женщин репродуктивного возраста с дисфункцией яичников, является весьма актуальной проблемой в связи с риском развития остеопороза у данного контингента молодых женщин. Известно, что гипогонадизм в любом возрасте является основной причиной остеопороза. Частота гинекологической патологии, связанной с яичниковой недостаточностью у женщин репродуктивного возраста в Таджикистане остается высокой. В связи с этим изучение состояния МПК у женщин репродуктивного возраста с различными видами яичниковой недостаточности представляет научный и практический интерес. Изучение изменений кальций-фосфорного обмена и уровня маркеров костного метаболизма позволит установить направленность нарушений ремоделирования костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью. Разработка четких критериев для формирования групп риска развития остеопороза для данной категории гинекологических пациенток является весьма актуальной. Эффективность восстановления овариальной функции, способствующей восстановлению менструальной функции и фертильности зависит от адекватно проведенной гормональной терапии. Последнее возможно при грамотной диагностики типа, формы гормональных нарушений.

Цель исследования: Изучение влияния дисфункции яичников на состояние минеральной плотности костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью в условиях Таджикистана, а также диагностика ранних нарушений МПКТ и профилактики остеопороза.

Материал и методы исследования. В исследование включены 179 человек, включающих женщин основной (129 человек) и контрольной групп (50 человек). Основная группа сформирована из женщин, обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику НИИ АГиП по поводу бесплодия или нарушений менструального цикла.

Критерием включения в контрольную группу явились:

- возраст 20-35 лет
- отсутствие овариальной недостаточности.

Критериями исключения из контрольной группы явились:

- Ожирение и дефицит массы тела
- Наличие экстрагенитальных и эндокринных заболеваний, влияющих на МПКТ

- Прием лекарственных препаратов, влияющих на МПК

Основную группу составили женщины с овариальной недостаточностью. Критериями включения в основную группу явились:

- возраст 20-35 лет
- наличие овариальной недостаточности.

Критериями исключения из основной группы явились:

- Прием лекарственных препаратов, влияющих на МПКТ

Минеральная плотность костной ткани – это количество минералов в сканируемой площади костной ткани (г/см²). Определение уровней биохимических маркеров остеокальцина и С-терминального телопептида коллагена I типа проводили иммуноферментным методом. Тест-система N-MID Osteocalcin ELISA – иммуноферментный тест для количественного определения остеокальцина в сыворотке или плазме человека и предназначен для использования в качестве показателя активности остеобластов с целью предупреждения остеопороза. Тест-система основана на использовании двух высоко специфических моноклональных антител (MAbs) к человеческому остеокальцину. Уровень гормонов в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием тест-системы основанной на принципе конкурентного иммуноферментного анализа. При этом использовали иммуноферментный анализатор Униплан-2000 и диагностические КИТ-наборы ООО «ХЕМА-Медика» (Россия).

Как видно из приведенных данных, распределение женщин по типу овариальной недостаточности проведено соответственно содержанию гонадотропных гормонов ФСГ, ЛГ, а также на основании отношения ФСГ к ЛГ. Данные лабораторного исследования у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью приведены в таблице 1.

Результаты исследования. Основная группа была сформирована из 129 женщин с овариальной недостаточностью, обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику НИИ АГиП по поводу бесплодия и нарушений менструального цикла. Среди женщин основной группы нормогонадотропная овариальная недостаточность диагностирована у 111 (86,1±3,05%), гипергонадотропная овариальная недостаточность – у 12 (9,30±2,56%), гипогонадотропная овариальная недостаточность – 6 (21,7±3,63%) человек.

Таблица 1

Результаты гормонального исследования у обследованных женщин

Гормоны	Нормогонадотропная овариальная недостаточность (n=111)	Гипергонадотропная овариальная недостаточность (n=12)	Гипогонадотропная овариальная недостаточность (n=6)
ФСГ, мМЕ/л	9,03±0,97	19,5±0,98	2,23±0,27
ЛГ, мМЕ/л	8,94±1,00	14,6 ±3,1	1,77±0,27
Эстрадиол, пмоль/л	60,3±6,09	19,3±2,33	17,7±2,66
Р, нмоль/л	3,49±0,92	4,7±1,39	2,63±0,64
ФСГ/ЛГм,МЕ/л	1,43±0,72	1,21±0,32	1,1±0,27
ТТГ, мМе/л	0,94±0,17	0,88±0,16	0,75 ± 0,15
Т3, нмоль/л	1,75±0,10	1,63±0,13	1,54 ± 0,12
Т4, нмоль/л	75,9±6,32	71,6±4,54	63,6 ± 3,54

У женщин с овариальной недостаточностью 20-29 лет нормогонадотропная овариальная недостаточность диагностирована у 86 (93,5±2,6%) гипогонадотропная овариальная недостаточность – у 6 (6,52±2,57%) человек. Среди женщин 30-35 лет нормогонадотропная овариальная недостаточность выявлена в 25(67,6±7,8%), гипергонадотропная овариальная недостаточность – в 12 (32,4±7,69%) случаях.

Как видно из приведенных данных, в обеих возрастных подгруппах женщин с овариальной недостаточностью наиболее часто встречалась нормогонадотропная овариальная недостаточность. Гипергонадотропная овариальная недостаточность диагностирована у женщин 30-35 лет и гипогонадотропная овариальная недостаточность диагностирована среди женщин возрастной подгруппы 20-29 лет.

Среди женщин с гипергонадотропной овариальной недостаточностью у 8 (66,7±13,6%) женщин имело место преждевременное старение яичников, у 4 (33,3±13,6%) аутоиммунный оофарит. У женщин с гипогонадотропной овариальной недостаточностью дефицит массы тела отмечался у 6 (83,3±15,2%), состояние после операции аденоэктомии гипофиза у 1 (16,7±15,2%) женщины. Среди женщин с нормогонадотропной овариальной недостаточностью хронический

аднексит встречался у 61 (54,9±4,9%), дефицит массы тела у 21 (18,9±3,72%), эндометриоз у 8 (5,4±2,1%), поликистоз яичников у 6 (5,40±2,15%), сахарный диабет у 4 (3,6±1,8%) и гипертиреоз у 6 (5,40±2,15%) женщин.

Из 129 женщин основной группы 101 (78,3±3,6%) обратились по поводу бесплодия и 28 (21,7±3,6%) в виду нарушений менструального цикла. В 60 (50,8±4,6%) случаях имело место сочетание бесплодия с нарушением менструального цикла.

Результаты минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) у обследованных групп женщин представлены в таблице 3. Как видно из приведенных данных среднее содержание кальция в см² кости поясничного отдела позвоночника (L1-L4) у женщин 20-29лет основной группы (1,06±0,01 г/см²) достоверно (p<0,01) снижалось по сравнению с данным показателем контрольной группы (1,15±0,01 г/см²). Подобная тенденция выявлена у обследованных женщин в возрастных подгруппах 30-35 лет.

Среднее содержание кальция в см² кости поясничного отдела позвоночника у женщин с овариальной недостаточностью (1,02±0,02г/см²) было достоверно (p<0,05) ниже данного показателя контрольной группы (1,09±0,03 г/см²).

Таблица 2

Распределение обследованных женщин по уровню овариальной недостаточности

Группы	Нормогонадотропная овариальная недостаточность	Гипергонадотропная овариальная недостаточность	Гипогонадотропная овариальная недостаточность
20-29 л (n=92)	86 (93,5±2,57%)	-	6 (6,52±2,57%)
30-35 л (n=37)	25 (67,6±7,69%)	12 (32,4±7,69%)	-

Таблица 3

Результаты минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) в зависимости от овариальной функции

Группы	Показатели	L1-L4		
		МПК	T-критерии	Z-критерии
Контрольная	20-29 лет (n=35)	1,15±0,01	0,36±0,12	-0,5±0,12
	30-35лет (n=15)	1,09±0,03	-0,04±0,23	-0,11±0,26
Основная	20-29лет (n=87)	1,06±0,01**	-0,33±0,12	-0,04±0,13**
	30-35лет (n=42)	1,02±0,02*	-0,22±0,3	-0,15±0,3

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ - достоверное отличие минеральной плотности костной ткани у женщин с овариальной недостаточностью по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Овариальная недостаточность у женщин репродуктивного возраста является показанием для денситометрического исследования. Обследование женщин с овариальной недостаточностью включает установление типа и уровня овариальной недостаточности, а также выяснение основного заболевания, приведшего к дисфункции яичников. Женщинам репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью и нормальными значениями МПК показана профилактика остеопороза, включающая адекватную гормональную терапию не менее 6 месяцев и рекомендации по здоровому образу жизни (достаточное потребление продуктов, содержащих кальций, достаточная физическая активность, ограничение потребления кофе и алкоголя, ограничение курения). Эффективность проводимой профилактики целесообразно оценивать денситометрическим методом через 12 месяцев от начала терапии. Для лечения остеопороза у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью, применение биофосфонатов допустимо в случаях, если женщина не планирует беременность в ближайшие 5 лет.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Гинекология / От пубертата до постменопаузы. М., 2007. С.361-365.
2. Гависова А.Г. Эффективность заместительной гормональной терапии при остеопатии с вторичной аменореей // Проблемы репродукции. М. 2007. №31. С. 47-51.
3. Кузнецова И.В., Успенская Ю.Б. Остеопороз у молодых женщин со стойким дефицитом эстрогенов // Российский вестник акушера-гинеколога. 2009. Т.9. №3. С.41-46.
4. Шалина М.А. Остеопенический синдром у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и женские болезни. М. 2006. Т.VI. №4. С.35-40.
5. Devlin H., Karaiuanni K., Mitsea A. et al. Diagnosing osteoporosis by using dental panoramic radiographic. The OSTEODENT project // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral pathology, Oral radiology and deontology. 2007. Vol. 104. Issue 6. P.821-828.
6. Jayawardhana Kavin. Review of women referred for osteoporosis scanning in the year 2005 // Bone. 2008. Vol.42. Supple 1. P.55-56.

VIOLATIONS OF BONE MINERAL DENSITY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OVARIAN INSUFFICIENCY IN TAJIKISTAN Koimdodova B.K., Shamsova M.S., Zamirai Kholmurod, Azimova D.A., Sabirova G.A.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Summary. The article presents data on violations of bone mineral density in women of reproductive age with ovarian failure in the conditions of Tajikistan. It was shown that the result of studies on the state of BMD in women of reproductive age with ovarian insufficiency showed that every 5th woman was diagnosed with a decrease in BMD, and in every 2nd to 3rd woman, the lower limit of the mineral content in cm² of bone was diagnosed. Only 38.75% of women of reproductive age with ovarian failure had normal BMD values. While analyzing the status of BMD in women with various types and forms of ovarian insufficiency, it was found that the lowest average BMD values were determined in women with hypergonadotropic ovarian insufficiency, the highest - in women with norm gonadotropic ovarian insufficiency.

Aims: To study the effect of ovarian dysfunctions on the state of bone mineral density in women of reproductive age with ovarian failure in Tajikistan, as well as the diagnosis of early BMD disorders and the prevention of osteoporosis.

Conclusion:

1. Ovarian failure in women of reproductive age is an indication for densitometric studies.

2. Examination of women with ovarian failure includes establishing the type and level of ovarian failure, as well as finding out the underlying disease that led to ovarian dysfunction.
3. Women of reproductive age with ovarian insufficiency and normal BMD values are shown the prevention of osteoporosis including adequate hormone therapy for at least 6 months and recommendations for a healthy lifestyle (adequate intake of products containing calcium, adequate physical activity, restriction of coffee and alcohol consumption, restriction of smoking).
5. The effectiveness of the prophylaxis is advisable to evaluate densitometric method after 12 months from the start of therapy.
6. For the treatment of osteoporosis in women of reproductive age with ovarian deficiency, the use of bisphosphonates is acceptable in cases where a woman does not plan a pregnancy in the next 5 years.

Key words: osteopenia, ovarian insufficiency, osteocalcin, C-terminal telopeptide.

ВАЙРОНШАВИИ ЗИЧИИ МИНЕРАЛИИ УСТУХОН ДАР ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВӢ БО НОРАСОИИ ТУХМДОНҲО ДАР ШАРОИТИ ТОҶИКИСТОН
Ҷоимдодова Б.К., Шамсова М.С., Замираи Холмурод, Азимова Д.А., Собирова Г.А.

МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Дар занҳои синну соли репродуктивӣ бо норасоии тухмдонҳо барои таҳқиқоти денситометрӣ нишондод ҷой дорад. Муоинаи занҳо бо норасоии тухмдонҳо дохил намудани навъ ва сатҳи норасоии тухмдонҳо инчунин маълум кардани бемории асосӣ, ки ба дисфунксияи тухмдонҳо оварда расонида аст, дар бар мегирад. Занҳои синну соли репродуктивӣ бо норасоии тухмдонҳо ва арзишҳои муқаррарӣ ва зичии минерали бофтаи устухон барои пешгирии остеопероз таъбати гормонҳои фаъол на кам аз 6 моҳ ва тавсия барои бурдани тарзи ҳаёти солим нишондод дорад (истифодаи микдори муайяни маводҳои дорои калсий, фаъолияти кофии ҷисмонӣ, маҳдуд кардани истифодаи қаҳва, нушокиҳои спиртӣ ва тамоку). Ҷӯиданокии пешгирии гузаронидашударо бо усули денситометрикӣ баъди 12 моҳ аз оғози таъбати мақсаднок баҳо додан лозим меояд. Барои таъбати остеопароз дар занҳои синну соли репродуктивӣ бо норасоии тухмдонҳо истифодаи бифосфонат мумкин аст дар ҳолате, ки зан ҳомиладориро дар муддати 5 сол ба нақша нагирифта бошад.

Калимаҳои калидӣ: остеопения, норасоии тухмдонҳо, остеокалсин, С-терминальнӣ телопептид.

УДК 616.151.5

ХУСУСИЯТҲОИ ЗИНАИ ПЛАЗМАВИИ СИСТЕМАИ ГЕМОСТАЗ ДАР КӮДАКОНИ НАВЗОДИ ГИРИФТОРИ СИРОЯТҲОИ ДОХИЛИБАТНИИ ҲОС
Музаффаров Ш.С., Зокирова Ф.Ф., Расулова Г.Ҷ., Мирзоева Г.Т., Нурова Р.А.

МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши баъзе хусусиятҳои зинаи плазмавии системаи гемостаз дар кӯдакони наводди гирифтори сироятҳои дохилибатнии ҳос.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Ҳамчун маводи таҳқиқотӣ 40 нафар кӯдакони гирифтори сироятҳои дохилибатнии ҳос, ки дар шӯъбаи патологияи наводдони МД ММТ ҶТ - «Шаҳраки Шифобахш», шӯъбаи эҳғарии наводдон ва баъдан зинаи дуҷуми нигоҳубини наводдони МД ПАГ ва П бистарӣ буданд, интиҳоб гардиданд. Микдори умумии кӯдакони расида 27 (67,5%) нафар ва кӯдакони норасид 13 (32,5%) нафарро ташкил медоданд. Гурӯҳи яқуми таҳқиқотӣ аз 12 (30%) нафар кӯдакони расида ва норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнии маҳдуд иборат буд ва гурӯҳи дуҷумро бошад 28(70%) нафар кӯдаки наводди расида ва норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнии омехта ташкил медод. Ба гурӯҳи дуҷум бештар кӯдакони дорои селсис, пневмония ва дигар бемориҳои заминавӣ мансуб буданд, ки дар онҳо ба таври истиқноии сироятҳои дохилибатнӣ дарёфт гардиданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар марҳилаи неонаталӣ барвақт кӯдакони наводд ба аворизҳои геморагӣ майл дошта дараҷаи зоҳиршавии онҳо аз нишондодҳои собикавии модар, дараҷаи расидиву ташаккулёбии вазифаҳои узву системаҳо, нишондоди микробиву вирусии хуни наводдон ва ҳамзамон аз бемориҳои сироятӣ ҳамаҷиба вобастагӣ дорад. Дар мавриди сирояти дохилибатнӣ системаи

гомеостаз ва аз ҷумла чузъҳои гемостази вазифаи худро дар бисёр мавридҳо ба самти гиипокоагулятсионӣ ва дар баъзе мавридҳо ба самти гиперкоагулятсионӣ дигаргун менамоянд.

Калимаҳои калидӣ: гемостаз, сироятҳои дохилибатнӣ, сирояти TORCH, лахташавии хун.

