



Сармухаррир:

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

Муовинони сармухаррир:

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. – н.и.т.

Маҷалла соли 2009 таъсис
дода шудааст. Маҷалла дар
Вазорати фарҳанги Ҷумҳу-
рии Тоҷикистон аз 23 апрели
соли 2018 тахти № 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@niiagip.tj

Муассисони маҷалла:

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

Маҷаллаи илмӣ-амалӣ

№3, 2020

Шӯрои таҳририя:

Қурбанова Муборак Ҳасановна – д.и.т., профессор, Академики
академияи мактаби олии байналмилалӣ (Душанбе).
Муҳаммадиева Саодатхон Мансуровна – д.и.т., профессор (Душанбе).
Рустамова Меҳриниссо Сангининовна – д.и.т., профессор (Душанбе).
Жук Светлана Ивановна – д.и.т., профессор (Украина).
Комилова Мархабо Ёдгоровна – д.и.т., дотсент, Академики академияи
мактаби олии байналмилалӣ (Душанбе).
Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – д.и.т., дотсент (Душанбе).
Ҳочимуродова Ҷамила Амоновна – д.и.т., дотсент (Душанбе).
Додхоев Ҷамшед Саидбобоевич – д.и.т. (Душанбе)
Воҳидов Абдуссалом Воидович – д.и.т., профессор (Душанбе)
Набиев Зоир Нарзуллоевич – д.и.т., профессор (Душанбе)
Байкошқарова Салтанат Берденовна – д.и.б. (Қазоқистон, Нурсултон)
Қудайбергенов Талгат Қапаевич – д.и.т., профессор (Қазоқистон,
Нурсултон)
Узокова 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 регистрирован 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

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)

Додхоев Джамшед Саидбобоевич – д.м.н. (Душанбе)

Вохидов Абдуссалом Воидович – д.м.н., профессор (Душанбе)

Набиев Зоир Нарзуллаевич – д.м.н., профессор (Душанбе)

Байкошкарлова Салтанат Берденовна – д.б.н. (Казахстан, Нурсултан)

Кудайбергенев Талгат Капаевич – д.м.н., профессор (Казахстан, Нурсултан)

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

Юнусов А.Г. – к.м.н. (Душанбе)

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

Ҳайати таҳририя:

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

Нарзуллоева 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

Нарзуллаева З.Р. – к.м.н., доцент

Болиева Г.У. – к.м.н.

Зайдуллоев Б.Б. – к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

Сарсухан. 40 - соли чахду талошхо дар хифзу беҳдошти саломатии модарону кӯдакони Тоҷикистон	6
Авезов С.С. <i>Врожденный ихтиоз, клиника и диагностика</i>	13
Алишеров Н.А. <i>Артрогрипоз у детей клинический случай и отдаленные последствия</i>	14
Болиева Г.У., Кармишева М.Н., Мамедова З.Т., Юсуфбекова У.Ю. <i>Микробиоценоз цервикального канала у пациенток с полипом шейки матки</i>	15
Гулакова Д.М., Ишан-Ходжаева Ф.Р., Махмаджанова М.О., Нарзуллаева З.Р. <i>Особенности ультразвуковой диагностики преждевременной недостаточности яичников у женщин позднего репродуктивного возраста</i>	18
Давлятова Г.К., Каландарова М., Юнусова М.М., Мулкамонова Л.Н. <i>Анализ показаний к операции кесарево сечение (с использованием классификации Б. Робсон) в стационаре III уровня</i>	22
Давлятова З.Д., Камилова М.Я., Гулакова Д.М., Бойматова З.К. <i>Прогнозирование синдрома задержки развития плода в ранние сроки беременности ультразвуковым методом у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом</i>	26
Зурхолова Х.Р., Зарифова П.Г., Садриддинова Г.Н. <i>Роль ультразвукового исследования в диагностике дисплазии тазобедренного сустава</i>	30
Исмоилов К.И., Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А. <i>Степени изменения газовых параметров и кислотно-щелочного равновесия крови у новорожденных детей при цитомегаловирусной инфекции</i>	33
Ишан-Ходжаева Ф.Р., Зоирова Х.К., Назарбекова Ш.А. <i>Роль дефицита витамина Д в развитии акушерских осложнений (обзор литературы)</i>	35
Камилова М.Я., Джонмахмадова П.А. <i>Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы</i>	38
Камилова М.Я., Каландарова М.Х., Бобоев Д.М. <i>Частота и структура показаний кесарева сечения, и показатель перинатальной смертности в стационаре 2-го уровня</i> .	42
Каримова Ф.Н. <i>Паллиативная терапия больных с рецидивирующим раком шейки матки</i>	46
Каримова Ф.Н., Махмудова Х.Х. <i>Значение уровня онкомаркеров в диагностике и мониторинге лечения рака яичника</i>	48
Косимова М.Д., Абдурахманова С.К., Рахматова. Д.М., Солибоева М.А. <i>Внутриутробная инфекция в период пандемии</i>	49
Махмаджанова М.О., Ишан-Ходжаева Ф.Р. <i>Особенности минерализации костной ткани у женщин позднего репродуктивного возраста (35-45 лет) с преждевременной яичниковой недостаточностью</i>	51
Мирзоева А.Б., Камилова М.Я., Амин-заде Н., Мухтоджова Г.А. <i>Дальнейшие шаги в улучшении качества помощи женщинам с акушерскими кровотечениями</i>	55

Музаффаров Ш.С., Зурхолова Х.Р., Саломова Ш.Н., Нурова Р.А., Мирзоева Г.Т. <i>Некоторые параметры неврологического статуса недоношенных новорожденных детей с низкой и очень низкой массы тела, рожденных от матери-носителя ВУИ</i>	58
Муминова Ш.Т., Назарова Дж.А. <i>Значение оценки знаний и навыков персонала в курируемых учреждениях при кураторских визитах</i>	62
Насриддинова Н.Н. <i>Влияние соматической и внутриутробной инфекции на гипербилирубинемия новорожденных</i>	65
Орипова Р.Ш., Алиева Р.Я., Акбарова Г. <i>Результаты изучения гормональной функции плаценты в 3-м триместре у беременных с ожирением в зависимости от массы тела плода</i>	66
Сангинова Ф.Д., Кармышева М.Н., Нарзуллаева З.Р., Бадалова М.Х., Насрединова Б.Х. <i>Эффективность внутриматочной спирали «Мирена» при лейомиоме, у женщин репродуктивного возраста</i>	69
Умарзода С.Г., Ахмедова З.Б., Умарова М.Н. <i>Качество жизни девочек - подростков и женщин репродуктивного возраста, страдающих лимфомой Ходжкина</i>	71
Умарзода С.Г., Ходжиева М.М., Мухамади Н. <i>Ошибки в диагностике и лечении злокачественных новообразований органов репродуктивной системы (знос) в лечебных учреждениях неонкологического профиля Республики Таджикистан</i>	74
Умарова М.Н., Умарова С.Г., Ахмедова З.Б. <i>Результаты лечения злокачественных новообразований яичников у девочек в условиях отделения детской онкологии ГУ «РОНЦ» РТ МЗ СЗН</i>	79
Хакимова Н.Т., Амирова Х.Д., Хушвахтова Э.Х. <i>Фоновые заболевания культи шейки матки у женщин после субтотальной гистерэктомии</i>	81
Ходжаева Н.Н., Исmoilов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А. <i>Применение хелатов в терапии детей НГА</i>	83
Ходжаева Н.Н., Исmoilов К.Н., Бергер И.В., Назарбекова С.Д., Фирузова Ф.Ф. <i>Некоторые аспекты лечения пациентов с железodefицитными анемиями</i>	84
Юсуфбекова У.Ю., Болиева Г.У., Мамедова З.Т., Азимова Д.А. <i>Ациклические маточные кровотечения у женщин позднего репродуктивного возраста, диагностика и лечение</i>	87