Муҳимият. Гемостаз - яке аз системаҳои биологии муҳими организм ба ҳисоб рафта вазифаи он аз нигоҳдории ҳолати моеъи хун ва дар мавриди хунравӣҳо боз доштани хунравӣ иборат аст [1-3]. Вайроншавии вазифаи гемостатикии хун бештар дар соҳаи бемориҳои кӯдакона ба назар мерасад ва бо аломатҳои хоси хунравӣ аз ҷумла хунрезии шох, синдроми лахташавии дохилирагии мунташир, микротромбоваскулитҳо ва тромбози дохилирагӣ зоҳир мегардад. Вайроншавии вазифаи системаи лахташавии хун асосан дар заминаи сироятҳо, асфиксияи дараҷаи вазнини дохилибатнӣ интранаталӣ шадид ё музмин, синдроми вайроншавии нафаскашӣ ва оризаҳои онҳо пайдо шуда яке аз сабабҳои асосии фавтият ё маъюб гардидани кӯдакони навзоди расида ва норасид ба ҳисоб меравад [3,4].

Зухуроти вайроншавии системаи гемостаз метавонад бо намуди давомнок гардидани муддати хунравӣ ва ё тромбоз зоҳир гардад, ки дар марҳилаи навзоди нишонаҳои мазкур оризаҳои вазнини бемориҳои асосӣ ба ҳисоб меравад ва дорои хатари баланду оқибатҳои нохуб мебошад. Ҳолатҳои мазкур асосан дар мавриди вирусемия, уфунат ё сироятҳои бактериявӣ вазнин, гемолиз, ситолиз ва ҳолатҳои таъҷилӣ мушоҳида карда мешаванд [1-4].

Новобаста аз он ки дар замони муосир, оид ба пешгирӣ ва табобати сироятҳои дохилибатнӣ пешравӣҳои назаррас дида мешавад, вале дар сохтори бемориятнокиву фавти кӯдакони навзоди расидаву норасид сироятҳои дохилибатнӣ модарзодӣ мавқеи назаррасро ишғол менамоянд [2-4]. Айни ҳол мафҳуми гемостаз барои ташхисгузориҳои ҳолатҳои таъҷилӣ дар соҳаи тиб ва махсусан дар соҳаҳои педиатрияву неонатология ҷанбаи ниҳоят муҳими ташхисӣ ба ҳисоб меравад [1,3,4].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши баъзе хусусиятҳои зинаи плазмавии системаи гемостаз дар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ хос.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Ҳамчун маводи таҳқиқотӣ 40 нафар кӯдакони гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ хос, ки дар шӯъбаи патологияи навзодони МД ММТ ҚТ - «Шаҳраки Шифобахш», шӯъбаи эҳғарии навзодон ва баъдан зинаи дуҷуми нигоҳубини навзодони МД ПАГ ва П бистарӣ буданд интихоб гардиданд. Миқдори умумии кӯдакони расида 27 (67,5%) нафар ва кӯдакони норасид 13 (32,5%) нафарро ташкил медоданд. Гурӯҳи якуми таҳқиқотӣ аз 12 (30%) нафар кӯдакони расида ва норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ маҳдуд иборат буд ва гурӯҳи дуюмро бошад 28(70%) нафар кӯдаки навзоди расида ва норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ омехта ташкил медод. Ба гурӯҳи

дуҷум бештар кӯдакони дорои сепсис, пневмония ва дигар бемориҳои заминавӣ мансуб буданд, ки дар онҳо ба таври истисноӣ сироятҳои дохилибатнӣ дарёфт гардиданд.

Ба ҳамаи кӯдакон як қатор таҳқиқотҳои собикавӣ ва клинικο-лабораторӣ, аз ҷумла маълумотҳо оид ба собикаи ҳаёти модар ва навзод, натиҷаҳои муоина, баҳодихӣ ба ҳолати инкишофи ҷисмонӣ навзод, таҳлили натиҷаи озмоишҳои микробиологии хун, муайянкунии маркёрҳои сирояти TORCH, нишондодҳои биокимиёвӣ зардобаи хун, гемостазиограмма ва кишти наҷосат барои микрофлора таъин ва гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Модарони кӯдакони навзод дорои собикаҳои аворизноки акушерӣ, гинекологӣ ва соматикӣ буданд. Дар собикаи 9 нафар зан бемориҳои гинекологӣ – колпит, захми гарданаки бачадон, метроррагия ва аднексит мушоҳида карда шуд. 19 нафар модарон дар давраи ҳомиладорӣ ба бемориҳои музмин ва шадиди соматикӣ гирифтдор буданд, ки 7 нафарашон ба тонзиллити музмин ва 12 нафарашон ба пиелонефрити музмин гирифтдор буданд, ки дар давраи ҳомиладорӣ хурӯҷи онҳо ба назар мерасид. Дар марҳилаҳои барвақтии ҳомиладорӣ дар 25 нафар занҳо сарторикии барвақтӣ (токсикоз), дар 18 нафар дар семоҳаҳои дуҷум ва сеюм хатари бачапартоӣ ва дар 13 нафар фишорбаландии ҳомиладорӣ ба назар мерасид. Дар 9 нафар зани таваллуднамуда раванди таваллуд аворизнок буд. Дар 2 нафар зан давраи аввали таваллуд ориза надошт ва ваазнинии ҳолати кӯдаки онҳо ба оризаи дар давраи дуҷуми валодат пайдошуда вобаста буд.

Дар байни навзодони норасид 4 (10%) нафар дар 33 ҳафтаи ҳомиладорӣ модар таваллуд шуда буданд, ки вазни баданашон 1950 ± 210 гр ва дарозии баданашон $42,4 \pm 0,8$ см-ро ташкил медод. Дар ҳафтаҳои 34-37 бошад 9 (22,5%) нафар кӯдаки навзоди норасид таваллуд шуданд, ки вазни баданашон дар мавриди таваллуд 2500 ± 150 гр ва дарозии баданашон $45 \pm 1,0$ см буд. Аз миқдори умумии кӯдакон 26 (65%) нафарашонро кӯдакони расида ташкил медоданд ва таваллуд дар ҳафтаҳои 37-40-уми ҳомиладорӣ фаро расида буд, ки вазни бадани навзодон дар ин маврид $3420 \pm 260,4$ гр ва дарозии баданашон $50,7 \pm 2,3$ см-ро ташкил медод. Бозмонии инкишофи дохилибатнӣ бо намуди гипотрофӣ дар 11 (27,5%) нафар, бо намуди гипопластӣ дар 8 (20%) нафар ва бо намуди диспластӣ дар 4 (10%) нафар кӯдаки навзод ба қайд гирифта шуд.

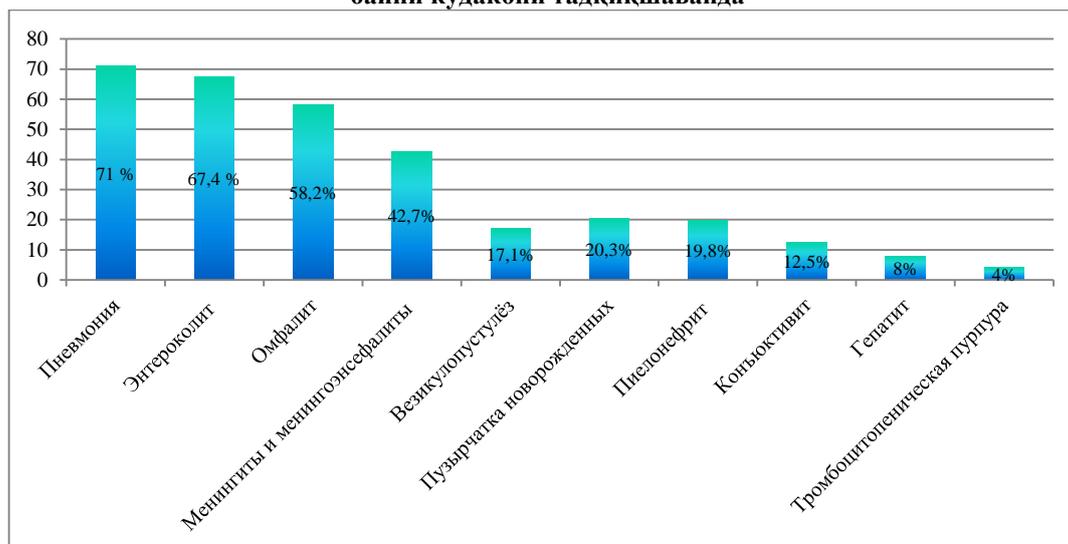
Аз ҳомиладорӣ якум 7 (17,5%) нафар, аз ҳомиладорӣ дуҷум 11 (27,5%) нафар, ва аз ҳомиладорӣ сеюм 13 (32,5%) нафар кӯдаки навзод

таваллуд шуда буданд. Дар мавриди баҳоидиҳо бо ҷадвали Апгар 18 (45%) нафар навзод бо 7-8 балл, 14 (35%) нафар бо 4-6 балл ва 9 (22,5%) нафар бо 1-3 балл таваллуд шуда буданд.

Клиникаи сироятҳои дохилибатӣ дар кӯдакони навзоди зерин назорат гуногун буд. Дар қатори зуҳуроти асосии клиникӣ дар кӯдакони таҳти назорат бемориҳои сироятӣ-илтиҳобии ҳамрадиқ низ ҷой доштанд, ки дар байни бемориҳои мазкур

бештар пневмония (71,0%), энтероколит (67,4%), омфалит (58,2%), менингити и менингоэнцефалит (42,7%), везикулопустулёз (17,1%), обакони навзодон (20,3%), пиелонефрит (19,8%) ва конъюктивит (12,5%) бартарӣ доштанд. Дар 2 (8%) ҳолат гепатити вирусӣ ва дар 1 (4%) маврид пурпураи тромбоситопенӣ бо донасорӣ гуногуншакл мушоҳида карда шуд (ҷадвали №1).

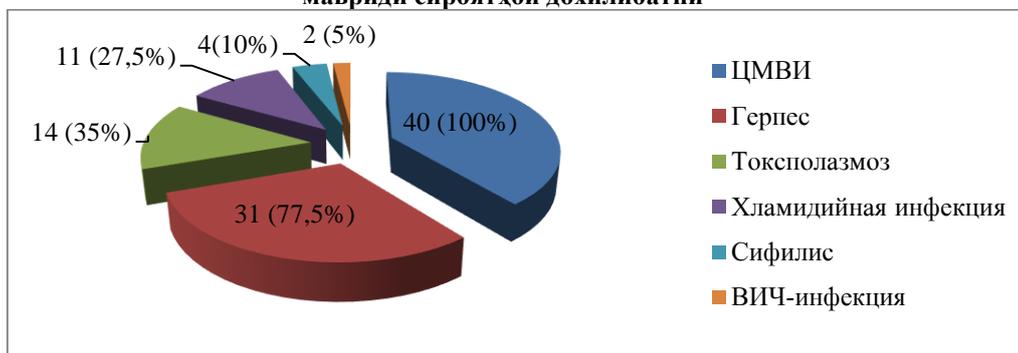
Ҷадвали №1. Нишондоди зудии назаррасии шаклҳои нозологияи сироятҳои дохилибатӣ дар байни кӯдакони тадқиқшаванда



Дар мавриди тадқиқи хун барои сирояти TORCH дар 40 (100%) нафар навзоди зерин назорат титри мусбӣ нисбат ба сирояти ситомегаловирусӣ (зиёда аз 1:400), дар 31 (77,5%) нафар маркёрҳои сирояти герпес, дар 14 (35%) нафар маркёрҳои сирояти токсоплазмоз, дар 11 (27,5%) нафар кӯдакони бемор маркёрҳои сирояти хламидиявӣ, дар 4 (10%) нафар маркёрҳои сирояти сифилитикӣ ва дар 2 (5%) нафар кӯдак маркёрҳои сирояти ВНМО муайян

карда шуд. Дар 15 (37,5%) нафар кӯдаки навзоди зерин назорат шаклҳои омехтаи сирояти дохилибатӣ, яъне сирояти ситомегаловирусӣ + сирояти герпесӣ + сирояти хламидиявӣ мушоҳида карда шуд ва дар 7 (17,5%) нафар кӯдаки навзод бошад сирояти ситомегаловирусӣ + токсоплазмоз + сирояти хламидиявӣ муайян карда шуд (ҷадвали №2).

Ҷадвали №2. Нишондодҳои таҳлили хун нисбат ба сирояти TORCH дар кӯдакони навзод дар мавриди сироятҳои дохилибатӣ



Дар шабонарӯзи 3-7-уми пас аз таваллуд дар 5 (12,5%) нафар кӯдаки навзоди норасид синдроми гемморагӣ бо намуди мелена, дар 9 (22,5%) нафар донасориҳои хунрез ва дар 11 нафар (27,5%) қайқунии маводи қаҳвамонанд ба назар расид. Дар 9 (22,5%) нафар кӯдаки гурӯҳи яқум кӯтоҳшавии давомнокии хунравӣ бо усули Ли-Уайт

($2,0 \pm 1,0$) ва усули Дюк ($1,5 \pm 0,8$) мушоҳида карда шуд. Дар 3 (7,5%) нафар кӯдак кӯтоҳшавии нисбии вақти хунравӣ бо усули Ли-Уайт ($5,0 \pm 1,7$) ва бо усули Дюк ($3,5 \pm 0,4$) нисбат ба ҳамин нишондодҳои гурӯҳи контролӣ ба назар мерасид. ВФНТ (АЧТВ) дар кӯдакони гурӯҳи яқум нисбат ба нишондоди гурӯҳи контролӣ давомноктар ($86,5 \pm 2,43$) буд.

Нишондоди фибриноген дар ҳамин гурӯҳи кӯдакон нисбат ба гурӯҳи контролӣ каме баландтар буд (488,3±4,0). Дар ин кӯдакон вақти протромбинӣ низ тамоюл ба баландшавӣ (43,4±1,7) дошт.

Дар 13 (32,5%) нафар кӯдаки гурӯҳи дуюм дар мавриди таҳлили лахташавии хун давомнокии хунравӣ бо усули Ли – Уайт (8,1±0,4) ва бо усули Дюк (7,0±0,8) дар муқоиса бо нишондодҳои таҳлили мазкур дар кӯдакони гурӯҳи контролӣ ба қайд гирифта шуд (5,3±1,2 ва 4,1±0,9). Дар ҳамин гурӯҳи кӯдакон ВФНТ (АЧТВ) (40,3±2,0) нисбат ба нишондоди мазкур дар кӯдакони нисбатан солим каме пасттар буд (46,6±1,2). Нишондоди фибриноген дар гурӯҳи мазкури кӯдакон (166,2±1,0) нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ба пастшавӣ (333,1±4,0) майл дошт. Вақти протромбинӣ дар кӯдакони гурӯҳи дуюм (16,1±2,1) нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ (24,3±1,3) нисбатан босуръаттар буд.

Дар марҳилаи неонаталии барвақт кӯдакони навзод ба аворизҳои геморагӣ майл дошта дараҷаи зоҳиршавии онҳо аз нишондодҳои собикавии модар, дараҷаи расидиву ташаккулёбии вазифаҳои узву системаҳо, нишондоди микробиву вирусии хуни навзодон ва ҳамзамон аз бемориҳои сироятии ҳамрадиқ вобастагӣ дорад. Дар мавриди сирояти дохилибатнӣ системаи гомеостаз ва аз ҷумла ҷузъҳои гемостазӣ вазифаи худро дар бисёр мавридҳо ба самти гиипокоагулясионӣ ва дар баъзе мавридҳо ба самти гиперкоагулясионӣ дигаргун менамоянд.

Хулоса. Вайроншавии вазифаи системаи гемостаз ҳамчун натиҷаи вайроншавии вазифаи лахташавии

хун дар мавриди сирояти дохилибатнӣ метавонад якумин дар заминаи норасогии вазоифии лахташавии хун ё вайроншавии вазифаи ҷигар ва дуомин дар натиҷаи илова гардидани сирояти бактериявӣ пайдо шавад.

Дараҷаи зоҳиршавии вайроншавии вазифаи системаи гемостаз дар мавриди сироятҳои дохилибатнӣ аз равиши ҳомиладориву таваллуд, намуди барангезандаи сироятӣ, дараҷаи расидагиву ташаккули вазифаи узвҳои системаҳо ва ғайр аз ин аз сатҳи зоҳиршавии синдроми холестаз, ситоллиз ва аксуламали илтиҳобии фарогир вобастагӣ дорад, ки ҳамаи ин дигаргунӣҳо аз неонатологҳо таъин намудани табобати мувофиқ ва саривактӣи ислохкунандаро талаб мекунад.

Руйхати адабиётҳо:

1. Шабалов Н. П. Неонатология. М. 2009. Т.1. С.567-581с.
2. Петрашева Е.Е. Клинико-микробиологические и иммунологические особенности новорожденных, находящихся на искусственной вентиляции легких: авторефер. дис.канд. мед. наук. Челябинск. 2010 г.
3. Хазанов А. И. Клиническая неонатология. С-П: Гиппократ. 2009, 424 с.
4. Faa G. et al. Multiple organ failure syndrome in the newborn: morphological and immunohistochemical data // J. Matern Fetal Neonatal Med. 2012. №25(15).
5. Кудратова С.Н. Особенности некоторых параметров гомеостаза при бактериальной пневмонии у детей раннего возраста: дис. канд. мед. наук. Душанбе, 2013, 103 с.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАЗМЕННОГО ЗВЕНА СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СО СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Музаффаров Ш.С., Зокирова Ф.Ф., Расулова Г.Дж., Мирзоева Г.Т., Нурова Р.А.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Изучение некоторые особенности плазменного звена система гемостаза у новорожденных детей со специфической внутриутробной инфекцией. **Материал и методы исследования.** Обследовали 40 детей со специфической внутриутробной инфекцией, госпитализированных в отделение патологии новорожденных ГУ НМИЦ - «Шахраки Шифобахш», отделение реанимации и в дальнейшем в отделении второго этапа выхаживания недоношенных новорожденных ГУ НИИ Акушерства, Гинекологии и Перинатологии. Общая числа доношенных детей была 27 (67,5%), недоношенных детей 13 (32,5%). Первую группу составили 12 (30%) доношенных и недоношенных детей с изолированной инфекцией, и вторая группа включала в себя 28(70%) доношенных и недоношенных детей с сочетанной внутриутробной инфекцией. Во вторую группу входили дети с сепсисом, пневмонией и другими фоновыми заболеваниями, у которых определены путем исключения другие врожденные инфекции.

Результаты и её обсуждение. В раннем неонатальном периоде новорожденные склонены к геморрагическим осложнениям, степени выраженности чего зависят от показателя анамнестических данных матери, степени доношенности и зрелости функции органов и систем у новорожденных, микробного и вирусного пейзажа крови у новорожденных и в то же время зависят от сопутствующей инфекционной патологии. При ВУИ система гомеостаза и в частности система гемостаза изменяет свою функцию чаще по гипокоагуляционному типу и реже по гиперкоагуляционному направлению.

Выводы. Нарушения системы гемостаза как следствие изменения функции свертываемости крови при ВУИ может появиться первично на фоне функциональной недостаточности функции свертываемости крови, функционального нарушения печени и вторично в результате присоединения бактериальной инфекции. Степень выраженности нарушения системы гемостаза при ВУИ зависит от течения беременности и родов, вид инфекционного возбудителя, степени доношенности и зрелости функции органов и систем и кроме этого от уровня выраженности синдромов холестаза, цитолиза и системного воспалительного ответа, что от практического неонатолога требуют адекватное и своевременное корригирующей терапией.

Ключевые слова: гемостаз, внутриутробные инфекции, TORCH-инфекции, свертываемости крови.

FEATURES OF THE PLASMA LEVEL OF THE HEMOSTATIC SYSTEM IN NEWBORNS WITH INTRAUTERINE SPECIFIC INFECTION

Muzaffarov Sh.S., Zokirova F.F., Rasulova G.J., Mirzoeva G.T., Nurova R.A.

*State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan*

Aims. The study of some features of the plasma level of the haemostatic system in newborns with intrauterine specific infection. **Material and methods of the study.** Were survey 40 children with specific intrauterine infection, who were hospitalized in the neonatal pathology department of the State Medical Center - Shahraki Shifobakhsh, the intensive care unit and later on in the second stage of nursing the premature newborns of the Obstetric, Gynecological and Perinatology Public Research Institute of Tajikistan. The total number of full-term babies was 27 (67.5%), premature babies 13 (32.5%). The first group consisted of 12 (30%) full-term and premature infants with isolated infection, and the second group included 28 (70%) full-term and premature infants with combined intrauterine infection. The second group included children with sepsis, pneumonia and other background diseases in which other congenital infections are determined by keeping out.

Results and discussion. In the early neonatal period, newborns are prone to hemorrhagic complications, the severity of which depends on the anamnestic data of the mother, the degree of full-term and maturity of organs and systems functions in newborns, the microbial and viral landscape of blood in newborns and at the same time depend on the accompanying infectious pathology. With IUI, the homeostasis system and in particular and the haemostatic system changes its function more often in terms of the hypocoagulation type and less often in the hypercoagulative direction.

Summary. Disruptions in the haemostatic system as a consequence of changes in the blood coagulation function in IUI may appear primarily against the background of functional insufficiency of the blood coagulation function, functional impairment of the liver and secondarily as a result of the attachment of a bacterial infection.

The severity of haemostatic system disorders in IUI depends on the course of pregnancy and childbirth, the type of infectious agent, the degree of full-term and maturity of the function of organs and systems and, in addition, from the severity of cholestasis, cytolysis and a systemic inflammatory response syndrome, which an adequate and timely corrective therapy is required from a practical neonatologist.

Key words: haemostatic system, intrauterine infection, TORCH infection, blood coagulation.

УДК 618.396

**УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ШЕЙКИ
МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЯМИ
БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ**

**Расулова Г.Т., Нарзуллаева З.Р., Нодиршоева Р.А.,
Саидова М. И., Ибрагимова Н.Т.**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Резюме: В статье представлен анализ ультразвуковой оценки шейки матки при беременности у женщин с потерями беременности в анамнезе. Установлено, что имеются характерные изменения в шейке матки, по которым возможно прогнозировать развитие ИЦН – укорочение шейки матки, расширение цервикального канала.

Ключевые слова: не вынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, УЗИ, цервикометрия)

Актуальность. Не вынашивание беременности – один из основных видов акушерской патологии и частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет. Необходимо отметить, что не отмечается тенденции к снижению удельного веса потерь беременности, не смотря на многочисленные современные методы диагностики, профилактики и лечения [1, 2].

Причины не вынашивания многообразны, но многочисленные исследования последних лет показали, что если основными причинами данной проблемы в I триместре являются хромосомные аномалии развития зародыша (50 – 70%) и инфекции (20%), то во II триместре одной из основных проблем является истмико - цервикальная недостаточность - до 68% (6, 7). На долю ИЦН в структуре не вынашивания в III триместре приходится около 30%. В настоящее время достаточно хорошо изучены причины и условия возникновения истмико-цервикальной недостаточности, среди которых травматические поражения шейки матки в предшествующих родах и абортах, анатомические дефекты мышц шейки матки, гормональные расстройства.

В связи с заметным местом этой патологии в структуре невынашивания, актуальными становятся вопросы ранней диагностики и лечения этой патологии.

Имеются исследования, посвященные ультразвуковой цервикометрии с целью ранней диагностики структурных изменений шейки матки при беременности, предшествующие ее прерыванию [3,4,7]. Информативность и ценность данного метода достаточно высока, так как при наличии ИЦН клинических проявлений начавшейся проблемы зачастую выявить не удается – выкидыш происходит быстро, мало или безболезненно. При этом тщательный сбор анамнеза, проведение специфических проб и УЗИ позволяют выявить

существующую проблему недостаточности шейки матки и принять своевременные эффективные меры.

С целью оценки состояния шейки матки при беременности проведена ультразвуковая цервикометрия.

Материал и методы: Нами обследовано 47 женщин в сроки гестации 15-16, 25-26 и 31-32 недели. Из них 23 беременные с физиологическим течением беременности составили контрольную группу. Остальные 24 женщины с невынашиванием беременности во втором триместре составили основную группу. При этом у половины беременных второй группы имели место жалобы на боли внизу живота, пояснице, у 4 (13%) - скудные или умеренные кровянистые выделения из половых путей, а также боли различной интенсивности и у 8 (26%) не было никаких субъективных жалоб.

При проведении ультразвуковых исследований, помимо общепринятых измерений, производилась также ультразвуковая оценка состояния шейки матки. При этом оценивались следующие ее характеристики: длина шейки матки, ширина цервикального канала, наличие или отсутствие пролабирания плодного пузыря.

Результаты исследований: Средний возраст обследованных составил в контрольной группе 20.1 ± 1.2 лет, в основной - 27.4 ± 0.3 лет. Существенных различий по частоте встречаемости соматической патологии в сравниваемых группах не было. Среди экстрагенитальных заболеваний в обеих группах выявлены анемия, хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы. Однако, частота обменных нарушений, эндокринных изменений, выявленных специалистом, были выше в основной группе.

Результаты проведенных исследований, позволили сделать вывод, что длина шейки матки среди беременных с неосложненным ее течением, оставалась без существенных колебаний во всех

сроках исследования: в 15-16 недель 3.8 ± 0.34 см., в 25-26 недель - 3.4 ± 0.41 см., в 31 - 32 недели 3.1 ± 0.11 см. В группе беременных с угрозой прерывания вследствие недостаточности шейки матки параметры длины шейки матки в динамике исследования были несколько ниже контрольных значений во все сроки исследования и составили в среднем в 15-16 недель 3.1 ± 0.09 см., в 25-26 недель - 2.8 ± 1.13 см., в 31 - 32 недели 3.03 ± 0.81 см. Наиболее выраженные различия зафиксированы в сроки 25 - 26 недель беременности. Данный факт на наш взгляд, является отражением того, что именно в эти сроки гестации чаще всего под воздействием увеличения внутриматочного давления по мере развития беременности происходит укорочение шейки матки при ее несостоятельности.

Одним из достоверных признаков угрозы прерывания беременности и развития ИЦН явилось

увеличение ширины цервикального канала. Средние значения ширины цервикального канала при физиологически протекающей беременности и при угрозе ее прерывания приведены в таблице №1.

Таблица 1

Средние значения ширины цервикального канала

Сроки беременности	Беременные с ИЦН n = 24	Контрольная группа n = 23
15-16 недель	0.83 ± 0.26 см	0.63 ± 0.21 см
25-26 недель	1.09 ± 0.20 см	0.71 ± 0.07 см
31-32 недели	1.21 ± 1.14 см	0.77 ± 0.33 см

Наибольшие различия в сравниваемых группах были зарегистрировано в сроки 25 – 26 недель беременности. Пролабирование плодного пузыря выявлено у 2 из 24 (8%) беременных с угрозой прерывания беременности (рис. 1)

Ультразвуковая картина шейки матки.



а. При физиологической беременности



б. Пролабирование плодного пузыря

Данные ультразвукового исследования, в частности цервикометрия, сбор анамнеза, лабораторные данные и вагинальный осмотр шейки матки позволили установить диагноз истмико-цервикальной недостаточности у 11 беременных их 24 с привычной потерей беременности во втором триместре.

Проведена коррекция ИЦН путем наложения циркулярного подслизистого шва у 5 женщин и наложен разгружающий акушерский пессарий 4 пациенткам.

Прослежен исход беременности и родов у обследованных женщин. Средний срок родоразрешения у беременных с ее физиологическим течением составил 38.4 ± 2.1 недели. В группе беременных в анамнезе с отягощенным невынашиванием, в 2 случаях произошел поздний самопроизвольный выкидыш, причем в обоих случаях при диагностированном нами пролабировании плодного пузыря и в 3 случаях беременность завершилась преждевременными родами. Остальные пациентки основной группы родили в доношенном сроке беременности.

В общем, средний срок родоразрешения в этой группе составил 35.05 ± 2.1 недели, не смотря на все проводимые лечебные мероприятия.

Таким образом, ультразвуковая оценка состояния шейки матки является важным информативным, диагностическим критерием степени риска развития ИЦН, особенно в тех случаях, когда у женщины в анамнезе имеет место невынашивание беременности во II и III триместрах. Кроме того, УЗ диагностики длины, ширины цервикального канала заменяет пальцевую оценку шейки матки, являющейся небезопасным методом исследования для беременных с привычным невынашиванием. При неблагоприятной ультразвуковой картине состояния шейки матки целесообразно своевременно решать вопрос о медикаментозной коррекции, либо оперативном лечении ИЦН.

Список литературы:

1. Сверчинская А. А., Кухарев Д. Ю., Акулич Н. С. Аспекты невынашивания беременности // Молодой ученый. 2018. №13. С.93-95.

2. Рекомендации Международной федерации акушеров - гинекологов (FIGO) 2015 года. Совершенствование практических подходов в акушерстве и фетальной медицине. Информационный бюллетень // Status Praesens. 2015. 8 с.
3. Профилактика невынашивания и преждевременных родов в современном мире. Резолюция Экспертного совета в рамках 16-го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека (Берлин, 18-21 марта 2015 года) Информационный бюллетень. М.: редакция журнала Status Praesens. 2015. 4 с.
4. Царегородцева М.В., Дикке Г.Б. Гибкий подход: Акушерские пессарии в профилактике невынашивания беременности. Status Praesens. 2012; 8. С.75-78.
5. Расулова Г.Т. Нурханова Г.Б. Саидова М.И. Морскова М.Р. Нуралиева Ш.А. Влияние маркеров апоптоза на течение и исход беременности при угрозе её недонашивания // Доклады академии наук Республики Таджикистан. 2015. Т.58 № 12. С.1140-1144.
6. Gimovsky A, Suhag A, Roman A, Rochelson B, Berghella V. Pessary vs cerclage vs expectant management of cervical dilation with visible membranes in the second trimester. 35th Annual Meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine: The Pregnancy Meeting San Diego, CA, United States. Am J Obstet Gynecol. 2015. 212. 1. Suppl 1:152.
7. Childress K.S, Flick A., Dickert E., Gavard J., Bolanos R., Gross G.A. Comparison of cervical cerclage and vaginal pessaries in the prevention of spontaneous preterm birth in women with a short cervix. 35th Annual Meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine: The Pregnancy Meeting San Diego, CA, United States 2015-02-02 to 2015-02-07. Am J Obstet Gynecol. 2015. 212:1. Suppl.1:101.
8. Burger N.B., Einarsson J.I., Brodmann H.A., Vree F.E., McElrath T.F., Huirne J.A. Preconceptional laparoscopic abdominal cerclage: a multicenter cohort study. Am J Obstet Gynec. 2012. 207:4:273. e1- 273. e12.

THE ULTRASOUND CONTROL OF THE CERVIX CONDITION DURING PREGNANCY AMONG WOMEN WITH PREGNANCY LOSS IN ANAMNESIS. Rasulova G.T., Narzulloeva Z.R., Ibragimova N.T., Saidova M.I., Nodirshoeva R.A.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Summary: In this article, the analysis of ultrasound evaluation of cervix among women with pregnancy loss in anamnesis is presented. Established that there are some cervix changes by which might be predict the isthmic-cervical insufficiency – cervix contraction, extension of cervical canal.

Material and methods: For research were selected 47 women in 15-16, 25-26, 31-32 terms of pregnancy. The control group composed 23 pregnant women with normal pregnancy. Others 24 women, with pregnancy loss in second and third trimesters in anamnesis composed the main group. The method, which used for research was the ultrasound evaluation of cervix condition.

Conclusion: In this way the ultrasound evaluation of cervix is an important thing in diagnostic of isthmic-cervical insufficiency, especially in case when the women had pregnancy loss in past in second and third trimesters.

Key words: pregnancy loss, isthmic-cervical insufficiency, ultrasound, cervix measure.

НАЗОРАТИ УЛТРАСАДОИИ ҲОЛАТИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ҲАНГОМИ ҲОМИЛАДОРИИ ЗАНОНИ ДОРОИ АНАМНЕЗИ НОБАРДОШТИ ҲОМИЛАДОРИ
Расулова Г. Т., Нарзуллаева З. Р., Ибрагимова Н.Т., Саидова М. И., Нодиршоева Р.А.

МД “Пажӯҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Хулоса: Дар мақола таҳлили назорати ултрасадои ҳолати гарданаки бачадон ҳангоми ҳомиладории занҳое, ки дорои собикаи нобардошти ҳомиладорӣ пешниҳод шудааст, оварда шудааст. Дар гарданаки бачадон дигаргуниҳои хусусие мушоҳида мешавад, ки бо воситаи он пайдоиши норасоии истмико-сервикалӣ, кӯтоҳшавии гарданаки бачадон ва васеъшавии маҷраи сервикалӣ баҳогузурӣ мешавад.

Калимаҳои калидӣ: нобардошти ҳомиладорӣ, норасоии истмико-сервикалӣ, ултрасадо, чен кардани гарданаки бачадон.