*Материалы научно-практической конференции
«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ И
ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ»*

*Посвящается 40 - летию
Научно-исследовательского института
акушерства, гинекологии и перинатологии и
30 – летию Независимости
Республики Таджикистан*

САРСУХАН

**40 - СОЛИ ҶАҲДУ ТАЛОШҶО ДАР ҲИФЗУ БЕҲДОШТИ САЛОМАТИИ
МОДАРОНУ КӢДАКОНИ ТОҶИКИСТОН**

Муассисаи давлатии Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон (минбаъд МД ПАГ ва ПТ) дар соҳаи муҳофизати солимии модар ва кӯдак сармуассисаи Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад. Имсол аз ташкилёбии ин муассисаи бонуфуз 40 сол сипарӣ мегардад. Дар ин муддат МД ПАГ ва П Тоҷикистон ба мушкилиҳои мавҷуда нигоҳ накарда, дар барқароркунӣ ва пешрафти соҳаи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии ҷумҳурӣ нақши асосиро бозида, мавқеи худро дар раванди пешравӣ ва таъсиси бахшҳои акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ дар ҷумҳурӣ баланд бурдааст. Муассисаи мо сармуассисаи тамоми сохторҳои таваллудӣ, гинекологӣ ва неонатологии соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳисоб рафта, дар тамоми қаламрави мамлакат сиёсат ва стратегияи Вазорати тандурустиро оид ба ҳифз ва беҳдошти саломатии модарону кӯдакон татбиқ менамояд ва ба рушди ҳадамоти таваллудӣ, гинекологӣ ва неонатологӣ муваззаф мебошад. Вазифаҳои асосии пажӯҳишгоҳ ин омӯзиш, таҳлил, ташкилу расонидани кӯмаки баландсифати махсусгардонидашудаи тиббӣ ба ҳомиладорон, занони тавлидкунанда ва ба навзодон ва занони гирифтори бемориҳои занона мебошад.

Дар соҳаи илму фаъолияти клиникӣ даҳо нафар олимону кормандони бо таҷрибаи бои амалидошта, дар тамоми қаламрави мамлакат ва берун аз он шуҳратёранд, ки ба эҳтиҷмандон кӯмаки тиббӣ мерасонанд.

Маҳз дар заминаи клиникаи пажӯҳишгоҳ олимони ва табибони ҷавон, ки ояндаи потенциали инсонии соҳаи ҳифз ва беҳдошти саломатии модарону кӯдакон мебошанд, тарбия карда мешавад.

Пажӯҳишгоҳ муассисаи илмӣ – таҳқиқотӣ, ташхисӣ, табобатӣ-профилактикӣ ва таълимӣ буда, фаъолияти он аз ташкил ва гузаронидани таҳқиқотҳои афзалиятноки илмӣ ва (ё) илмию техникӣ ташкилӣ – методӣ, ташхису табобатӣ, машваратӣ оид ба кор карда баромадани проблемаҳои илмӣ – амалии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ ва рушди он иборат мебошад. Таърихи дурахшандаи пажӯҳишгоҳ, рисолати олиии худро ҳамчун сарвати миллии Тоҷикистон муайян кардааст.

Ҳадафи асосии муассиса беҳтар намудани сифати хизматрасонӣ ба модарону навзодон ва паст кардани ғавти модарон дар Ҷумҳурӣ мебошад.

**Директори Муассисаи давлатии Пажӯҳишгоҳи
акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон
Давлатзода Гулҷаҳон Қобил**

**Муассисаи давлатии Пажӯҳишгоҳи акушерӣ,
гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон
40 сола шуд**

Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва педиатрии Тоҷикистон бо қарори Шӯрои Вазирони ҶСС Тоҷикистон таҳти №37 аз 18 феввали соли 1980 ва бо фармони Вазорати тандурустии ҶСС Тоҷикистон таҳти №254 аз 1 апрели соли 1980 созмон дода шуда, ҳамчун сармуассисаи тандурустӣ доир ба масъалаҳои ташкил ва расонидани кӯмаки тиббӣ ба модарону кӯдакон дар тамоми қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳисоб меравад.

Бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти №482 аз 1 октябри соли 2008 он ба Муассисаи давлатии Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон табдил дода шуд.

Дар Пажӯҳишгоҳ ва клиникаи он 5 доктори илмҳои тиб, 42 номзоди илмҳои тиб ва 2 профессор, 12 дотсентҳо ва қору фаъолият карда истодаанд.

Дар соли 2003 дар назди Пажӯҳишгоҳ бо фармони Комиссияи олии аттестасионии Федератсияи Россия Шӯрои диссертатсионӣ доир ба ҳимоя намудани рисолаҳои номзадӣ К737.014.01 аз рӯйи ихтисоси акушерӣ ва гинекологӣ 14.00.01 тасдиқ карда шуд ва то 31 декабри соли 2012 фаъолият намуд. Дар қорчӯбаи фаъолияти ин Шӯрои диссертатсионии Пажӯҳишгоҳ 102 рисолаи номзоди илмҳои тибб дар соҳаи акушерӣ ва гинекологӣ ҳимоя карда шудааст, ки аз ин миқдор 42 рисола бевосита аз тарафи мутахассисони худӣ пажӯҳишгоҳ мебошад. Дар соли 2017 бо фармони Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Шӯрои диссертатсионии БД. КОА-011 аз рӯйи ихтисоси акушерӣ ва гинекологӣ 14.01.01 тасдиқ карда шуда то ҳол фаъолият менамояд. Дар ин муддат 24 нафар мутахассисони ҷумҳурӣ дар ин Шӯро ҳимояи рисолаҳои номзодии худро гузаштанд.

Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ муассисаи пешбар оид ба хизматрасонии тиббӣ ба модар ва кӯдак дар қаламрави мамлакат мебошад. Вазифа ва самтҳои фаъолияти асосии Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ инҳоянд:

1. Омода сохтан ва гузаронидани тадқиқотҳои илмӣ оид ба масъалаҳои мубрами акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ;
2. Омӯзиши омилҳои беморшавии модарон ва тифлон;
3. Омода сохтани заминаи асосии нигоҳдорӣ ва мустаҳкам кардани саломатии модарон ва тифлон;
4. Тайёр кардани барномаҳои миллий, минтақавӣ ва соҳавӣ оид ба пешгирии беморшавии модарон ва тифлон бо дарназардошти омилҳои иҷтимоӣ - иқтисодӣ, тиббӣ-биологӣ ва экологӣ;
5. Гузаронидани чорабиниҳои ташкиливу методӣ дар муассисаҳои тандурустӣ, иштирок дар кумитаҳо ва комиссияҳои ҷамъиятӣ;

6. Иштироки олимони Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ дар гурӯҳҳои корӣ оид ба омода ва мутобиқ сохтани санадҳои меъёрӣ-ҳуқуқӣ, тавсияҳои методӣ, модулҳои омӯзишии аз тарафи ТУТ тавсияшуда (Фармони Вазири Тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 апрели соли 2004 №115).