УДК: 611.738.1:616.351-007.44:618.1-007.4

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Рахимова Б.С., Камилова М.Я., Ашурова З.А.

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Цель исследования: оценить изменения качества жизни женщин в результате оперативного лечения пролапса тазовых органов. **Материал и методы.** Обследованы 68 женщин с пролапсом тазовых органов репродуктивного возраста (38 человек – 1-я группа) и старших возрастных групп (30 человек – 2-я группа). Методы – сбор анамнеза и общий осмотр, гинекологическое обследование, количественная оценка пролапса тазовых органов POP-Q, оценка качества жизни с использованием опросника М.Ю. Коршунова. **Результаты:** Показано, что эффективное оперативное лечение повысило работоспособность женщин, купировался болевой синдром, повысилась сексуальная активность, особенно у женщин репродуктивного возраста, в результате улучшились межличностные отношения.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, качество жизни, вентрофиксация с последующим укреплением тазового дна, опросник М.Ю. Коршунова.

Актуальность. Одним из важных моментов лечения пролапса тазовых органов является не только объективное устранение дефекта, но и то, что чувствует пациентка [8].

Пролапс тазовых органов создает не только физические, но и моральные проблемы, поэтому значительно снижает качество жизни женщин. Показано, что уже с начальных стадий пролапса тазовых органов снижается качество жизни, что обусловлено сексуальной дисфункцией, болевым синдромом в области промежности и нарушениями функций мочевого пузыря и прямой кишки. Для оценки качества жизни женщин с пролапсом тазовых органов используют опросники Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20), Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7), Incontinence Sexual Function Questionnaire-IUGA-revised (PISQ-IR), Female Index Sexual Function (FSFI). Психометрическая оценка при обследовании женщин с пролапсом тазовых органов позволяет провести параллели с топографическими изменениями органов малого таза и уточнить степень нарушения функций органов малого таза. Сочетание качественной оценки стадии пролапса тазовых органов и информации об ожиданиях от оперативного лечения способствует достижению большей эффективности и большей удовлетворенности женщин с данной патологией [1, 5, 10].

М.Ю. Коршунов (2017 г.) предложил для комплексной оценки женщин с пролапсом тазовых органов использовать опросник, объединяющий оценку пролапса тазовых органов, дисфункции тазового дна и качества жизни. Девять секций опросника включают вопросы, которые характеризуют общее здоровье, симптомы и как их воспринимает женщина, как они действуют на

качество жизни, ограничения в физическом и социальном смысле, нарушения сна, эмоциональное состояние, степень выраженности симптомов пролапса тазовых органов. Исследованиями показано, что, решаясь на операцию, пациентки с пролапсом тазовых органов ставят перед собой много целей. Однако результаты многих исследований показывают, что не всегда анатомическая коррекция избавляет пациенток от функциональной несостоятельности [2, 3, 4, 6, 7, 9].

Целью настоящего исследования явилось оценить изменения качества жизни женщин в результате оперативного лечения пролапса тазовых органов.

Материал и методы исследования. Обследованы 68 женщин с пролапсом тазовых органов репродуктивного возраста (38 человек – 1-я группа) и старших возрастных групп (30 человек – 2-я группа).

Количественную оценку пролапса тазовых органов POP-Q до и после операции осуществляли за счет замеров нахождения точек передней, задней стенок влагалища, шейки матки, свода, измерения длины влагалища, расстояния между задним краем гимена и анусом, уретрой и задним краем гимена. Позиции определяемых точек измеряют по отношению к гимену. При замерах выше гимена учитывается отрицательное значение, при замерах ниже гимена – положительное значение. Стадия устанавливается по наиболее выпадающей части влагалища: передняя стенка (Ва), апикальная часть (С), задняя стенка (Вр). Соответственно классификации POP-Q:

Стадия 0 – нет пролапса. Точки Аа, Ар, Ва, Вр — все 3 см; точки С и D имеют значение со знаком минус.

Стадия I – наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см (значение > -1 см).

Стадия II – наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее гимена.

Стадия III – наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гименальной плоскости, но при этом общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см.

Стадия IV – полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от гимена, а общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см.

Для оценки качества жизни женщин с пролапсом тазовых органов в нашем исследовании использован опросник М.Ю. Коршунова, включающий оценку пролапса тазовых органов, дисфункции тазового дна и качества жизни. Девять секций опросника включают вопросы, которые характеризуют общее здоровье, симптомы и как их воспринимает женщина, как они действуют на качество жизни, ограничения в физическом и социальном смысле, нарушения сна, эмоциональное состояние, степень выраженности симптомов пролапса тазовых органов. Опросник включает 40 вопросов, среди которых 21 вопрос касался симптомов пролапса тазовых органов, 6 – степени выраженности симптомов, 13 – качества жизни.

Статистическая обработка полученного материала проведена параметрическими и непараметрическими методами медицинской статистики.

Результаты. Оценка параметров качества жизни с пролапсом тазовых органов проводили до операции и через 12 месяцев после операции.

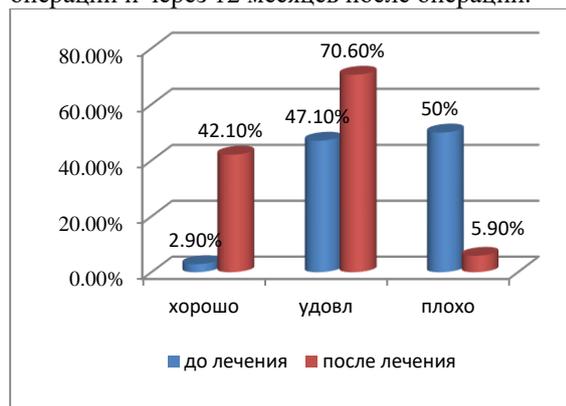


Рис. 1 - Динамика изменения мнения женщин о состоянии общего здоровья до и после хирургического лечения (%)

Динамика изменения мнения женщин о состоянии общего здоровья до и после оперативного лечения представлена на рисунке 1. Как видно из рисунка, после хирургического лечения статистически значительно увеличилось количество женщин, оценивших состояние своего здоровья на «хорошо» и «удовлетворительно» и

статистически значительно уменьшилось количество женщин, которые оценили состояние своего здоровья на «плохо».

Оценка степени воздействия симптомов пролапса тазовых органов на жизнь женщин до и после операций представлена в таблице 1. Как видно из представленных в таблице данных, после операции количество женщин, которые считали, что скорректированный пролапс тазовых органов «никак» или «мало» отражается на жизни женщин статистически значительно возросло по сравнению с соответствующим показателем до операции.

Таблица 1. Степень воздействия симптомов пролапса тазовых органов на жизнь женщин до и после операций

	До операц ии n=68	После операц ии n=68	Хи- квадр ат	P
Никак	0	20	23,448	<0,00 1
Мало	0	28	35,253	<0,00 1
Умеренно	30	8	17,676	<0,00 1
Значитель но	38	12	21,380	<0,00 1

В то же время количество женщин, считавших, что прооперированный пролапс тазовых органов отражается на их жизни умеренно или значительно статистически значительно снизилось по сравнению с данными до операции.

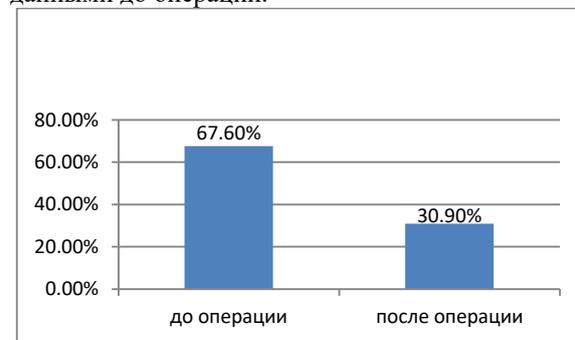


Рис.2 – Частота женщин, указавших на ролевые ограничения до и после операции вентрофиксации с последующим укреплением тазового дна собственными тканями

После операции привычными делами дома и привычной трудовой деятельностью вне дома не могли заниматься 21 (30,9±5,6%) женщин, что статистически значительно (p<0,001) было меньше соответствующего показателя до операции (46 - 67,6±5,7%). Ролевые ограничения сохранились у женщин, которые имели рецидив пролапса тазовых органов (рис.2).

Отмечена тенденция снижения частоты женщин с физическими и социальными ограничениями в результате проведенной операции – до операции

данный показатель составил $61,8 \pm 5,9\%$, после операции – $48,5 \pm 6,1\%$ (табл. 2).

Межличностные отношения представляют собой сексуальные отношения партнеров и семейную жизнь. Эти два показателя взаимосвязаны. До оперативного лечения $62(91,2\%)$ женщин отметили изменения межличностных отношений как в репродуктивном возрасте, так и у женщин старших возрастных групп. После операции отмечалось статистически значимое снижение ($p < 0,001$) частоты женщин с нарушением межличностных отношений ($41,2 \pm 6,0\%$) по сравнению с соответствующим показателем до операции ($91,2 \pm 3,4\%$) – (табл.2).

Отмечено статистически значимое снижение частоты женщин с пролапсом тазовых органов, имеющих эмоциональные проблемы выражающиеся в чувстве неполноценности у женщин после операции ($21 - 30,9 \pm 5,6\%$) по сравнению с соответствующим показателем до операции ($53 - 77,9 \pm 5,0\%$) – (табл.2)

Нарушения сна отметили в основном женщины старших возрастных групп. Необходимо отметить, что оперативное лечение практически не изменила частоту женщин с нарушениями сна, что по-видимому обусловлено возрастными изменениями, характерными для менопаузального периода жизни женщин (табл. 3.)

Таблица 3.

Частота женщин с некоторыми показателями качества жизни до и после оперативного лечения

Процент женщин	До операции	После операции	P
С физическими и социальными ограничениями	42 ($61,8 \pm 5,9\%$)	33 ($48,5 \pm 6,1\%$)	<0,001
С нарушениями межличностных отношений	62 ($91,2\%$)	28 ($41,2 \pm 6,0\%$)	<0,001
С эмоциональными проблемами	53 ($77,9 \pm 5,0\%$)	21 ($30,9 \pm 5,6\%$)	<0,001
Нарушения сна	19 ($27,9 \pm 5,4\%$)	16 ($23,5 \pm 5,1\%$)	>0,05

Процент женщин с цистоцеле и ректоцеле по данным опросников по восприятию симптомов пролапса тазовых органов и действий женщин для нивелирования этих симптомов до и после оперативного лечения представлен в таблице 4. Как видно из представленных в таблице данных, в результате проведенного оперативного лечения статистически значимо снижался процент женщин

с цистоцеле по данным опросников, учитывающих восприятие симптомов пролапса тазовых органов и статстически значимо процент женщин, которые указали на выполнение некоторых действий, способствующих нивелированию симптомов, характерных для пролапса тазовых органов, цистоцеле и ректоцеле до и после оперативного лечения.

Таблица 4.

Процент женщин с цистоцеле и ректоцеле по данным опросников, учитывающих восприятие симптомов пролапса тазовых органов и действий женщин для нивелирования этих симптомов до и после оперативного лечения

Процент женщин с	До операции (n=38)	После операции (рецидив) (n=30)	Хи-критерий с поправкой Йейтса	
Цистоцеле	30	5	22,160	<0,001
Ректоцеле	10	4	1,991	>0,05

Таким образом, в результате проведенного анализа изменения качества жизни у женщин с пролапсом тазовых органов установлено, что эффективное оперативное лечение повысило работоспособность женщин, купировался болевой синдром, повысилась сексуальная активность, особенно у женщин репродуктивного возраста, в результате улучшились межличностные отношения.

Список литературы

1. Гусева Е.С. Дифференцированные подходы к коррекции генитального пролапса различной степени тяжести. Дисс. ... СПб.; 2017.

2. Каприн А.Д., Костин А.А. А.А., Филимонов В.Б. Изменение качества жизни и сексуальной активности у женщин с тазовым пролапсом после экстраперитонеальной кольпопексии полипропиленовой сеткой // Исследования и практика в медицине. 2015. Т.2. №1. С.21-26.
3. Коршунов М.Ю. Оценка функции нижних мочевых путей у женщин после операций по поводу пролапса тазовых органов: объективные и субъективные критерии // Урологические ведомости. 2013. Т.3. №2. С.20-23.
4. Коршунов М.Ю. Пролапс тазовых органов у женщин: что ожидают больные от предстоящего

хирургического лечения // Журнал акушерства и женских болезней. 2017. Т.LXVI. С.40-45.

5. Лоран О.Б., Серегин А.В., Довлатов З.А. Оценка эффективности оперативного лечения пролапса тазовых органов с помощью специальных опросников // Клиническая медицина. 2015. № 5. С.20-25.

6. Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Дубинская Е.Д. и др. Хирургическое лечение пролапса тазовых органов // Казанский медицинский журнал. 2014. Т.95. №3. С.341-347.

7. Davila G.W. Optimizing safety and appropriateness of graft use in pelvic reconstructive surgery: introduction to the 2nd IUGA grafts roundtable. Int Urogynecol J. 2012; 23(suppl.1): 3-6

8. Due U., Brostrom S., Lose G. Validation of the Pelvic Floor Distress Inventory-20 and the Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 in Danish women with pelvic organ prolapse // Acta.Obstet.Gynecol. Scand. 2013. V. 92. №9. P.1041–1048.

9. Doaee M, Moradi-Lakeh M, Nourmohammadi A, et al. Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis // Int Urogynecol J. 2014. 25(2). P.153-163.

10. Persu C., Chapple C.R., Cauni V., Gutue S., Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) a new era in pelvic prolapse staging // J. Med. Life. 2011. V.4. Iss.1. P.75-81.

THE INFLUENCE OF PELVIC PROLAPS ON WOMAN LIFE QUALITY

Rakhimova B.S., Kamilova M.Ya., Ashurova Z.A.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Aid: to study the influence of pelvic organs prolapses on woman life quality in depending of age.

Material and methods: It was investigated 68 woman with genital prolapses in reproductive age (group 1) and in older age (group 2). The using methods: the collection of anamnesis and common examination, gynecology examination, quantity estimation of genital prolapses, estimation life quality with using questionnaire of Korshunov.

Results: It was shown, that frequency of woman with different indicators deterioration of life quality depends from woman age period – in woman of old age period increase the frequency and degree indicators of low life quality.

Key words: genital prolapses, life quality, reproductive age, older age, questionnaire of M.U. Korshunov.

ТАҒЙИРОТИ СИФАТИИ ҲАЁТИ ЗАНОНИ ГИРИФТОРИ НОРАСОГИИ КАБРИ КОС ДОШТА ДАР НАТИЦАИ ТАБОБАТҶОИ ҶАРРОҶӢ

Рахимова Б.С., Комилова М.Ё., Ашурова З.А.

МД “Пажӯҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Натиҷаҳо: Нишон дода шуд, ки бо муваффақият гузаронидани табобати ҷарроҳӣ сатҳи коршоҷиҳои занонро баланд мебардорад, алоими дардмандиро баргараф ва дар занони синну соли репродуктивӣ сифати алокаи ҷинсӣ, муносибати байни оилавино бехтар месозад.

Калимаҳои калидӣ: Норасогии кабри кос, сифати ҳаёт, вентрофиксатсия ва мустаҳкамкунии кабри кос, назарсанҷии М.Ю Коршунова.

УДК: 611.738.1:616.351-007.44:618.1-007.4

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Рахимова Б.С., Камилова М.Я., Юнусова М.М., Саидова Д.А.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Цель исследования: оценить значение комплексного обследования для отбора и подготовки пациенток к операции вентрофиксации с последующим укреплением тазового дна собственными тканями.

Материал и методы. Обследованы 68 женщин с пролапсом тазовых органов репродуктивного возраста (38 человек – 1-я группа) и старших возрастных групп (30 человек – 2-я группа). Методы – сбор анамнеза и общий осмотр, ИМТ (индекса массы тела), гинекологическое обследование, классификация М.С.Малиновского, количественная оценка пролапса тазовых органов POP-Q, УЗИ, кольпоскопия, гистероскопия, лабораторные анализы, статистические методы.

Результаты: Показано, что для уточнения анатомо-физиологических нарушений, качественной предоперационной подготовки и выбора метода оперативного вмешательства необходимо комплексное обследование пациенток с пролапсом тазовых органов.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, обследование, диагностика, операция.

Актуальность. Несмотря на широкую распространенность пролапса тазовых органов, данная патология не всегда диагностируется своевременно. Согласно данным литературы клинические проявления имеют место примерно у 53% женщин. Клинически проявления пролапса тазовых органов могут иметь место еще в репродуктивном возрасте. Характерными жалобами женщин с пролапсом тазовых органов является диспанеурия и ощущение во влагалище инородного тела. Наиболее частыми жалобами являются периодические бели и нарушения сексуальной функции. В последующем присоединяются нарушения функций мочевого пузыря или прямой кишки [2, 11, 14].

В Таджикистане для установления степени тяжести пролапса тазовых органов используется классификация М.С. Малиновского. Эта классификация не учитывает особенности анатомических повреждений тазового дна, что лишает возможности индивидуального подхода к каждой пациентке [9, 13].

В настоящее время общепризнанной и наиболее удобной, во всем мире является классификация POP-Q, рекомендованная предложенная в 1996 году Международным обществом по недержанию мочи. Данная классификация позволяет проводить количественную оценку пролапса тазовых органов за счет замеров нахождения точек передней, задней стенок влагалища, шейки матки, свода. Также измеряются длина влагалища, расстояния между задним краем гимена и анусом, уретрой и задним краем гимена [3,6].

Сохранение анатомии органов малого таза, функций прямой кишки и мочевого пузыря обеспечиваются передними отделами леваторов, задними отделами леваторов и продольной мышцей прямой кишки. При дефектах

соединительнотканых структур развивается несостоятельность тазового дна и пролапс органов малого таза [10,12].

Согласно данным Хитарьян А.Г (2013), дегенеративно-дистрофические изменения тазового дна являются показателем тяжелых форм пролапса тазовых органов. Поэтому авторы рекомендуют проводить в плане предоперационной подготовки комплексное обследование, которое должно предусматривать не только определение стадии (система POP-Q), но и ультратрасонографическое исследование сухожилий и мышц тазового дна [1].

С целью диагностики осложнений пролапса тазового дна – цистоцеле рекомендуют проводить комплексное уродинамическое исследование, которое помогает оценить симптомы скрытого стрессового недержания мочи и определить тактику оперативного вмешательства. Согласно проведенному исследованию у 30% женщин, не имеющих жалоб на недержание мочи, одновременное использование цистометрии, профилометрии и стресс профилометрии позволило выявить доклиническую стадию СНМ. Кроме того, диагностирование нейромышечной недостаточности мочевого пузыря у женщин с пролапсом тазовых органов является показанием к медикаментозной терапии до и после операции, что значительно улучшает исходы и удовлетворенность пациенток. Урофлоуметрия также может быть использована для контроля эффективности реконструктивных операций у женщин с пролапсом тазовых органов. Некоторые авторы предлагают для диагностики дефектов тазовой фасции и дефектов мышц тазового дна проводить магнитно-резонансную томографию, что повышает диагностическую ценность данного метода при пролапсе тазовых органов. Важность уточнения

состояния фасций и мышц тазового дна определена правильным выбором метода операционного вмешательства, что будет способствовать снижению риска рецидива заболевания [5,7,15].

Показано, что тяжелые степени пролапса тазовых органов кроме анатомо-физиологических нарушений вызывают нарушения кровотока в сосудах, в связи с этим авторы предлагают включить доплерографию сосудов малого таза в перечень обследования женщин с пролапсом тазовых органов [8].

В настоящее время выбор метода оперативного лечения, а именно реконструктивных операций с использованием синтетических сеток или с использованием аутоканей не имеет определенных критериев, что подтверждает отсутствие определенной конкретной причины развития пролапса тазовых органов. Полиэтиологичность данной патологии позволяет предположить, что этиология и патогенез пролапса тазовых органов до сих пор до конца не изучены [4].

Целью настоящего исследования явилось определить значение комплексного обследования для отбора и подготовки пациенток к операции вентрофиксации с последующим укреплением тазового дна собственными тканями.

Материал и методы исследования. Обследованы 68 женщин с пролапсом тазовых органов репродуктивного возраста (38 человек – 1-я группа) и старших возрастных групп (30 человек – 2-я группа). Все обследованные женщины обратились за медицинской помощью в гинекологическое отделение НИИ АГ и П, кафедра хирургических болезней и эндхирургии института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. При сборе анамнеза внимание уделялось длительности появления симптомов, сопутствующей соматической патологии, образу жизни, репродуктивному анамнезу, сопутствующей гинекологической патологии, перенесенным соматическим и гинекологическим заболеваниям, акушерскому анамнезу, контрацептивному поведению, характеру питания, физической активности.

Проведение антропометрии (измерение роста, массы тела, вычисление индекса массы тела) необходимо проводить женщинам, предполагающим оперативное лечение.

Гинекологическое обследование проводили в литотомическом положении на гинекологическом кресле, при необходимости также в положении стоя. При осмотре на гинекологическом кресле проводили осмотр в зеркалах и оценивали наружное отверстие уретры, состояние его слизистой, оценивали состояние слизистой влагалища, наличие эрозий на слизистые влагалища, а также характер выделений. Переднюю

и заднюю стенки влагалища оценивали, как в состоянии покоя, так и при напряжении. При осмотре шейки матки обращали внимание на форму, подвижность, место расположения ее. Оценивали расположение тела матки, его форму, подвижность с помощью бимануального исследования. При оценке мышц тазового дна и сухожильного центра обращали внимание на наличие дефектов. При пролапсе тазовых органов для оценки состояния мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и прямой кишки использовали кашлевой тест и пробу Вальсальвы. Для определения состояния мышц-леваторов проводили пробу: ректально вводили палец и просили женщину сжать анус. Для определения степени тяжести пролапса тазовых органов в нашей работе мы использовали классификацию М.С. Малиновского и систему количественной оценки пролапса тазовых органов POP-Q. Согласно классификации М.С. Малиновского, пролапс тазовых органов был представлен по степеням тяжести: при I степени шейка матки опущена до входа во влагалище, при II степени имеет место неполное выпадение матки, при III степени – полное выпадение матки.

Количественную оценку пролапса тазовых органов POP-Q осуществляли за счет замеров нахождения точек передней, задней стенок влагалища, шейки матки, свода, измерения длины влагалища, расстояния между задним краем гимена и анусом, уретрой и задним краем гимена. Позиции определяемых точек измеряют по отношению к гимену. При замерах выше гимена учитывается отрицательное значение, при замерах ниже гимена – положительное значение. Стадия устанавливается по наиболее выпадающей части влагалища: передняя стенка (Va), апикальная часть (C), задняя стенка (Vp). Соответственно классификации POP-Q:

Стадия 0 – нет пролапса. Точки Aa, Ap, Va, Vp — все 3 см; точки C и D имеют значение со знаком минус.

Стадия I – наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см (значение >–1 см).

Стадия II – наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее гимена.

Стадия III – наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гименальной плоскости, но при этом общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см.

Стадия IV – полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от гимена, а общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см.

Ультрасонографическое исследование проводилось для диагностики несостоятельности тазового дна. В нашем исследовании проводили определение длины центра сухожилий

промежности, определение толщины леваторов и толщины ректовагинальной перегородки. Критериями диагностики несостоятельности тазового дна являются высота тазового дна менее 10 мм., толщина леваторов менее 10 мм, складчатость ректовагинальной перегородки, увеличивающая толщину ее более 18 мм. Допплерометрию сосудов малого таза проводили с целью диагностики нарушений кровотока в сосудах малого таза.

Гистероскопию и кольпоскопию проводили в плане предоперационной подготовки для решения возможности проведения органосохранной операции – вентрофиксации.

Лабораторное исследование включало перечень необходимого обследования в плане предоперационной подготовки: группа крови, резус-фактор, общий анализ мочи, общий анализ крови, кровь на гепатиты, кровь на RW, кровь на ВИЧ, коагулограмма крови, биохимическое исследование крови, включающее общий билирубин, АлаТ, АсаТ, сахар, креатинин. Бактериологическое исследование содержимого шейки матки и влагалища.

Результаты. Тщательный опрос и сбор анамнеза с выяснением сопутствующей соматической и гинекологической патологии помогли в выборе метода обезболивания и решение вопроса возможности проведения органосохранной

операции и возможности использования лапароскопического доступа.

Антропометрия с вычислением индекса массы тела имела значение для решения вопроса возможности лапароскопического доступа. Среди женщин репродуктивного возраста в 5(13,2%) случаях и среди женщин старших возрастных групп в 7(23,3%) случаях ввиду ожирения лапароскопическая вентрофиксация была отклонена.

Гинекологический осмотр, включающий осмотр в зеркалах; бимануальное исследование, ректальную пробу, имели значение в определении тактики предоперационной подготовки, определении объема пластической операции стенок влагалища, определении объема и вида пластики тазового дна, диагностике цистоцеле, ректоцеле.

Всем обследованным женщинам определяли степень тяжести пролапса тазовых органов по классификации М.С.Малиновского и классификации POP-Q. Распределение женщин репродуктивного возраста по степени тяжести пролапса тазовых органов согласно классификации М.С. Малиновского и классификации, POP-Q представлено на рисунке 1. Как видно из рисунка, согласно классификации М.С.Малиновского, I степень пролапса тазовых органов диагностирована у 4 (10,5%), II степень – у 19(50%), III степень – у 15 (39,5%) женщин.

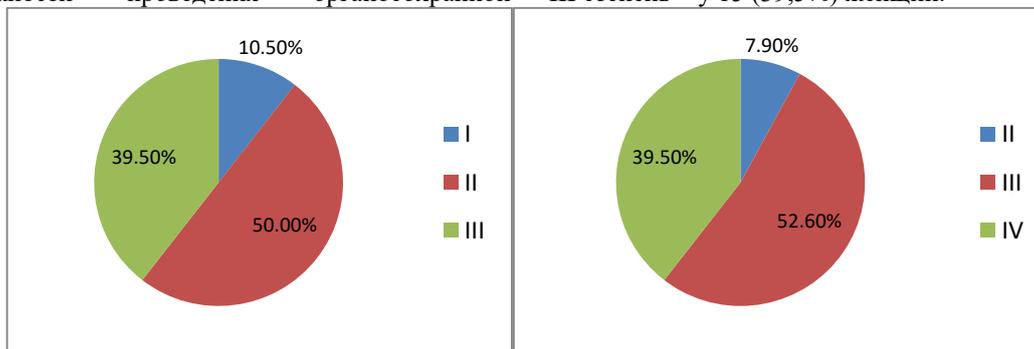


Рис. 1. - Распределение женщин репродуктивного возраста по степени тяжести пролапса тазовых органов согласно классификации М.С. Малиновского (слева) и классификации POP-Q (справа).

Согласно классификации POP-Q, женщины репродуктивного возраста с пролапсом тазовых органов распределялись следующим образом: стадия II диагностирована у 3(7,9%), стадия III – 20(52,6%), стадия IV – у 15 (39,5%) женщин. При сравнении использования двух классификаций необходимо отметить, что III степень пролапса тазовых органов по классификации М.С. Малиновского диагностирована у 15 женщин репродуктивного возраста. У этих же женщин по классификации POP-Q диагностирована стадия IV пролапса тазовых органов. II степень пролапса тазовых органов по классификации М.С. Малиновского соответствовала III стадии по классификации POP-Q, а I степень – II стадии.

Среди женщин старших возрастных групп, согласно классификации М.С.Малиновского, 16(53,3%) пациенткам диагностирована II степень, 14 (46,7%) – III степень пролапса тазовых органов. Согласно классификации, POP-Q женщины старших возрастных групп распределялись следующим образом: 16(53,5%) имели III стадию, 14(46,7%) – IV стадию пролапса тазовых органов (рис.2). Следовательно, II степень заболевания по классификации М.С. Малиновского соответствовала III стадии по классификации POP-Q, а III степень - IV стадии пролапса тазовых органов соответственно.

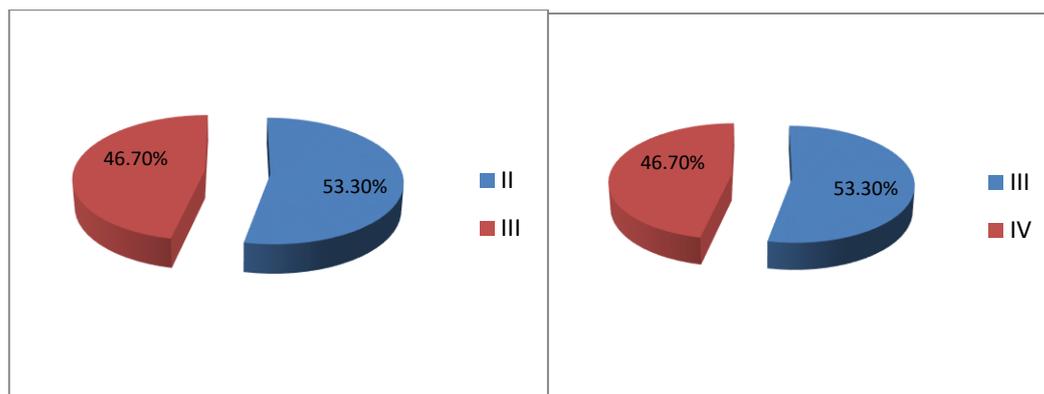


Рис.2 - Распределение женщин с пролапсом тазовых органов старших возрастных групп по степеням тяжести согласно классификации М.С.Малиновского (слева) и классификации POP-Q(справа)

Таким образом, классификация POP-Q позволяет более детально подходить при клинической оценке пролапса тазовых органов за счет количественных характеристик пролапса тазовых органов и проведения замеров нахождения точек передней, задней стенок влагалища, шейки матки, свода, что дает возможность индивидуального подхода к каждой пациентке.

При оценке состояния мышц тазового дна ультразвуковым методом установлена несостоятельность мышц тазового дна у 9(23,7%) женщин репродуктивного возраста и у13(43,3%) женщин старших возрастных групп. Проявлениями дистрофических изменений тканей тазового дна были истончение мышц леваторов и сухожильного центра, утолщение ректовагинальной перегородки.

Гистероскопия и кольпоскопия (с последующим цитологическим исследованием при необходимости) позволили определить целесообразность органосохранной операции. Выявленные железистокистозная гиперплазия эндометрия (3- 10% женщины старших возрастных групп) определили целесообразность проведения операции лапаротомической гистерэктомии с последующим укреплением тазового дна. У 4(10,5%) женщин репродуктивного возраста диагностирована эрозия шейки матки, с результатами мазка на цитологию - II класс (изменение морфологии клеточных элементов, обусловленное воспалением) предоперационная подготовка включала противовоспалительную терапию и лечение эрозии шейки матки.

Для лечебной предоперационной подготовки и выбора безопасной анестезии проведено общепринятое лабораторное обследование, в результате которого медикаментозную подготовку прошли 12(31,6%) женщин старших возрастных групп и 9(30%) женщин репродуктивного возраста.

Заключение. Лапароскопический доступ возможно использовать женщинам как репродуктивного, так и старших возрастных групп. Противопоказаниями для лапароскопии являются общепринятые противопоказания – выраженное ожирение, выраженный спаечный процесс брюшной полости. При отборе пациенток с пролапсом тазовых органов для вентрофиксации

необходимо учитывать наличие сопутствующей гинекологической патологии матки, придатков и шейки матки. При отборе пациенток для 2-го этапа операции – укрепление тазового дна собственными тканями необходимо принимать во внимание данные ультразвукового исследования о состоянии сухожилий и мышц тазового дна, которые косвенно могут подтвердить дегенеративно-дистрофические изменения тканей тазового дна. С женщинами репродуктивного возраста необходимо обсудить их репродуктивные планы.

Таким образом, комплексное обследование пациенток перед оперативным лечением определяет уровень качества помощи женщинам с пролапсом тазовых органов.

Список литературы

- Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Погосян А.А. и др. Анатомо-функциональное состояние мышц тазового дна и ректовагинальной перегородки у женщин с задним пролапсом и ректоцеле // Практическая медицина. 2013. 2(67). С.90-94.
- Иванова А.В., Камоева С.В., Абаева Н.А. Экстраперитонеальная кольпопексия с использованием системы “Eleveyt” в реконструктивной хирургии пролапса тазовых органов после гистерэктомии // МРЖ. 2014. №1. С. 14.
- Крот И.Ф., Захаренкова Т.Н. Этиопатогенетические аспекты пролапса тазовых органов. Оптимизация хирургического лечения // Проблемы здоровья и экологии. 2013. №3. С.16-22.
- Лукьянова Д.М., Смольнова Т.Ю., Адамян Л.В. Современные молекулярно-генетические и биохимические предикторы генитального пролапса // Проблемы репродукции. 2016. № 4. С. 8.
- Баринаева М.Н., Солопова А.Е., Тупкина Н.В. и др. Магнитно-резонансная томография (МРТ) при пролапсе тазовых органов // Акушерство, гинекология. Репродукция. 2014. Т.8. №1. С.37-45.
- Гвоздев М.Б., Тупкина Н.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Пролапс тазовых органов в клинической практике врача-уролога. Методические рекомендации №3. М.: И.Д. «АБВ-пресс». 2016, 52 с.
- Русина Е. И. Роль комплексного уродинамического исследования при планировании

оперативного лечения у континентных женщин с пролапсом тазовых органов // Журнал акушерства и женских болезней. 2014. Т. LXIII. Выпуск 1. С. 17-25.