Мутахассисони пешбари пажӯҳишгоҳ мутобиқи фармонҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба масъалаҳои паст кардани ғавти модарон ва тифлон амал карда, ба ноҳияҳои дурдасти мамлакат сафарбар мешаванд ва ёриҳои тиббӣ машваратӣ мерасонанд. Бо мақсади тайёр намудан ва такмил додани кормандон барои корҳои илмӣ-тадқиқотӣ, таълимӣ ва корҳои амалӣ дар соҳаи акушерӣ, гинекология ва перинатология ба тариқи тайёрии нақшавии кормандон ба аспирантура, ординатура ва унвонҷӯӣ дар назди МД ПАГ ва ПТ интернатура, ординатураи клиникӣ ва аспирантура ғаволият мекунад.

Дар назди пажӯҳишгоҳ Шӯрои олимони, Шӯрои таҳхисӣ байнисоҳавии оид ба момопизишкӣ ва бемориҳои занона ва Шӯрои олимону мутахассисони ҷавон ғаволият доранд, ки дар корҳои илмӣ-амалии пажӯҳишгоҳ иштирок менамоянд. Аз тарафи кормандони пажӯҳишгоҳ зиёда аз 70 рисолаи номзадӣ ва 7 рисолаи докторӣ ҳимоя шудааст.

Барои дастгирии синамакони дар соли 2007 дар пажӯҳишгоҳ ресертификатсия гузаронида шуд ва дар натиҷа унвони «Беморхонаи муносибати хайрхоҳона нисбати навзодон»-ро ноил гардид.

Дар ин давра Пажӯҳишгоҳ 6 анҷумани акушер – гинекологҳо ва вобаста ба тадқиқотҳои анҷомёфта дар солҳои охир 6 конфронси илмӣ-амалӣ гузаронида шуда, мақоллаҳои он дар маҷмааҳо: «Проблемаҳо ва дастовардҳои нави акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ», «Таваҷҷӯҳ ба таҳхис ва табобати акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ», «Нигоҳубини саломатии репродуктивии занони Ҷумҳурии Тоҷикистон» ҷоп шудаанд.

Аз рӯи натиҷаи тадқиқотҳои дар пажӯҳишгоҳ гузаронидашуда МД ПАГ ва ПТ ҳар сол ду конфронси илмӣ-амалӣ, конфронси олимони ҷавон ва конфронси илмӣ бо иштироки олимони байналмилалӣ ва бо наشري корҳои илмӣ гузаронида мешавад. Дар соли сипаригашта конфронси олимони ҷавон дар мавзӯи «Солимии репродуктивӣ - гарави солимии оила» бо иштироки меҳмонони хориҷӣ ва ҳамчунин конфронс дар мавзӯи «Масъалаҳои муҳраи системаи солимии репродуктивӣ» баргузор карда шуд. Мутобиқи барномаи «Модари солим ва тифли солим» кормандони МД ПАГ ва ПТ бо духтурони акушер-гинеколог ва неонатологҳо мунтазам семинарҳои омӯзишӣ баргузор мегарданд. Омода ва наشر кардани корҳои илмӣ, тавсияҳои методӣ, мактубҳои иттилоотӣ, бюллетенҳо, дастурҳо, гирифтани шаҳодатномаи муаллифӣ ва татбиқи онҳо дар сатҳи гуногун низ яке аз ҷанбаҳои ғаволияти муассиса мебошад. Имрӯз дар пажӯҳишгоҳ 153 нафар кормандони тиб қору ғаволият менамоянд. Клиникаи пажӯҳишгоҳ бошад дорои 218 кат аст. Ҳар сол дар пажӯҳишгоҳ зиёда аз 10 ҳазор занон

таваллуд мекунанд, ки аз онҳо 60% дорои аворизҳои гуногунӣ валодат мебошанд ва қариб 1 ҳазору 500 нафарашон ба тарзи ҷарроҳӣ, яъне бо буриши қайсарӣ тифл ба дунё меоранд.

Соли 1971 доктори илмҳои тиб, профессор С.Ҳ. Ҳакимова роҳбарии лабораторияи проблемавии «Патологияи занон, нуқсонҳои модарзодӣ ва ирсии кӯдакон»-ро дар бинои таваллудхонаи №1 ба ӯҳда гирифта, дар заминаи ин лабораторияи пажӯҳишгоҳро таъсис медиҳад ва он тадриҷан ба тарбиятгоҳи кадрҳои милли таъдиль мегардад.



Ҳакимова Саъдинисо Ҳафизовна – асосгузор ва роҳбари аввалини Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Аълоҷии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, аввалин зани тоҷик, доктори илмҳои тибб, профессор, аввалин ва ягона узви вобастаи Академияи илмҳои тибби Федератсияи Россия аз Тоҷикистон, дорандаи ордени Ленин, ордени «Дӯстии халқҳо» ва «Нишони фахрӣ» мебошад. Ҳакимова Саъдинисо Ҳафизовна 20 декабри соли 1924 дар шаҳри Конибодом, дар оилаи хизматчӣ ба дунё омадааст.

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Синоро соли 1945 бо дипломи аъло хатм намуда, аз соли 1946 фаъолияти илмиашро оғоз кардааст. Доштани хусусиятҳои олии инсонӣ ва шавқу рағбати калон нисбат ба касби худ буд, ки ӯ соли 1950 аспирантураи кафедраи акушерӣ ва гинекологии назди Академияи илмҳои тибби собиқ Иттиҳоди Шуравиро дар шаҳри Москва ро хатм намуда, рисолаи номзадиашро Ҳимоя кардааст. Соли 1957 рисолаи докториашро дар мавзӯи «Баъзе хусусиятҳои танзими нейрогормоналии кашишхӯрии бачадон дар меъёр ва авориз» бомуваффақият Ҳимоя намудааст. Баъдан, аз соли 1958 то соли 1980 дар вазифаҳои мудирӣ кафедраи акушерӣ ва гинекологии Донишқадаи тиббии ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва инчунин ба ҳайси сармутахассиси Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон кор ва фаъолият кардааст. Саъдинисо Ҳакимова аз соли 1971 Таҳлилгоҳи проблемавии аворизи занона, нуқсонҳои ирсӣ ва модарзодиро сарварӣ дошт. Аз соли 1980 бо кӯшишу ғайрати устод дар заминаи ин таҳлилгоҳ Пажӯҳишгоҳи ҳифзи модару кӯдак кори худро оғоз намуд. Ӯ то соли 1993 роҳбарии ин муассисаро ба ӯҳда дошт.

Фаъолияти бовусъату ҳислатҳои ҳамидааш номи ӯро дар арсаи ҷаҳонӣ машҳур ва маъруф гардонид.

Саъдинисо Ҳакимова олими барҷаста, устоди меҳрубон ва шахси поксирӣшт буда, таҳти роҳбарии ӯ 11 нафар доктори илми тибб, 31 нафар номзади илми тибб ва чандин духтурони дараҷаи олӣ ба воя расидаанд. Ӯ тамоми ҳаёт ва фаъолияти худро ба пешрафти илми тиб ва беҳдошти солимии занону модарон ва навзодони онҳо бахшидааст.