8. Любарский М.С., Солуянов М.Ю., Королева Е.Г. и др. Тазовая венозная конгестия у женщин с пролапсом тазовых органов // Бюллетень СО РАМН. 2014. Т. 34. № 4. С. 48-50.

9. Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Дубинская Е.Д. и др. Хирургическое лечение пролапса тазовых органов // Казанский медицинский журнал. 2014. Т. 95. №3. С. 341-347.

10. Шапура Д.Д., Шпиленя Е.С., Кубин Н.Д. Эволюция технологий применения синтетических материалов в реконструкции мягких тканей: от герниопластики к хирургии тазового пролапса // Вестник СПбГУ. 2013. Серия. 11. Выпуск 2. С. 131-140.

11. Naboka Y.L., Rymashevskiy A.N., Kogan M.I. et al. Bacterial colonization of the reproductive tract of

women with genital prolapse // Medical Advice. 2014. No.19. P.53-55.

12. Fagan S.P., Awad S.S. Abdominal wall anatomy: the key to a successful inguinal hernia repair // Am. J. Surg. 2014. V.188. P.3-8.

13. Krapf J.M., Goldstein A.T. Two case presentations of profound labial edema as a presenting symptom of hypermobility-type Ehlers-Danlos syndrome // J. Sex. Med. 2013. 10. (9). P.2347-2350.

14. Lee M.S. Treatment of Vaginal Relaxation Syndrome with an Erbium: YAG Laser Using 90° and 360° Scanning Scopes: A Pilot Study & Short-term Results // Laser Ther. 2014. V.23. Issue 2. P.129-138.

15. Kuribayashi M., Kitagawa Y., Narimoto K. et al. Predictor of de novo stress urinary incontinence following TVM procedure: a further analysis of preoperative voiding function // Int. Urogynecol J. 2013. №24(3). P.407-411.

THE IMPORTANCE OF COMPLEX CHECK-UP OF WOMAN WITH PELVIC PROLAPS

Rakhimova B.S., Kamilova M.Ya., Unusova M.M., Saidova D.A.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Aid: to estimate the importance of complex check-up for select and prepare patients for sugary ventrofixation following fixation pelvic bottom with using own tissue.

Material and methods: It was investigated 68 women with genital prolapses in reproductive age (group 1) and in older age (group 2). The using methods: the collection of anamnesis and common examination, BMI, gynecology examination, determination the degree of prolapse with using classification of M.S. Malinovsky, quality estimation of genital prolapses, ultrasound, colposcopy, hysteroscopy and laboratory analyses, statistical methods.

Results: It was shown, that for definition anatomy and-physiological disorders, quantity prepare for sugary and select of sugary method it is necessary complex check-up of patients with genital prolapses

Key words: genital prolapses, check-up, diagnoses, sugary.

ОМУҲТАНИ МУОИНАИ КОМПЛЕКСИИ ЗАНОН БО НОРАСОГИИ УЗВҲОИ КОС

Раҳимова Б.С., Комилова М.Ё., Юнусова М.М., Саидова Д.А.

МД “Пажӯҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Натиҷаҳо: Нишон дода шуд, ки барои омӯхтани вайроншавии сифати анатомию физиологӣ, омодагирии пеш аз ҷарроҳӣ ва интихоби дурусти ҷараёни ҷарроҳӣ ба роҳ мондани муоинаи комплексии бемор бо норасогии узвҳои кос.

Калимаҳои калидӣ: норасогии узвҳои кос, муоина, ташхис, ҷарроҳӣ.

УДК 614.2-372

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ МАТКИ

Хушвахтова Э.Х., Мирзоева А.Б., Курбанова М.Х., Хакимова Н.Т.

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Проведенное комплексное кольпо-цитологическое и морфологическое исследование показало высокую частоту воспалительных процессов шейки матки у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. При этом в 46,4% случаев присутствовала картина воспалительного процесса, а в 24,1% случаев воспалительный процесс сочетался с дисплазией шейки матки умеренной и средней степени. Данные исследования установили высокую частоту выявления ИППП и (или) пиогенной инфекции среди пациентов с ГПЭ, что позволило выявить причинно-следственную связь между наличием возбудителя и инициацией гиперпластических процессов эндометрия.

Ключевые слова: микробиология, гиперплазия эндометрия, цервикальный канал.

Актуальность: Проблема рака шейки матки (РШМ) в течение многих десятилетий продолжает оставаться в центре внимания ведущих зарубежных и отечественных онкологов. Согласно данным статистических исследований, в 2015 г. заболеваемость РШМ составляла 5,2%, уступая первое место раку молочной железы (20,9%), и второе – раку тела матки (7,7%). За последние 10 лет прирост заболеваемости РШМ составил 24,5%, а смертность среди всех онкологических заболеваний у женщин – 4,8%. Кумулятивный риск умереть от данного заболевания в 2015 г. равен 1,48. Если сегодня не проводить своевременные мероприятия по профилактике и лечению РШМ, то после 2050 г. ежегодно в мире РШМ будет заболеть 1 млн женщин. РШМ является одной из нозологических форм, удовлетворяющих всем требованиям популяционного скрининга. Существующие в настоящее время в России нормативные документы не дают однозначных ответов на вопросы, касающиеся возраста начала проведения скрининга на РШМ и временного интервала между тестами. Четкая программа организованного цитологического скрининга отсутствует.

Цель исследования: изучить кольпоскопическую, цитологическую и микробиологическую картину цервикального канала женщин с гиперплазией матки.

Материалы и методы исследования: обследованию подверглись пациентки с наличием гиперпластических процессов эндометрия. Женщинам проведено кольпоскопическое, цитологическое и гистологическое исследование цервикального канала.

Результаты исследования и их обсуждение: Во время осмотра влагалищной части шейки матки в зеркалах у 194 (48,9±2,5%) женщин с гиперплазией эндометрия выявлена эрозия шейки матки или цервицит, у 18 (4,5±1,0%) полип шейки матки, у 100

(25,2±2,2%) – гипертрофические изменения шейки матки, у 80 (20,2±2,0%) рубцовая деформация шейки матки, наботovy кисты у 65 (16,4±1,9%). Гноевидные выделения из половых путей отмечены у 153 (38,6±2,4%) пациенток. Принимая во внимание высокий процент патологии шейки матки при гиперплазии эндометрия, произведено кольпоскопическое исследование 284 пациенткам. У 13 (4,6±1,2%) больных в анамнезе произведена диатермокоагуляция по поводу различной патологии шейки матки. При проведении простой и расширенной кольпоскопии установлено, что наиболее часто диагностированы цервициты различной этиологии (94 -33,1±2,8%), об этом свидетельствует неблагоприятный микробный пейзаж. У 109 (38,4±2,9%) пациенток выявлен кольпоскопический признак кольпита. Эпидермизирующий эндоцервикоз установлен у 66 (23,2±2,5%) обследованных женщин. Среди дискератоза шейки матки ведущее место занимает лейкоплакия – 29 (10,2±1,8%). В 3 (1,1±0,6%) случаях имело место кольпоскопическая картина подозрения на злокачественный процесс. В результате гистологического исследования биоптата у этих больных выявлена дисплазия средней степени и акантоз шейки матки. Этой категории больных в последующем была произведена электроконизация шейки матки, а при оперативном лечении объем операции расширен до экстирпации. Выявленные при кольпоскопии немые йоднегативные зоны и атипические сосуды (8,1±1,6% и 5,6±1,4% соответственно) указали на необходимость дальнейшего углубленного обследования этих пациенток.

С целью исключения фоновых, предраковых, раковых процессов влагалищной части шейки матки проведено цитологическое исследование мазков из цервикального канала. В 79,3-93,4% случаев отмечается совпадение цитологических

заклучений с результатами морфологических исследований.

Проведено 278 цитологических исследований мазков (88 женщинам активного и 190 позднего репродуктивного возраста), взятых из влагалищной части шейки матки и цервикального канала. I тип цитограммы, который характеризуется наличием клеток многослойного сквамозного и железистого эпителия, морфологические особенности которого соответствуют возрасту здоровой женщины был установлен в 149 (53,6±2,9%) случаев. II тип, характеризующийся дегенерацией клеток, воспалительными и другими изменениями без признаков атипии, дисплазией умеренной и средней степени, выявлен у 129 (46,4±2,9%) пациенток. Среди общего числа обследованных женщин дисплазия умеренной степени составила 28 (21,8±3,6%), и дисплазия средней степени - 3 (2,3±1,3%), воспалительный процесс - 98 (75,9±3,7%).

Результаты гистологического исследования соскобов эндометрия показали, что в подавляющем большинстве случаев фоном для формирования гиперпластических процессов эндометрия явилась воспалительная инфильтрация эндометрия. Исследование влагалищного содержимого на степень чистоты позволило установить, что в 153 (38,6%) случаев она соответствовала III-IV степени. В таблице 1 представлена частота встречаемости инфекции у пациенток с гиперплазией матки.

Как представлено в таблице 1 наиболее распространенным классом возбудителей ИППП явился представитель цитомегаловирусной инфекции (Cytomegalovirus), который был выявлен в 58 (44,3±4,3%) случаев. Титр антител в крови у этих больных колебался в большом диапазоне – от 200 до 3600. Chlamidia trachomatis выявлены у 48 (36,6±4,2%) пациенток, Micoplasma hominis и Ureplasma urealyticum у 33 (25,2±3,8%) и 45 (34,4±4,1%) пациенток соответственно. Herpes simplex II typus у 44 (33,6±4,1%) женщин. Candida albicans установлены у 40 (30,5±4,0%) пациенток, Trichomonas vaginalis обнаружен у 16 (12,2±2,9%) больных. Ассоциации ИППП с возбудителями 2-3-х и более микробов установлены у 87 (66,4±4,1%) женщин.

Таблица 1.
Частота встречаемости различных инфекции у пациенток с гиперплазией эндометрия

	N	M±m%
Cytomegalovirus	58	44,3±4,3
Chlamidiatrachomatis	48	36,6±4,2
Trichomonas vaginalis	16	12,2±2,9
Herpes simplex II typus	44	33,6±4,1
Micoplasmahominis	33	25,2±3,8
Ureplasmaurealyticum	45	34,4±4,1
Candidaalbicans	40	30,5±4,0
Staphylacoccusepidermalis	40	33,1±4,3
Staphylacoccus haemolyticus	37	30,6±4,2

EscherihieColi	23	19,0±3,6
Corinobacterium	22	18,2±3,5
Ассоциация ИППП с возбудителями 2-3-х и более микробов	68	56,2±4,5

Обращает на себя внимание высокая частота выявления пиогенной инфекции. Основными представителями ее явились Staphylacoccus haemolyticus и Staphylacoccus epidermalis – 37 (30,6±4,2%) и 40 (33,1±4,3%) соответственно. Такие инфекции, как Escherihie Coli и Corinobacterium обнаружены у 23 (19,0±3,6%) и 22 (18,2±3,5%) женщин соответственно. При этом в ассоциации с ИППП эти возбудители высеяны в 68 (56,2±4,5%) случаев. Анализ полученных результатов показал, что инициатором специфического воспалительного процесса, на фоне которого развивается гиперплазия эндометрия, является возбудитель вирусной природы: цитомегаловирус и вирус простого герпеса II типа в 44,3±4,3% и 33,6±4,2% соответственно. У женщин контрольной группы ЦМВ и ВПГ выявлены в 3,3±3,3% и 6,7±4,6% случаях соответственно.

Выводы: Таким образом, проведенное комплексное кольпо-цитологическое и морфологическое исследование показало высокую частоту воспалительных процессов шейки матки у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. При этом в 46,4% случаев присутствовала картина воспалительного процесса, а в 24,1% случаев воспалительный процесс сочетался с дисплазией умеренной и средней степени. Проведенные исследования установили высокую частоту выявления ИППП и (или) пиогенной инфекции среди пациентов с ГПЭ, что позволило выявить причинно-следственную связь между наличием возбудителя и инициацией гиперпластических процессов эндометрия. Результаты исследования доказали необходимость применения в комплексной терапии ГПЭ антибиотиков и антивирусных средств с учетом выявленного возбудителя, и чувствительности, препаратов стимулирующих специфическую сопротивляемость организма.

Список литературы

1. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Родзинский В.Е. (под ред.). Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016, 1136 с.
2. Апгар Б.С., Броцман Г.Л., Шпицер М.; пер. с англ. под ред. Прилепской В.Н., Т.Н. Бебневой. Клиническая кольпоскопия: практическое руководство. М.: Практическая медицина. 2014, 384 с.
3. Сайт "Международная ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии". URL: www.IFCPC.info/com.

4. Прилепская В.Н. (под ред.). Заболевания шейки матки и генитальные инфекции. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016, 384 с.
5. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н. (под ред.). Профилактика рака шейки матки: руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ. 2012, 190 с.
6. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. (под ред.). Национальное руководство по гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2017, 989 с.
7. Schmidt D. Modern biomarkers for precancerous lesions of the uterine cervix: Histological-cytological correlation and use // Pathologie. 2016 Sep 15. [Epubaheadofprint].
8. Nayar R., Wilbur D.C. The Pap Test and Bethesda 2014 // Acta Cytol. 2015. V.59. P.121-132.
9. Origoni M., Salvatore S., Perino A., et al. Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) in pregnancy: the state of the art // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2014. V. 18. N 6. P.851-860.

RESULTS OF A COMPREHENSIVE EXSAMINATION OF PATIENTS WITH UTERINE HYPERPLASIA

Khushvahtova E.Kh., Mirzoeva A.B., Kurbanova M.Kh., Hakimova N.T.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Purpose of research. To study the colposcopic, cytological and microbiological picture of the cervical canal of women with uterine hyperplasia. **Material and methods of research.** Patients with endometrial hyperplasia were examined. Women underwent colposcopic, cytological and histological examination of the cervical canal.

Results. Analysis of the results showed that the initiator of a specific inflammatory process, against wich endometrial hyperplasia develops, is a causative agent of a viral nature: cytomegalovirus and herpes simplex virus type II in 44,3+₋4,3% and 33,6+₋4,2% respectively.

Key words: microbiology endometrial hyperplasia, cervical canal.

НАТИҶАҶОИ ТАШҲИСИ ҶАМАҶОНИБАИ РАВАНДҶОИ ГИПЕРПЛАСТИКИИ БАҶАДОН Хушвахтова Э.Х., Мирзоева А.Б., Курбанова М.Х., Ҳакимова Н.Т.

МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”, Душанбе.

Натиҷа: Таҳлили натиҷаҳо нишон дод, ки ташаббускори як раванди мушаххаси илтиҳобӣ, ки бар зидди он гиперплазияи эндометриали инкишоф меёбад, ин як хусусияти вирусӣ мебошад: ситомегаловирус ва вируси герпес симплекси навъи II мутаносибан 44,3+₋4,3% ва 33,6+₋4,2%. Дар занони гурӯҳи назорати дар 3,3+₋3,3% ва 6,7+₋4,6% ҳолат мутаносибан СМВ ва ВТО ошкор карда шуд.

Калимаҳои калидӣ: гиперплазияи эндометрӣ, микробиология, маҷраи сервикалӣ.

УДК 616.053.3

НИЗКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ГИПОТЕРМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Юнусов А.Г., ²Додхоев Дж.С., ¹Зарифова П.Г., ¹Зокирова Ф.Ф.,
Бодурхонова Дж.А., ¹Негматуллаева С.М.

¹ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ;

²Таджикский Государственный Медицинский Университет им. Абуали ибн Сино.