Аз соли 1993 то соли 2008 роҳбарии Пажӯҳишгоҳро номзади илмҳои тибб, профессор



Нарзуллоева Евгения Негматовна сарварӣ кардааст. Нарзуллоева Е. Н. фаъолияти худро аз иҷрои вазифаи ассистенти кафедраи акушерӣ-гинекологии №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон оғоз намудааст. Профессор Нарзуллоева Е. Н. тамоми фаъолияти илмӣ худро ба таҳқиқи мавзӯҳои модаршавӣи беҳавф дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, масъалаҳои ҷарроҳии лапараскопӣ, ташхису табобати ғадуди сипаршакл дар занҳои репродуктивӣ бахшидааст. Дар солҳои

вазнини давраи аввали соҳибистиклол ғаштани давлати Тоҷикистон вазифаи директори пажӯҳишгоҳро ба ӯҳда дошт. Профессор Нарзуллоева Е. Н. дар он солҳои душвор натавонист сохтори пажӯҳишгоҳ, балки фаъолияти пурраи онро нигоҳ дошта тавонист. Ӯ ҳамчун олим ва устод ҳамеша ба тайёр кардани мутахассисони ҷавону болаёқат кӯшиш кардааст. Бо кӯшиши зиёди профессор Нарзуллоева Е.Н. дар ПАГ ва П Ҷумҳурии Тоҷикистон барои Ҷимояи рисолаи номзадӣ, ки аз ҷониби комиссияи олии аттестатсионии Федератсияи Россия тасдиқ карда шудааст, шӯрои диссертатсионӣ таъсис дода шуд. Ин олим пуркор зиёда аз 100 мақола, 4 монография, 7 пешниҳоди методӣ ба нашр расонидааст. Таҳти роҳбарии ӯ 13 рисолаи номзадӣ Ҷимоя шудааст. Хизматҳои содиқонаи Нарзуллоева Е. Н.-ро ба назар гирифта, ӯ бо як қатор мукофотҳои давлатӣ ва соҳавӣ ордену медалҳо, аз ҷумла, унвони «Духтури хизматнишондодаи Ҷумҳурии Тоҷикистон», нишони «Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», медали «1025-солагии Абӯалӣ ибни Сино» мукофотонида шудааст.



Аз соли 2008 то соли 2009 роҳбарии ин муассисаро доктори илмҳои тибб, профессор **Курбанова Муборак Ҳасановна** ба ӯҳда дошт.

Таҳти роҳбарии д.и.т., профессор Курбанова М.Ҳ., конференси илмӣ байналмилалӣ бахшида ба «Технологияи муосир дар соҳаи акушерӣ ва гинекология» гузаронида шуда, инчунин дар давраи

роҳбарии худ оиди пешрафт ва истифодаи усулҳои навини тибб дар табобат ва пешгирии бемориҳои занон қорҳои зиёде анҷом дода шуд. Қорҳои илмӣ ӯ мавзӯи «Ҳалли масъалаҳои контрацептивӣ дар занҳои дорои бемориҳои экстрагениталӣ, ташхис ва табобати бемориҳои занона дар духтарон ва наврасон, инчунин, табобати ҷараёни гиперпластикӣ дар занҳои синну соли пре- ва постменопаузалий»-ро дар бар мегирад.

Теъдоди умумии қорҳои илмӣ ҷопшудааш зиёда аз 300 адад буда, нашрияҳои илмӣ, мақолаҳо ва дастурамалҳои методӣ таълимиро ташкил медиҳад. 16 номзади илми тибб ва 1-доктори илми тибб тайёр кардааст. Бо мукофоти соҳавӣ «Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва мукофоти давлатӣ медали «Хизмати шоиста» қадр карда шудааст.



Аз соли 2009 то соли 2013 роҳбарии пажӯҳишгоҳро номзади илмҳои тибб, дотсент **Қурбонов Шамсиддин Мирзоевич** ба ўҳда дошт. Таҳти роҳбарии Қурбонов Ш. М. давраи нави тараққиёти пажӯҳишгоҳ оғоз шуда, зершӯъбаи нав, шӯъбаи амрози духтарон, эндовидеочарроҳӣ ва ёрии махсуси акушерӣ таъсис дода шуд. Ғайр аз ин, аз соли 2009 кори стансияи ёрии таъҷилии акушерӣ бо мошини ёрии таъҷилӣ ва гурӯҳи шабонарӯзӣ барқарор карда шуд. Кори илмиаш мавзӯи ҳалли масъалаҳои роҳбарӣ ва ташкилиро дар бар мегирад.

Оид ба хизматрасонӣ дар соҳаи солимии репродуктивӣ ва танзими оила, оиди тартиб додани идораи босамари барномаи модаршавии беҳавф дар Ҷумҳурии Тоҷикистон корҳои зиёдеро анҷом додааст. Муаллифи зиёда аз 170 интишорот мебошад. Таҳти роҳбарии Қурбонов Ш. М. дар ПАГ ва ПТ

3 нафар аспиранти рӯзона ба таҳқиқоти илмӣ машғуланд.



Ҳақназарова Матлуба Абдумачидовна доктори илмҳои тибб, дотсент аз моҳи феввали соли 2013 то 2016 роҳбарии пажӯҳишгоҳро ба ўҳда дошт.

Соли 2011 рисолаи доктории худро дар мавзӯи «Солимии репродуктивии занҳо ва бемориҳои ба воситаи алоқаи ҷинсӣ гузаранда» Ҳимоя кардааст. Муаллифи зиёда аз 120 нашрияҳои илмӣ, мақолаҳо ва дастурамалҳои методӣ таълимӣ мебошад. Таҳти роҳбарии ӯ барномаи компютеркунонии пажӯҳишгоҳ гузаронида шуд. Инчунин шӯъбаи эндовидеочарроҳӣ аз нав барқарор карда шуда, фаъолияти худро оғоз намуд. Дар заминаи созандагӣ ва навоарӣ озмоишгоҳи генетикӣ ба кор омода шуд.



Давлатзода Гулҷаҳон Қобил – директори ПАГ ва ПТ, номзади илмҳои тибб, дотсент.

Давлатзода Гулҷаҳон Қобил – номзади илмҳои тиб, дотсент, аз моҳи январ соли 2016 ба ҳайси директори Муассисаи давлатии Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон адои вазифа менамояд. Давлатзода Гулҷаҳон Қобил рисолаи илмӣ худро дар мавзӯи «Истифодаи донори оксиди азот дар табобати вайроншавии гардиши хуни бачадон-ҳамроҳак» соли 2007 Ҳимоя намудааст. Ӯ муаллифи беш аз 40 мақола, пешниҳоди методӣ ва тавсияҳои илмӣ мебошад. Зимни фаъолияти роҳбарӣ дар Пажӯҳишгоҳ корҳои ободиву созандагӣ дар бахши акушерӣ-гинекологӣ, инчунин пешрафти илму технологияи муосир дар сатҳи зарурӣ мавқеъ гирифт. Аз ҷумла, дар ин муддат таъсис додани бахши нави илмӣ гинекологияи эндокринологӣ ва репродуктивӣ, созмон додани Шӯрои ташҳисии байнисохторӣ дар соҳаи момопизишкӣ

ва бемориҳои занона, гузаронидани Анҷумани VI акушер-гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, гузаштани аккредитатсияи илмӣ ва таълимӣ, ҳамзамон ба даст овардани “Шаҳодатномаи аккредитатсияи давлатии муассисаи илмӣ” ва “Иҷозатнома оиди пешбурди фаъолияти таълимӣ дар соҳаи таҳсилоти тиббию фармасевтӣ”, бастанӣ Шартномаҳои илмӣ бо муассисаи илмӣ-тадқиқотии акушерӣ-гинекологии ба номи Оттои шаҳри Санкт-Петербурги ФР, муассисаҳои илмӣ-тадқиқотии акушерӣ-гинекологии ҷумҳуриҳои Қазоқистон ва Қирғизистон, басо назаррас буд. Маҳз бо ҷаҳду талошҳои ӯ дар заминаи Пажӯҳишгоҳ Шӯрои диссертатсионӣ аз нав барқарор карда шуд. Дар Шабакаи интернет “Сомонаи пажӯҳишгоҳ” ҷойгаҳи худро ёфта, маҷаллаи “Модар ва кӯдак” фаъолиятро аз нав оғоз намуд.

Ба тайёр намудани кадрҳои баландихтисоси ҷавон таваҷҷӯҳи хоса дода шуд, ки дар натиҷа 2 нафар сазовори ҷоизаи “Олими ҷавони сол” гардиданд.

Дар баробари кори роҳбарӣ Давлатзода Г.Қ. бо фаъолияти илмӣ машғул буда, дар арафаи Ҳимояи кори докторӣ қарор дорад. Ӯ дар ҳаёти ҷамъиятию сиёсии кишвар ва конференсияҳои илмӣ амалии соҳаи тандурустӣ фаъолона иштирок намуда, узви раёсати кумитаи иҷроияи ҲХДТ дар ноҳияи Исмоили Сомонӣ, раиси ташкилоти ибтидоии хизбии “Ҳаёт” ва вакили Маҷлиси вакилони халқи ноҳияи Исмоили Сомонӣ шаҳри Душанбе мебошад.

УДК Q80.0

ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Авезов С.С.

Кафедра детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» Таджикистан

Ранняя диагностика, своевременное лечение способствуют благоприятному течению, а также помогают избежать клинической манифестации инфекционно-воспалительного процесса.

Цель исследования. Изучить частоту и клинические особенности врожденного ихтиоза.

Материал и методы. Нами были изучены и клинически обследованы два случая врожденного ихтиоза за 2019 год в родильном отделении КЗ «Истиклол».

Результаты исследования. Клиническое наблюдение. Ребенок от второй беременности у женщины 20 лет, по беременности не наблюдалась, не обследована. Роды на 38-39-й неделе; маловодие, послед с петрификатами темного цвета. Родился мальчик с массой тела 2540 г, длиной 47 см., оценка по шкале Апгар на 1-5 минуте жизни 6/7 баллов, состояние средней тяжести. С рождения отмечались признаки врожденного ихтиоза: кожа гиперемирована, отечна, покрыта плотной блестящей пленкой с глубокими трещинами. Лицо маскообразное, ушные раковины деформированы. Слизистые век и губ вывернуты (эктропион, эклабиум). При бактериологическом исследовании отделяемого с кожных покровов (материал взят через 7 ч с момента поступления) выделен *St.aureus*. Уровень церебральной и двигательной активности повышен, крик болезненный, усиливающийся при

движении, тремор конечностей. При поступлении в реанимационное отделение состояние по совокупности данных было тяжелым. Отмечались выраженные изменения кожных покровов – диффузная инфильтрация, резко выраженная отечность и гиперемия тканей, особенно пальцев кистей и стоп, отеки плотные. С первых суток жизни ребенку была начата терапия глюкокортикоидами: антибактериальная и иммунно-заместительная терапия. Местная терапия включала регулярную обработку кожного покрова и складок препаратами декспантенола и гигиенические ванны. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика. Ребенок был выписан домой на второй неделе жизни.

Выводы. Основной задачей неонатологов является нормализация состояния кожи, предупреждение дыхательных расстройств и присоединения вторичной инфекции. Ранняя диагностика, своевременное лечение способствуют благоприятному течению, а также помогают избежать клинической манифестации инфекционно - воспалительного процесса.

CONGENITAL ICTHYOSIS, CLINIC AND DIAGNOSIS

Avezov S.S.

Department of Childhood Diseases named Abuali ibn Sino

Early diagnosis and timely treatment contribute to a favorable course and also helps to avoid the clinical manifestation of an infectious inflammatory process.

ИХТИОЗИ МОДАРЗОДӢ. КЛИНИКА. ТАШХИС.

Авезов С.С.

Кафедраи бемориҳои кудакони №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

Ташхиси барвақт, таъобати саривақтӣ ба ҷараёни мусоид мусоидат мекунад, инчунин зухуроти клиникии сироятӣ ва илтиҳобиро пешгирӣ менамояд.

УДК Q 74.3

АРТРОГРИПОЗ У ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Алишера Н.А.

Кафедра детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Качество жизни и прогноз ребенка с врожденным артрогрипозом во многом зависят от адекватности ортопедической помощи, многоэтапных операций и многолетней реабилитации и необходимости генетической консультации.

Цель исследования. Актуализировать сведения об артрогрипозе, описать клинический случай этого редкого заболевания.

Материал и методы. Нами были выявлены 5 случаев очень редкого врожденного заболевания артрогрипоза у детей на базе КЗ «Истиклол» с 2017 по 2019 годы. Распространенность артрогрипоза варьирует от 1/12 000 до 1/3000 живорожденных детей. В целях пренатальной диагностики проводились ультразвуковое исследование: в первом триместре беременности и только в 2 случая были выявлены утолщения воротникового пространства и у плода после 16-й недели определили контрактуру суставов нижних конечностей и в 2 случая никакой патологии выявлено не было.

Результаты. Клинические формы артрогрипоза: генерализованный артрогрипоз, заболевание с поражением нижних конечностей, с поражением верхних конечностей и дистальный артрогрипоз встретился всего 1 случай из 5. Дети с поражением верхних конечностей встретились в 2 случаях. И 2 детей с поражением нижних конечностей. Оценку

клинических форм заболевания проводили по степени распространенности, характеру и выраженности контрактур, степени поражения мышц. Дистальный артрогрипоз характеризуется врожденными контрактурами и деформациями кистей и стоп, лицевыми аномалиями, тип наследования — аутосомно-доминантный. Для генерализованного артрогрипоза характерны мышечная гипотония или атония, поражение плечевых, локтевых, лучезапястных, тазобедренных, коленных суставов, деформация кистей и стоп, лицевого скелета; встречаются сочеталась с деформацией позвоночника. Лечение симптоматическое, многолетнее. Больные нуждаются в ортопедической и реабилитационной терапии. При генерализованном варианте прогноз неблагоприятный.

Заключение. Качество жизни и прогноз ребенка с врожденным артрогрипозом во многом зависят от адекватности ортопедической помощи, многоэтапных операций и многолетней реабилитации и необходимости генетической консультации.

ARTHROGRYPOSIS IN CHILDREN, CLINICAL CASES AND LONG-TERM CONSEQUENCES

Alisherova N.A.

Department of Children's Disease №1 named Abuali ibn Sino

The quality of life and prognosis of a child with congenital arthrogryposis largely depends on the adequacy of orthopedic care for many-stage operations and long-term rehabilitation and the need for genetic counseling.

АРТРОГРИППОЗ ДАР КУДАКОН, ХОЛАТИ КЛИНИКӢ ВА ОҚИБАТӢ ДУРДАСТ

Алишера Н.А.

Кафедраи бемориҳои кудакони №1-и ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Сифати зиндаги ва пешгуи кудакони гирифтори артрогрипоз аз бисёр ҷиҳат аз кумаки ортопедӣ, амалиётҳои марҳилавӣ, барқарорсозии дарозмуддат ва машварати генетикӣ вобаста аст

УДК 618.14-006(075.8)

МИКРОБИОЦЕНОЗ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОК С ПОЛИПОМ ШЕЙКИ МАТКИ**Болиева Г.У., Кармишева М.Н., Мамедова З.Т., Юсуфбекова У.Ю.***ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Исследования указали, что фоном для развития полипов шейки матки более чем в 50%, случаев является воспалительный процесс, старые разрывы и эктопия шейки матки, сопровождающиеся гипертрофическими изменениями.

Ключевые слова: микробиocenoz, цервикальный канал, полип шейки матки.