Гипоксическое поражение головного мозга, является актуальной медико-социальной проблемой, ввиду высокого риска развития тяжелых неврологических нарушений и летального исхода. По данным мировой статистики, частота тяжелой энцефалопатии у новорожденных, составляет от 0,37 до 4 на 1000 родившихся живыми. В патогенезе выделяют фазы первичного и вторичного повреждения нервной ткани. Первичное повреждение развивается в момент воздействия асфиксии и характеризуется необратимой гибелью клеток головного мозга, объем которой зависит от глубины и длительности гипоксии. Вторичное повреждение активируется в фазу реоксигенации – реперфузии спустя 2 - 6 часов после первичного повреждения. Вторичное повреждение вызывается активизацией ряда патогенетических механизмов: глутаматного и кальциевого стресса, свободнорадикального повреждения, асептического воспалительного процесса, активацией апоптоза, приводящих к увеличению объема нейронального повреждения. В настоящее время в мировой практике нет ни одного лекарственного препарата, нейропротективные свойства, которого могли бы существенно уменьшить повреждающее действие указанных патогенетических механизмов. Одной из перспективных методик, позволяющих снизить неблагоприятные последствия поражения центральной нервной системы (ЦНС), является терапевтическая гипотермия, достигаемая применением либо специализированного охлаждающего оборудования (высокотехнологичная), либо применением простых средств охлаждения, таких как температуры окружающей среды или водных пакетов (низкотехнологичная). Эффективность методики достигается при условии ее раннего начала (не позднее 6 часов жизни), длительности не менее 72 часов, соблюдении строгого термокоридора 33,0° - 34,0°С, а также выполнения всего комплекса реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденного.

Цель: предотвращение вторичного (отсроченного) повреждения центральной нервной системы путём снижения энергетических потребностей нейрональной ткани, блокировки глутаматно - кальциевого стресса, перекисного окисления, активации микроглии, активации апоптоза.

Критерии отбора новорожденных детей для проведения контролируемой терапевтической гипотермии: проведения первичных реанимационных мероприятий новорожденному, в родильном зале; гестационный возраст новорожденного ребенка ≥ 36 недель; масса тела при рождении более 1800 граммов; постнатальный возраст ребенка не более 6 часов; оценка по шкале Апгар 0-3 балла или на 10-й минуте ≤ 5 ; потребность в ИВЛ с положительным давлением после рождения ребенка; выраженный

метаболический ацидоз в крови пупочной артерии, взятой у новорожденного сразу после рождения ($pH < 7,0$ и дефицит оснований $BE \geq -12$ ммоль/л) – при наличии технической возможности, провести нейросонографию (НСГ), и энцефалографии (ЭЭГ), указывающие либо на умеренную или резко выраженную патологию биотоков мозга.

Если имеется хотя бы один из перечисленных выше критериев перинатальной асфиксии, следует определить степень кинических и неврологических расстройств, указывающих на умеренную или тяжелую энцефалопатию (по шкале Sarnat &

Упрощенная шкала Сарнат и Сарнат для определения степени тяжести энцефалопатии

Признаки	Степень энцефалопатии	
	Средней тяжести	Тяжелая
Сознание	Летаргия (снижена реакция на раздражитель)	Ступор/кома(Отсутствует ответ на раздражитель)
Спонтанная активность	Снижена	Отсутствует
Поза	Дистальная флексия, полная экстензия	Дицеребрационная (руки выпрямленные и ротированные во внутрь, ноги выпрямленные, пятки в плантарной флексии)
Мышечный тонус	Гипотония (местная и общая)	Отсутствие тонуса
Рефлексы новорожденных	Сосание - слабое Моро рефлекс - неполный	Сосание-отсутствует Моро отсутствует
Зрачки	Узкие	Широкие, не реагирующие

Имеются противопоказания к проведению контролируемой терапевтической гипотермии:

- гестационный возраст менее 36 недель;
- выраженной задержки внутриутробного развития (масса тела при рождении ≤ 1800 г);
- если в течении первых 3-х суток жизни намечается хирургическая операция;
- умирающему ребенку или серьезные пороки развития, или тяжелое повреждение мозга на ЭЭГ;
- постнатальный возраст новорожденного младенца старше 6 часов: - отказ родителей.

Различают два вида индуцированной терапевтической гипотермии:

1. Селективное охлаждение головы (Cool Cap).

2. Системная гипотермия (всего тела – Total body cooling), которая проводится с использованием специального аппарата, либо, при его отсутствии – пластиковых пакетов с водой или охлаждающего одеяла.

Этапы проведения индуцированной терапевтической гипотермии. Терапевтическую гипотермию следует начинать впервые в 6 часов жизни, после перенесенной асфиксии в родах (в терапевтическое «окно»), помня, что чем раньше начата терапевтическая гипотермия, тем лучше результат, так как чем тяжелее асфиксия, тем короче терапевтическое «окно». При безуспешности реанимационных мероприятий в течение 20 минут и наличии хотя бы одного дополнительного критерия, свидетельствующего о перенесенной перинатальной асфиксии, а также результатов ЭЭГ (по возможности) и оценки степени тяжести неврологических нарушений по Sarnat & Sarnat, решается вопрос о необходимости проведения гипотермии.

Действия медицинского персонала при решении о проведении терапевтической гипотермии:

- выключить источник лучистого тепла;
- выключить обогрев в транспортном инкубаторе;
- провести контроль кислотно - щелочного равновесия и газового состава крови (по возможности данного обследования в учреждении);
- в пределах 20 минут после рождения начать контроль ректальной температуры с фиксацией температуры каждые 15 минут. Глубина введения датчика в прямую кишку 3-5 см.;
- предотвратить гипертермию. На этапе палаты / отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных:
- не включать источник лучистого тепла/инкубатор;
- температура окружающей среды должна составлять 18°-24° С;
- при наличии технической возможности провести нейросонографию (НСГ), начать запись ЭЭГ;
- контролировать ректальную и аксиллярную температуру каждые 15 минут;
- контролировать целевую ректальную температуру 33,0° - 34,0°С;
- избегать снижения ректальной температуры менее 33°С;
- не согревать ребенка до полной оценки критериев необходимости проведения или противопоказаний к проведению терапевтической гипотермии;
- при отсутствии показаний для проведения терапевтической гипотермии или выявления противопоказаний пассивная гипотермия прекращается.

Метод селективной гипотермии (Cool Cap) - относится к умеренной гипотермии, целью которого является поддержание ректальной температуры в диапазоне 33,0°-34,0°С (34,5°±0,5°С) в течение 72 часов путем искусственного охлаждения головного мозга через наружные

покровы головы при помощи специального аппарата с охлаждающей шапочкой или водных пакетов. Охлаждение ребенка осуществляется за счет активации и поддержания механизмов теплоотдачи: излучения (передача тепла холодным предметам, расположенным около ребенка), конвекции (передача тепла окружающему воздуху), испарения (потеря тепла с испарением), теплопроводности (контакт с охлажденными предметами). Через 72 часа от начала гипотермии начинается согревание. Цель этого этапа – повышение ректальной температуры со скоростью 0,2 – 0,3°С в час таким образом, чтобы оно заняло до 12 часов. Согревание не должно быть быстрым, в противном случае это может привести к дистрибутивным гемодинамическим нарушениям и/или провоцированию судорог.

Показания к преждевременному прекращению процедуры:

- невозможность достичь целевой ректальной температуры при снижении температуры охлаждающего колпака до предельно минимальной;
- стойкое снижение ректальной температуры ниже 33°С при повышении температуры охлаждающего колпака до 12°С;
- стойкая брадикардия <80 уд/мин;
- отказ родителей от процедуры.

Общая системная гипотермия, при отсутствии специального аппарата, проводится путем применения пластиковых пакетов, заполненных холодной водой и обернутых в пеленку. Пакеты прикладываются к голове и телу ребенка.

Таблица 1.

Рекомендуемое количество пакетов для охлаждения

Ректальная температура (0С)	Количество пакетов	Место наложения пакетов
Более 37,0		Голова, шея, плечи, туловище
		Шея, плечи, туловище
		Плечи, туловище
		Туловище
33,0-34,0	0	

Охлаждения и поддержания гипотермии. После оказания первичной помощи и стабилизации состояния, неонатолог в сроке не позднее 6 часов, начинает охлаждение ребенка по следующему алгоритму: необходимо убедиться в адекватно оказанной помощи ребенку: (сатурация кислород давление не ниже 40 мм рт. ст., уровень глюкозы не ниже 2,6 ммоль/л). Проводится врачебная комиссия (консилиум) с документальным подтверждением решения о необходимости проведения общей лечебной гипотермии (ОЛГ). Проводится беседа с

родителями о преимуществах и рисках данной процедуры и оформляется информированное согласие. При невозможности общения с родителями (тяжелое состояние матери и отсутствие отца), проводится врачебная комиссия (консилиум) с документальным подтверждением решения о необходимости проведения ОЛГ.

Начните пассивное охлаждение: положите ребенка на реанимационный столик с выключенным источником лучистого тепла. Не используйте инкубаторы. Надо обратить особое внимание на то, чтобы избежать повышения температуры тела $> 37,0^{\circ}\text{C}$, что может увеличить существующее повреждение головного мозга. Кожные покровы ребенка оставляют открытыми, подгузник подкладывается, но не застегивается; проводится седация ребенка: диазепам $0,5 \text{ мг/кг}$; при неэффективности – повторное введение до достижения эффекта; при необходимости – использование анальгезии и/или медикаментозной синхронизации с ИВЛ; оформляется протокол проведения гипотермии, в котором регистрируются все этапы ее проведения. Вносятся данные о ребенке, время и дата начала гипотермии, начальная температура. Данные о температуре на этапах охлаждения, транспортировки и нагревания вносятся каждые 15 минут. На этапе поддержания – каждый час; на этапе введения в гипотермию начинается температурный мониторинг с использованием прикроватного монитора с термодатчиком, введенным в прямую кишку на глубину 3-5 см и фиксированным пластырем, с регистрацией в протоколе каждые 15 минут.

В момент введения в гипотермию на прикроватном мониторе необходимо установить нижнюю границу тревоги – температуру на уровне $32,9^{\circ}\text{C}$. Использование аксилярной термометрии для термомониторинга, ввиду незначительной ректоаксиальной разницы у новорожденных также возможно, но технически сложнее ввиду необходимости постоянного строгого приведения руки к туловищу. В случае, если температура тела ребенка не снижается до целевой температуры ($33,0 - 34,0^{\circ}\text{C}$) в течение 1 часа, пассивная гипотермия дополняется активным охлаждением путем применения термоэлементов, расположенных по флангам ребенка (табл.1). В качестве термоэлементов могут выступать емкости (водяные или гелевые пакеты, перчатки, наполненные водой) с холодной водой ($4-8^{\circ}\text{C}$). Прямой контакт термоэлемента с кожей ребенка запрещается, в качестве изолирующего материала необходимо использовать пеленку.

Запрещается использование замороженных термоэлементов, так как при контакте с кожными покровами они могут вызвать локальное отморожение, даже при изоляции их пеленками. При недоступности термоэлементов охлаждать ребенка можно пеленкой, увлажненной холодной водой.

Поддержание гипотермии. При достижении целевой температуры на прикроватном мониторе устанавливается верхняя граница температурной тревоги на уровне $34,0^{\circ}\text{C}$. Если использовалось активное охлаждение, термоэлементы необходимо убрать; при перегревании ребенка выше 34°C необходимо использовать активное охлаждение – охлажденные ($4-8^{\circ}\text{C}$) термоэлементы (водяные или гелевые пакеты, перчатки, наполненные водой, находящиеся в нижних полках холодильника), расположенные по флангам ребенка. При достижении целевой температуры ($33 - 34^{\circ}\text{C}$) активное охлаждение прекращается (за исключением наличия температуры окружающей среды выше 30°C , необходимости накрывания ребенка пеленкой при выполнении манипуляций); при охлаждении ребенка ниже 33°C , необходимо укрыть ребенка одеялом и убрать активное охлаждение (если таковое имелась). Если данная мера в течение 1 часа не привела к возврату к целевому термодиапазону ($33 - 34^{\circ}\text{C}$), необходимо обнажить ребенка и включить обогрев на минимальной мощности. При достижении целевого термодиапазона необходимо отключить обогрев, ребенка оставить обнаженным; в протокол гипотермии продолжают вноситься данные об уровне температуры (каждый час).

Стадия согревания. Согревание ребенка начинается спустя 72 часа от момента фактического достижения ребенком температуры $34,0^{\circ}\text{C}$ и ниже: во время проведения нагревания проводится термомониторинг с регистрацией температуры в протоколе гипотермии каждые 15 минут; рекомендуемый темп нагревания должен составлять $0,3^{\circ}\text{C}$ в час, продолжительность не менее 10 часов; предпочтительный вид нагревания – пассивный, путем накрывания одеялом. Если при проведении пассивного нагревания темп обогрева не превышает $0,1^{\circ}\text{C/час}$, необходимо его дополнить активным нагреванием. Активное нагревание осуществляется включением подогрева реанимационного места на минимальной мощности; при проведении нагревания возможно развитие (или рецидив) судорожного синдрома и/или развитие (нарастание) гемодинамических нарушений, особенно в случае превышения темпа нагревания. В этом случае необходимо прервать нагревание до купирования данных осложнений, и дальнейший темп нагревания снизить до $0,1 - 0,2^{\circ}\text{C/час}$. При достижении температуры тела $36,5^{\circ}\text{C}$ необходимо прекратить термомониторинг, перейти на прерывистое измерение температуры тела в соответствии с алгоритмами, принятыми в клинике.

Побочные эффекты. Как правило, терапевтическая гипотермия хорошо переносится пациентами. Встречаются следующие неблагоприятные изменения, которые наблюдаются редко и носят кратковременный характер: – синусовая брадикардия; – удлинение интервала QT; –

тромбоцитопения; – гипокоагуляция; – нарушения уровня гликемии; – подкожный жировой некроз; – артериальная гипотензия; – увеличение потребления кислорода; – снижение продукции сурфактанта; – повышение сопротивление легочных сосудов; – увеличение риска желтухи; – снижение сопротивления инфекциям

Стабилизация состояния в условиях проведения терапевтической гипотермии:

при снижении ЧСС менее 80 в минуту необходимо исключить избыточное введение седативных и обезболивающих препаратов;

предпочтительнее расположение новорожденного в открытом реанимационном столике; – Смена положения тела каждые 6 часов, с осмотром кожи ребенка;

ИВЛ не является обязательным условием для проведения гипотермии; Показания не отличаются от стандартных подходов;

оптимально обеспечить одного центрального и одного периферического венозного доступа;

Инфузионная терапия, белковая поддержка: – стартовый объем 60 мл/кг/сут; – контроль диуреза; – парентеральное питание, согласно действующему протоколу. – при отсутствии противопоказаний – проведение энтерального питания в соответствии с протоколом. Оптимальным белковым субстратом, является материнское молоко.

процедура гипотермии не является показанием к назначению антибактериальных препаратов; – В случае, если антибактериальные препараты показаны, назначается эмпирическая комбинированная терапия пенициллинами в сочетании с аминогликозидами;

седация. –показанием к противосудорожной терапии являются клинические судороги. Показание для назначения наркотических анальгетиков - наличие дрожи;

гипотермия может оказать неблагоприятное влияние на гемостаз. Снижение температуры тела на 3,5°C в среднем на 30% снижает коагуляцию. Подобные изменения не требует лечения при отсутствии кровоточивости; – при наличии клинических и лабораторных признаков кровоточивости показана трансфузия свежезамороженной плазмы.

Список литературы

1. Иванов, Д.О. Руководство по перинатологии. СПб.: Информ Навигатор. 2015, 1216 с.
2. Пальчик, А.В. Гипоксически ишемическая энцефалопатия новорожденных. СПб.: Питер, 2000.

3. Volpe J.J. Neurology of newborn. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2008.

4. Cao C.Q., Li Y.N., Yang X.M., Gong Y.G., Wang F., Li W.G. Long term clinical efficacy of mild hypothermia therapy in neonates with hypoxic ischemic encephalopathy: a Meta analysis // Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2015. V. 17(2). P. 122-127.

5. Антонов А.Г., Ионов О.В., Киртбая А.Р., Балашова Е.Н., Никитина И.В., Рындин А.Ю., Морошник Е.В., Дегтярев Д.Н. Методика проведения лечебной гипотермии детям, родившимся в состоянии асфиксии // Анестезиология и реаниматология. 2014. № 6. С.76-77.

6. Дегтярев Д.Н., Ионов О.В., Киртбая А.Р., Ушакова Л.В., Вооне Т., Амирханова Д.Ю., Кириллова Е.А., Никифоров Д.В. Амплитудно интегрированная электроэнцефалография и селективная церебральная гипотермия в неонатологической практике. М.: Локус Стан ди. 2013, 60 с.

7. Ионов О.В., Балашова Е.Н., Киртбая А.Р., Антонов А.Г., Морошник Е.В., Дегтярев Д.Н. Протокол проведения лечебной гипотермии детям, родившимся в асфиксии // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2014. №2. С.81-83.