Актуальность исследования. Воспалительный процесс лежит в основе практически всех заболеваний шейки матки, поэтому важным звеном углубленного обследования является установление причины воспаления [1,3,5]. При сочетании ненормальных кольпоскопических образований, смешанных образований, неудовлетворительной кольпоскопии, нормальных кольпоскопических образований со II типом цитологического мазка (изменение морфологии клеток, обусловленное воспалением) и с III типом цитологического мазка (единичные клетки с аномалией ядер и цитоплазмы) проводится исследование на ИППП, бакпосев влагалищного содержимого с определением чувствительности к антибактериальным препаратам с последующим этиотропным лечением [3,6, 7].

Диагностика экзо- и эндоцервицита с верификацией инфекционного агента, чаще при наличии эктопии, очень важна, так как в этом случае нередко, особенно при вирусной и хламидийной инфекции, возникают предраковые процессы и рак. Это связано с тем, что хронический воспалительный процесс шейки матки влияет на процессы метаплазии при эктопиях (пролиферация и дифференцировка резервных клеток) и в ряде случаев может привести к развитию дисплазии и гиперпластических процессов шейки матки [1,2,4].

Целью исследования явилось изучение микробиocenоза цервикального канала и влияния урогенитальной инфекции в формировании полипов шейки матки.

Методы исследования. Проведено клиничко-лабораторное обследование 146 женщин активного, позднего и перименопаузального возрастов с полипами шейки матки - основная группа, проходивших курс амбулаторного и стационарного обследования

и лечения в гинекологическом отделении и консультативно-диагностической поликлинике ТНИИ АГиП МЗ РТ. Контрольная группа практически здоровые женщины- n=80.

Возраст исследуемых женщин составил 21-60 лет. При этом средний возраст в группе активного репродуктивного возраста (n=29) составил $30,7 \pm 0,8$; в позднем репродуктивном возрасте (n=61) – $41,7 \pm 2,8$ и перименопаузальном возрасте (n=56) – $49,0 \pm 0,3$. Причем большинство пациенток ($41,8 \pm 4,1$) были в возрасте 36-45 лет, в возрасте 46-50 лет – 45 ($30,8 \pm 3,8\%$). Использовался иммуноферментный и микроскопический анализ для обнаружения цитоплазматических включений в эпителиальных клетках, взятых при соскобе из цервикального канала и уретры. Материал окрашивали по методу Романовского-Гимзы.

Результаты бактериологического исследования установили, что у большинства (83 – $56,8 \pm 4,1\%$) пациенток имела место III-IV степень чистоты мазков влагалищного содержимого, тогда как у женщин контрольной группы в 95% случаев установлена I-II степень чистоты мазка. При анализе бактериоскопического исследования установлено, что наиболее часто встречаемой флорой является ЦМВ – у 100 больных ($68,5 \pm 3,8\%$), на втором месте ВПГ – у 88 ($60,3 \pm 4,0\%$), уреоплазма – у 79 ($54,1 \pm 4,1\%$), трихомонада – у 67 ($45,9 \pm 4,1\%$), микоплазмоз – у 59 ($40,4 \pm 4,1\%$), хламидиоз – у 17 ($11,6 \pm 2,6\%$). Только у 17 ($11,6 \pm 2,6\%$) пациенток обнаружена моноинфекция (ВПГ – 12 и ЦМВ – 5). В подавляющем большинстве (129 – $88,4 \pm 2,6\%$) случаев выявлено сочетание двух и более инфекций. Исследования установили, что в контрольной группе ВПГ выявлен у 5 пациенток ($6,3\%$), а сочетание ВПГ с ЦМВ – у 6 ($7,5\%$).

При бактериологическом исследовании пациенток основных групп выявлены различные виды микроорганизмов: *Candida albicans* – у 35 (44,9±5,6%), *Stafylococcus haemolyticus* – у 29 (37,2±5,5%), с одинаковой частотой встречались *Stafylococcus epidermidis* и *Stafylococcus saprophyticus* – у 26 (33,3±5,3%), *Escherichia Coli* – у 21 (26,9±5,0%), *Stafylococcus aureus* – у 12 (15,4±4,1%) и *Corynebacterium* – у 8 (10,2±3,4%).

При анализе результатов исследования ИППП установлено сочетание двух инфекций в 20 (13,7±2,8%) случаях, трех инфекций – у 30 (20,5±3,0%) пациенток, четырех инфекций – у 49 (33,6±3,9%) и сочетание пяти и более инфекций у 14 (9,6±2,4%) пациенток с полипом шейки матки. Данные распространенности и сочетания ИППП представлены в таблице 1.

Сочетание возбудителей ИППП в цервикальном канале у пациенток основной группы с ПШМ

Таблица №1

Характер сочетания возбудителей ИППП	I группа (n=29)		II группа (n=61)		III группа (n=56)		Всего (n=146)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ЦМВ			1	1,6±1,6	4	7,1±3,4	5	3,4±1,5
ВПГ	1	3,4±3,4	1	1,6±1,6	10	17,8±5,1	12	8,2±2,3
ЦМВ+ВПГ	1	3,4±3,4	7	11,5±4,1	12	21,4±5,4	20	13,7±2,8
ЦМВ+ВПГ+ХЛ	2	6,9±4,7	3	4,9±2,8	1	1,8±1,8	6	4,1±1,6
ЦМВ+УР+МК	2	6,9±4,7	3	4,9±2,8	3	5,3±3,0	8	5,5±1,9
ЦМВ+УР+МК+ГАРД	1	3,4±3,4	2	3,3±2,3	1	1,8±1,8	4	2,7±1,3
ВПГ+УР+МК+ГАРД			2	3,3±2,3	1	1,8±1,8	3	2,1±1,2
ЦМВ+ВПГ+УР+ГАРД+ТР	2	6,9±4,7	9	14,7±4,5	3	5,3±3,0	14	9,6±2,4
ЦМВ+ВПГ+МК+ТР	2	6,9±4,7	3	4,9±2,8	6	10,7±4,1	11	7,5±2,2
ЦМВ+УР+МК+ТР	2	6,9±4,7	7	11,5±4,1	7	12,5±4,4	16	10,9±2,6
УР+МК+ТР	3	10,3±5,6	7	11,5±4,1	2	3,6±2,5	12	8,2±2,3
ЦМВ+ВПГ+СА	4	13,8±6,4	2	3,3±2,3	3	5,3±3,0	9	6,2±1,9
ЦМВ+ВПГ+УР+МК	2	6,9±4,7	3	4,9±2,8	2	3,6±2,5	7	4,8±1,8
ЦМВ+ВПГ+УР	1	3,4±3,4	1	1,6±1,6	2	3,6±2,5	4	2,7±1,3
ЦМВ+УР+ГАРД+ТР	3	10,3±5,6	5	8,2±3,5			8	5,5±1,9
ХЛ+МК+ТР	2	6,9±4,7	3	4,9±2,8			5	3,4±1,5
ЦМВ+ВПГ+ХЛ+УР+ТР	1	3,4±3,4	2	3,3±2,3			3	2,1±1,2

Воспалительные процессы влагалища имели место у каждой 2-й женщины перименопаузального и позднего репродуктивного возраста и у более половины пациенток активного репродуктивного возраста. Цервициты одинаково часто встречались в I и II группах (31,1±8,6% и 32,8±6,0% соответственно), а у женщин III группы в 1,5 раза чаще, чем у предыдущих групп (46,4±6,7%). Установлена высокая частота сочетания полипа шейки матки с гипертрофическими удлинениями шейки матки: у

каждой 2-й во II и III группах и в 37,9% случаев в I группе. Также установлена частота полипа шейки матки на фоне старого разрыва шейки матки: у каждой 4-й в I группе, у каждой 5-й во II группе и каждой 3-й в III группе. Выявлено сочетание полипа шейки матки с лейкоплакией у каждой 10-й женщины в I и III группах. Данные представлены в таблице 2.

Сочетание полипа шейки матки с другими патологическими состояниями шейки матки

Таблица №2

Патологические процессы	I группа (n=29)		II группа (n=61)		III группа (n=56)		Всего (n=146)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Эктопия	23	79,3±7,5*	38	62,3±6,2	23	41,1±6,6*	84	57,5±4,1
Цервицит	9	31,0±8,6	20	32,8±6,0	26	46,4±6,7	55	37,7±4,0
Гипертрофическое удлинение шейки матки	11	37,9±9,0	30	49,2±6,4	29	51,8±6,8	70	47,9±4,1
Старый разрыв	7	24,1±7,9	14	22,9±5,4	17	30,3±6,1	38	26,0±3,6
Кольпиты	20	68,9±8,6	34	55,7±6,3	29	51,8±6,7	83	56,8±4,1
Наботовы кисты	3	10,3±5,6	6	9,8±3,8	6	10,7±4,1	15	10,3±2,5
Лейкоплакия	3	10,3±5,6	4	6,5±3,2	6	10,7±4,1	13	8,9±2,5

* – $p < 0,001$

Таким образом, при анализе результатов исследования на ИППП установлено, что у подавляющего большинства (88,4%) пациенток с полипом шейки матки имеет место сочетание инфекций (паразитарных, бактериальных и вирусных). При этом сочетание трех инфекций выявлено у каждой 3-й (49 – 33,6%) больной. Следует отметить, что лишь у 17 (11,6%) пациенток диагностирована моноинфекция. При изучении микробиологического спектра получены данные, свидетельствующие о высокой инфицированности цервикального канала при полипах шейки матки с преобладанием паразитарной микрофлоры (67 – 45,9±4,1%). Исследования указали, что фоном для развития полипов шейки матки более чем в 50%, случаев является воспалительный процесс, старые разрывы и эктопия шейки матки, сопровождающиеся гипертрофическими изменениями.

Список литературы

1. Бабкина Н. А. Экспрессия протеина p16INK4a при эпителиальной дисплазии шейки матки. *Аллергология и иммунология*. 2009; 10(1).

2. Гаспарян М.Г., Арутюнян А.Г. Нарушения синтеза ИФН γ при диспластических изменениях шейки матки. *Аллергология и иммунология*. 2014; 10(1).

3. Прилепская В.Н. *Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Клинические лекции* (под ред.). 4-е изд. М: МЕДпресс-информ, 2015. 309 с.

4. 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): 1046-48.

5. Behbahani H., Walther-Jallow L., Klareskog E. Proinflammatory and type 1 cytokine expression in cervical mucosa during HIV-1 and human papillomavirus infection. *J. Acquir Immune Defic Syndr.* 2017; 45(1): 9-19.

6. Bekkers R., Meijer C., Massuger L. Effects of HPV detection in population-based screening programmes for cervical cancer; a Dutch moment. *Gynecol Oncol.* 2006; 100 (45): 1-4.

MICROBIOCINOSIS OF THE CERVICAL CANAL IN PATIENTS WITH CERVICAL POLYP

Bolieva G.U., Karmisheva M.N., Mamedova Z.T., Usufbekova U.U.

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 survey: was the study of microbiocinosis of the cervical canal of the influence of urogenital infection in the formation of cervical polyps. Materials and methods: a clinical and laboratory examination of 146 women of active, late and changeopausal ages with cervical polyps was carried out. The age of the studied women was 21-46 years. Used enzyme immunoassay and microscopic analysis to detect cytoplasmic inclusions in epithelial cells taken from the cervical canal and urethra during scraping. The material was stained according to the Romanovsky-Giemsa method. Results: when analyzing the results of STI testing, it was found that the vast majority (88.4%) of patients with cervical polyp have a combination of infections (parasitic, bacteria and viral). A combination of three infections was detected in every third (49-33.6%) patient. It should be noted that only 17 (11.6%) patients

were diagnosed with monoinfection . When studying the microbiological spectrum, data were obtained indicating a high infection of the cervical canal with polyps of the cervix uteri with a predominance of parasitic microflora

Key words: microbiocenosis, cervical canal, cervical polyp.

**МИКРОБИОСЕНОЗИ МАЧРАИ СЕРВИКАЛИ ДАР БЕМОРОНИ
ДОРОИ ПОЛИПИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН**

Болиева Г.У., Кармишева М.Н., Мамедова З.Т., Юсуфбекова У.Ю.

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Ҳамин тариқ, натиҷаи тадқиқоти гузаронда дар беморони дорои полипи гарданаки бачадон нишон дод, ки дар аксарияти ҳолатҳо (зиёда аз 50%) сабаби пайдошавии беморӣ ин сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда, чараёни илтиҳоби, даридани кухнаи гарданаки бачадон, эктопия ва осебияти маҷраи сервикали мебошад. Дар миёни ангезандаҳои сирояти бактерияҳо, паразитҳо ва вирусҳо дар 129 (88,4%) бемор ёфт шуданд, ки сабаби ба вучудории чараёни илтиҳоби дар гарданаки бачадон мебошад ва минбаъд ба пайдоиши чараёнҳои гиперпластикӣ мусоидат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: микробиосеноз, маҷраи сервикалӣ, полипи гарданаки бачадон.

УДК 618.179+512.621

**ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Гулакова Д.М., Ишан-Ходжаева Ф.Р., Махмаджанова М.О., Нарзуллаева З.Р.

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

В статье представлены результаты анализа ультразвуковых признаков яичниковой недостаточности у женщин позднего репродуктивного возраста. Полученные данные показывают преждевременное снижение работоспособности яичников у женщин репродуктивного возраста. Сочетание малого количества антральных фолликулов при уменьшенном объеме яичников и размеров матки может расцениваться как критерий диагностики преждевременной яичниковой недостаточности.

Ключевые слова: преждевременная яичниковая недостаточность, размеры матки, объем яичника, гормоны, репродуктивный возраст.

Актуальность. Синдром преждевременной недостаточности яичников представляет собой патологическое состояние, характеризующееся преждевременным снижением работоспособности яичников, при котором снижается выработка овариальных гормонов и созревание яйцеклетки в возрасте до 40 лет и оказывает влияние на здоровье организма в целом. (Э.К. Айламазян и соавт, 2014; Марченко и соавт. 2019).

Достаточно высокая частота синдрома преждевременной недостаточности яичников у женщин репродуктивного возраста создает серьезные

проблемы в развитых странах, в которых распространена поздняя реализация репродуктивной функции. Женщины, планирующие беременность и роды в позднем репродуктивном возрасте, зачастую сталкиваются с препятствиями наступления беременности. Одной из проблем в этих случаях является синдром преждевременной недостаточности яичников, клиническая значимость которого определяется гинекологическими и репродуктологическими проблемами. (L. Webber, et al., 2016).

Учитывая вышеизложенное, важное значение приобретает своевременная диагностика ПНЯ, которая способствует своевременной коррекции данной патологии. Одним из наиболее значимых методов диагностики ПНЯ является ультразвуковое исследование.

Цель настоящего исследования – оценить возможности ультразвукового исследования в своевременной диагностике преждевременной недостаточности яичников.

Материал и методы исследования. Обследованы 50 женщин в возрасте от 35 до 45 лет, среди которых 30 – здоровые (контрольная группа) и 20 с клиническими признаками преждевременной недостаточности яичников (основная группа). Критериями включения в основную группу явились наличие следующих клинических признаков: отсутствие возможности забеременеть без использования контрацептивных средств, нарушения менструального цикла или аменорея.