8. Гузеева В.И. и др. Детская неврология: клинич. реком., вып. 3. М. 2015, 336 с.

9. Надишаускене Р.Й. и др. Специализированная реанимация новорожденного. Литва: Центр исследования кризисов, Университет наук здоровья Литвы, 2012, 396 с.

10. Jacobs S.E., Morley C.J., Inder T.E. et al. Infant Cooling Evaluation Collaboration. Whole body hypothermia for term and near term newborns with hypoxic ischemic encephalopathy: a randomized controlled trial // Arch. Pediat. Adolesc. Med. 2011. V.165(8). P.692- 700.

11. Shankaran S., Laptook A.R., Ehrenkranz R.A., Tyson J.E., McDonald S.A., Donovan E.F. et al. National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Whole body hypothermia for neonates with hypoxic ischemic encephalopathy // N. Engl. J. Med. 2005. V. 353(15). P.1574-1584.

12. Papile L.A., Baley J.E., Benitz W., Cummings J., Carlo W.A., Eichenwald E., Kumar P., Polin R.A., Tan R.C., Wang K.S. Hypothermia and neonatal encephalopathy / Committee on Fetus and Newborn // Pediatrics. 2014.

Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна

(ко дню рождения)



Известному таджикскому учёному, акушер-гинекологу, доктору медицинских наук, профессору Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Мухаммадиевой Саодатхон Мансуровне исполнится 63 года.

Мухаммадиева С.М. в 1979 году окончила лечебный факультет Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Становление ее как ученого началось с Института акушерства и гинекологии имени Отта в г. Санкт-Петербурге, куда была направлена в 1982 году в целевую аспирантуру.

В 1985 году успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Комплексная оценка состояния плода в родах при наличии мекония в околоплодных водах». Мухаммадиева С.М. после защиты была зачислена старшим научным сотрудником Научно-исследовательского института акушерства-гинекологии, в котором проработала в течение 23 лет. С 1994 по 1997 гг. Мухаммадиева С.М. была директором республиканского Центра репродуктивного здоровья, организованного в стране впервые. С 1998 года совмещала научную деятельность с педагогической, став ассистентом кафедры акушерства и гинекологии Таджикского института постдипломной подготовки медицинских кадров. С 2000 по 2003 годы Саодатхон Мансуровна являлась заместителем директора по научной деятельности, была главным специалистом Управления кадровых ресурсов и науки в Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан.

Мухаммадиева С.М. является членом рабочей группы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан по разработке многих правовых и нормативных документов по проблемам репродуктивного здоровья, национальных стандартов и клинических протоколов. За свои труды удостоена награды «Отличник здравоохранения». За годы работы в НИИ АГиП являлась ответственным исполнителем научно-исследовательских тем «Социальные аспекты перинатальной смертности в Таджикистане», «Социальные и медицинские аспекты репродуктивного здоровья женщин в Таджикистане», «Эпидемиология, клиника и диагностика гинекологических заболеваний девочек и девушек Таджикистана», «Дифференцированный подход к диагностике и лечению гиперпластических процессов репродуктивной системы».

В 2002 году благополучно защитила докторскую диссертацию на тему «Медико-организационные проблемы репродуктивного здоровья женщин в Таджикистане и пути их решения». В 2006 году Саодатхон Мансуровне присвоено учёное звание профессора.

С 2008 по 2014 годы являлась заведующей кафедрой акушерства и гинекологии ИПОСЗРТ.

По-особому талант С.М. Мухаммадиевой, как организатора здравоохранения, раскрылся в деле подготовки медицинских кадров. Под ее руководством защищены 12 кандидатских диссертаций, 1 докторская диссертация. В настоящее время утверждены 4 темы кандидатских и 1 докторской диссертации. Отличаясь исключительной добросердечностью, она создает и развивает собственные научные школы, всегда радуясь успеху учеников, способствуя их продвижению.

Профессор Мухаммадиева С.М. является автором более 160 научных трудов, среди которых 1 монография, 15 учебно-методических пособий («Контрацептивная технология», «Репродуктивное здоровье и контрацептивная технология», «Хаёти тарзи солим», «Современные принципы диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки матки», «Сахарный диабет и беременность» и др.), 10 методических рекомендаций, 8 рационализаторских предложений. Саодатхон Мансуровна также внесла огромный вклад при создании Национальных стандартов - по антенатальному уходу при физиологической беременности, национальные стандарты по обеспечению безопасного материнства (введение физиологических родов и послеродового периода, гипертензивных состояний во время беременности). В настоящее время будучи профессором кафедры акушерства и гинекологии ИПОСЗРТ, является членом диссертационного совета «Общественное здоровье и здравоохранение» ИПОСЗРТ и ТГМУ им. Абу-али ибн Сино, членом проблемно- экспертной комиссии в области акушерства- гинекологии при НИИ АГиП и членом редакционного Совета журнала «Мать и дитя».

Саодатхон Мансуровна отличается необыкновенной дисциплинированностью, тактичностью, отзывчивостью и умением ценить человеческое общение и дружеское расположение. Она вполне самодостаточна в работе, в творчестве и в быту.

Многоуважаемая Саодатхон Мансуровна! Вы одна из тех людей, с которыми ассоциируются научные достижения в области акушерства-гинекологии. Вам присуще умение мыслить творчески и на перспективу, вовлекать в орбиту многогранной деятельности ваших учеников и последователей. Искренне желаем Вам огромных успехов, добра и благополучия! Здоровья и долгих лет жизни Вам!

*С уважением трудовой коллектив ГУ НИИАГиП,
редколлегия и редакция журнала «Мать и дитя»!*

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ЖУРНАЛЬНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

Настоящие «Правила...» составлены на основе «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», сформулированных Международным комитетом редакторов медицинских журналов (www.ICMJ.E.org)

Подготовка рукописи

1. Рукопись статьи должна быть представлена на русском или английском языках и набрана на компьютере с использованием программы MS Word 2007 (гарнитура Times New Roman, размер шрифта 14, интервал 2,0) и распечатана в 2 экземплярах на одной стороне листа формата А4 с обязательным предоставлением электронной версии статьи. Размеры полей: сверху – 2,0 см; снизу – 2,0 см; слева – 3,0 см; справа – 2 см. Все страницы, начиная с титульной, должны быть последовательно пронумерованы.
2. Объём полноразмерной оригинальной статьи, включая разделы, перечисленные в п. 3, должен составлять 20-30 страниц; обзорной статьи – не более 40 страниц; статьи, посвящённой описанию клинических наблюдений, не более 15 страниц; обзора материалов конференций – не более 10 страниц.
3. Рукопись статьи должна состоять из следующих элементов: титульного листа; аннотации (резюме); инициалов и фамилии автора (авторов); названия; введения (актуальности); цели исследования; основной части; выводов (заключения) и списка литературы. Основная часть оригинальной статьи должна содержать разделы: «Материал и методы», «Результаты», «Обсуждение».
4. На титульной странице даётся следующая информация:
полное название статьи; инициалы и фамилии авторов;
официальное название и местонахождение (город, страна) учреждения (учреждений), в которых выполнялась работа;
для колонтитула – сокращённый вариант названия статьи (не более 50 знаков, включая пробелы и знаки препинания); ключевые слова (не более 6), сведения об авторах. Здесь же необходимо предоставить информацию об источниках спонсорской поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных средств; засвидетельствовать об отсутствии конфликта интересов; указать количество страниц, таблиц и рисунков, а также – адрес для корреспонденции
5. Название статьи должно быть лаконичным, информативным и точно определять её содержание. Ключевые слова следует подбирать соответственно списку Medical Subject Heading (Медицинские предметные рубрики), принятому в Index Medicus.
6. В сведениях об авторах указываются фамилии, имена, отчества авторов, учёные степени и звания, должности, место работы (название учреждения и его структурного подразделения). В адресе для корреспонденции следует указать почтовый индекс и

адрес, место работы, контактные телефоны и электронный адрес того автора, с кем будет осуществляться редакционная переписка. Адрес для корреспонденции публикуется вместе со статьей.

7. В аннотации (резюме) оригинальной научной статьи обязательно следует выделить разделы «Цель», «Материал и методы», «Результаты», «Заключение». Аннотация предоставляется на русском и английском языках (250-300 слов) и должна быть пригодной для опубликования отдельно от статьи. Аннотации кратких сообщений, обзоров, случаев из практики не структурируются, объём их должен составлять не менее 150 слов. Аннотации, ключевые слова, информация об авторах и библиографические списки отсылаются редакцией в электронные информационные базы для индексации.

8. Во «Введении» даётся краткий обзор литературы по рассматриваемой проблеме, акцентируется внимание на спорных и нерешённых вопросах, формулируется и обосновывается цель работы. Ссылки необходимо давать на публикации последних 10 лет, а использованные в статье литературные источники должны быть свидетельством знания автора (авторов) научных достижений в соответствующей области медицины.

9. В разделе «Материал и методы» необходимо дать подробную информацию касательно выбранных объектов и методов исследования, а также охарактеризовать использованное оборудование. В тех клинических исследованиях, где лечебно-диагностические методы не соответствуют стандартным процедурам, авторам следует предоставить информацию о том, что комитет по этике учреждения, где выполнена работа, одобряет и гарантирует соответствие последних Хельсинкской декларации 1975 г. В статьях запрещено размещать конфиденциальную информацию, которая может идентифицировать личность пациента (упоминание его фамилии, номера истории болезни и т.д.). На предоставляемых к статье рентгеновских снимках, ангиограммах и прочих носителях информации фамилия пациента должна быть затумована; фотографии также не должны позволять установить его личность. Авторы обязаны поставить в известность пациента о возможной публикации данных, освещающих особенности его/её заболевания и применённых лечебно-диагностических методов, а также гарантировать конфиденциальность при размещении указанных данных в печатных и электронных изданиях. В случаях, когда невозможно скрыть личность пациента (фотографии пластических операций на лице и т.д.), авторы обязаны предоставить письменное информированное согласие пациента на распространение информации и

указать об этом в статье. В экспериментальных работах с использованием лабораторных животных обязательно даётся информация о том, что содержание и использование лабораторных животных при проведении исследования соответствовало международным, национальным правилам или же правилам по этическому обращению с животными того учреждения, в котором выполнена работа. В конце раздела даётся подробное описание методов статистической обработки и анализа материала.

10. Раздел «Результаты» должен корректно и достаточно подробно отражать как основное содержание исследований, так и их результаты. Для большей наглядности полученных данных последние целесообразно предоставлять в виде таблиц и рисунков.

11. В разделе «Обсуждение» результаты, полученные в ходе исследования, с критических позиций должны быть обсуждены и проанализированы с точки зрения их научной новизны, практической значимости и сопоставлены с уже известными данными других авторов.

12. Выводы должны быть лаконичными и чётко сформулированными. В них должны быть даны ответы на вопросы, поставленные в цели и задачах исследования, отражены основные полученные результаты с указанием их новизны и практической значимости.

13. Следует использовать только общепринятые символы и сокращения. При частом использовании в тексте каких-либо словосочетаний допускается их сокращение в виде аббревиатуры, которая при первом упоминании даётся в скобках. Сокращения в названии можно использовать только в исключительных случаях. Все физические величины выражаются в единицах Международной Системы (СИ). Допускается упоминание только международных непатентованных названий лекарственных препаратов.

14. Список использованной литературы оформляется в соответствии с требованиями Vancouver style (<https://www.imperial.ac.uk/media/imperialcollege/administration-and-support-services/library/public/vancouver.pdf>). Сокращения в названии журналов приводятся в соответствии с Index Medicus. Обязательно указываются фамилии и инициалы всех авторов. При количестве же авторов более шести допускается вставка [и др.] или [et al.] после перечисления первых шести авторов. Необходимо также предоставить список литературы в английской транслитерации. Нумерация ссылок должна соответствовать порядку цитирования в тексте, но не в алфавитном порядке. Порядковые номера ссылок приводятся в квадратных скобках (например, [1, 2], или [1-4], или [3, 5-8]). В оригинальных статьях желательно цитировать не менее 15 и не более 30 источников, в обзорах литературы – не более 50. Ссылки на авторефераты, диссертации, методические рекомендации, депонированные рукописи в статьях

не допускаются. Ссылки на тезисы и статьи в научных сборниках можно использовать только в случаях крайней необходимости. В статьях, где имеется настоятельная необходимость упоминания нормативных документов, последние приводятся в виде сносок (под текстом) и не включаются в список литературы. Ответственность за правильность и полноту всех ссылок, а также точность цитирования первоисточников возложена на авторов.

15. Следует соблюдать правописание, принятое в журнале, в частности, обязательное обозначение буквы «ё» в соответствующих словах.

16. Таблицы должны быть размещены в тексте статьи непосредственно после упоминания о них, пронумерованы и иметь название, а при необходимости – подстрочные примечания. Таблицы должны быть набраны в формате Microsoft Office Word 2007.

17. Иллюстративный материал (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) должен быть чётким и контрастным и пронумерован в соответствии с порядком цитирования в тексте. Диаграммы необходимо предоставлять как в виде рисунка в тексте, так и в электронном варианте, отдельными файлами в формате Microsoft Office Excel. В подписях к микрофотографиям следует указать метод окраски и увеличение. Электронные версии иллюстраций должны быть предоставлены в виде отдельных файлов формата TIFF или JPEG с разрешением не менее 300 dpi при линейном размере фотографии не менее 80x80 мм (около 1000x1000 пикселей).

Направление рукописи

1. В редакцию направляются два экземпляра рукописи. Обязательным является отправка текста статьи, графических материалов и сопроводительных документов на электронный адрес журнала info@niagip.tj.

2. Статьи принимаются редакцией при наличии направления учреждения и визы руководителя.

3. При направлении в редакцию журнала рукописи статьи к последней прилагается сопроводительное письмо от авторов, где должны быть отражены следующие моменты:

- инициалы и фамилии авторов;
- название статьи;
- информация о том, что статья не была ранее опубликована, а также не представлена другому журналу для рассмотрения и публикации;
- обязательство авторов, что в случае принятия статьи к печати, они предоставят авторское право издателю;
- заявление об отсутствии финансовых и других конфликтных интересов;
- свидетельство о том, что авторы не получали никаких вознаграждений ни в какой форме от фирм-производителей, в том числе конкурентов, способных оказать влияние на результаты работы;
- информация об участии авторов в создании статьи;
- подписи всех авторов;

4. Рукописи, не соответствующие правилам, редакцией не принимаются, о чём информируются

авторы. Переписка с авторами осуществляется только по электронной почте.

Порядок рецензирования и публикации

1. Первичная экспертиза рукописей осуществляется ответственным редактором журнала. При этом рассматриваются сопроводительные документы, оценивается соответствие научной статьи профилю журнала, правилам оформления и требованиям, установленным редакцией журнала. При соответствии указанных документов настоящим требованиям статьи проходят проверку в системе «Антиплагиат» или других аналогичных поисковых системах. При обнаружении плагиата или выявлении технических приёмов по его сокрытию статьи возвращаются авторам с объяснением причины возврата. Принятые к рассмотрению статьи отправляются на рецензию независимыми экспертами. Рецензенты назначаются редакционной коллегией журнала. Редакция высылает рецензии авторам рукописей в электронном или письменном виде без указания фамилии специалиста, проводившего рецензирование. В случае, когда имеет место профессиональный конфликт интересов, в сопроводительном письме авторы имеют право указать имена тех специалистов, кому, по их мнению, не следует направлять рукопись на рецензию. Данная информация является строго конфиденциальной и

принимается во внимание редакцией при организации рецензирования. В случае отказа в публикации статьи редакция направляет автору мотивированный отказ. По запросам экспертных советов редакция готова предоставить копии рецензий в ВАК.

2. Редакция имеет право сокращать публикуемые материалы и адаптировать их к рубрикам журнала. Окончательный вариант статьи, подготовленный к печати в формате PDF, направляется авторам для одобрения по электронной почте. Авторские правки и подтверждение должны поступить в редакцию в течение 5 дней. По истечении указанного срока редакция будет считать, что авторы одобрили текст.

3. Все представленные работы, при соответствии их настоящим требованиям, публикуются в журнале бесплатно. Рекламные публикации, а также статьи, финансируемые фирмами-производителями и/или их дистрибьютерами, к рассмотрению не принимаются.

4. После опубликования статьи, её электронная версия в формате PDF высылается авторам.

5. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2 работ одного автора.

6. Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.

7. За правильность приведённых данных ответственность несут авторы. Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редколлегии.