Всем женщинам проведено клиническое исследование, включающее тщательный сбор анамнеза, выяснение жалоб и общий осмотр.

УЗИ органов малого таза осуществляли с помощью серии продольных и поперечных сечений аппаратом сложного сканирования «Logic 3» фирмы «General Electric» с использованием трансабдоминального и трансвагинального высокоразрешающих электронных датчиков с частотой 5 и 7,5 МГц. Эхографию при первичном обследовании производили в раннюю фолликулиновую фазу цикла, в процессе дальнейшего наблюдения – по показаниям. Оценивали размеры матки, яичников, состояние фолликулов, диаметр желтого тела, толщину эндометрия на 7-ой, 9-й, 11-й, 13-й день менструального цикла. Мониторинг фолликула назначали на

7-й, 9-й, 11-й, 13-й дни менструального цикла. Фолликул расценивали как функционально зрелый тогда, когда его размер достигал не менее 18 мм. Диаметр желтого тела измеряли на 25-й день менструального цикла.

Оценку овариального резерва проводили на 2-4 день спонтанной менструации всем пациенткам путем трансвагинального ультразвукового исследования яичников – измеряли объем яичников, количество антральных фолликулов диаметром 2-10 мм; средний диаметр фолликула максимального размера вычисляли как половину суммы его двух перпендикулярных размеров. Объем яичника вычисляли по формуле $0,5236 \times L \times W \times T$, где L – продольный, W – переднезадний и T – поперечный размер яичника.

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакета статистических программ «STATISTICA v. 6.0» на персональном компьютере с использованием методов описательной статистики, сравнения совокупностей по количественным признакам с использованием параметрического и непараметрического анализа (критерий Манна-Уитни). Взаимосвязь признаков определяли с помощью подсчета коэффициента линейной корреляции Пирсона (r). Критический уровень достоверности принимали равным 0,05.

Полученные результаты. Средний возраст женщин контрольной группы составил – $35,9 \pm 2,8$ лет, основной группы – $38,3 \pm 2,9$ лет.

Среди женщин контрольной группы соматическая патология не обнаружена или не диагностирована. В основной группе (45%) патология мочеполового тракта, что представлено на рис №1.

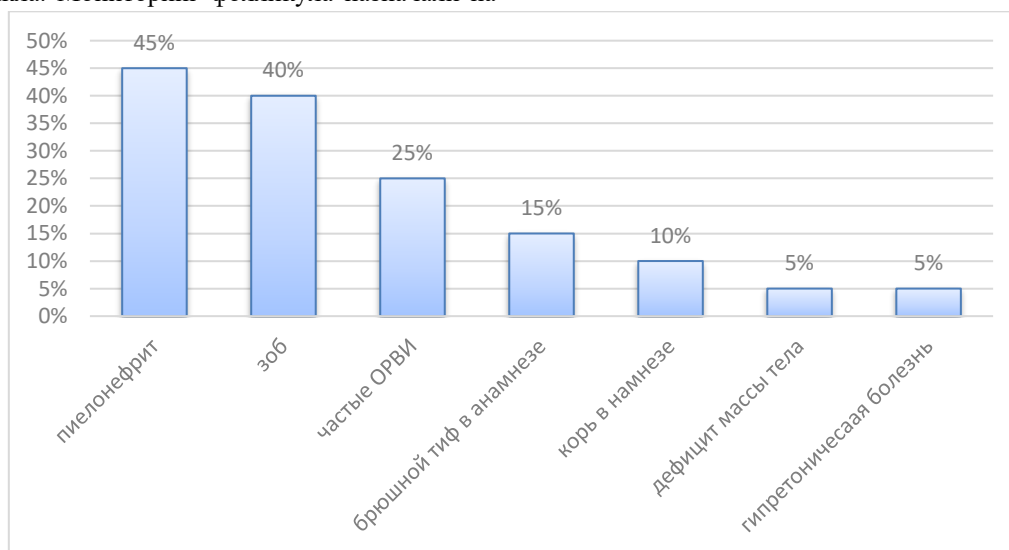


Рисунок 1 – Частота соматической патологии у женщин основной группы.

Из гинекологических заболеваний в анамнезе женщин основной группы наиболее часто встречались эндометриоз. Миома, кисты яичников эрозия

шейки матки встречались с одинаковой частотой (10%) – рисунок 2.

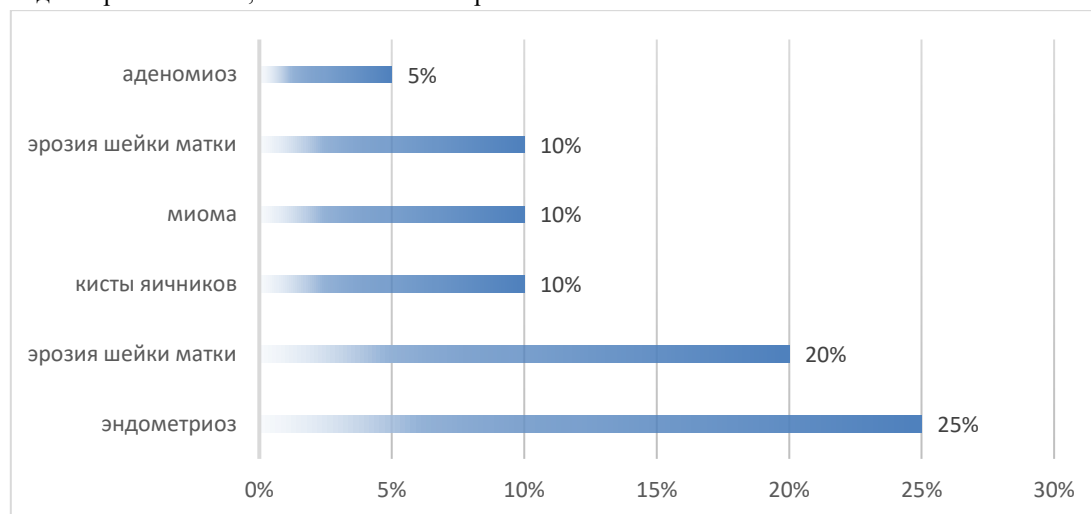


Рисунок 2 – Частота гинекологической патологии среди женщин основной группы.

Средние параметры матки и объем яичников женщин контрольной и основной групп представлены в таблице 1. Как видно из приведенных в таблице данных, имела мест тенденция снижения таких размеров матки, как длина и передне-задний размер, а также статистически значимое уменьшение средней длины матки у женщин основной группы по сравнению с соответствующими показателями в контрольной группе. Средний объем яичников женщин основной группы имел тенденцию к снижению по сравнению с соответствующим показателем в контрольной группы ($7,9 \pm 2,7$; $9,7 \pm 1,9$). Необходимо отметить, что женщины с кистами яичников не были включены в

статистические расчеты. У женщин с синдромом преждевременной недостаточности яичников в репродуктивном возрасте отмечается преждевременное снижение работоспособности яичников, при котором снижается выработка овариальных гормонов и созревание яйцеклетки. Недостаток гормонов яичников способствует уменьшению размеров матки, что подтверждается результатами наших исследований. Также снижается и объем яичников. Поэтому уменьшение параметров матки и яичников при диагностике преждевременной яичниковой недостаточности является важным диагностическим методом исследования, косвенно подтверждающим недостаток гормонов яичников.

Средние параметры матки и объем яичников у женщин основной и контрольной групп

Таблица №1

Параметры группы	Длина матки (см)	Ширина матки(см)	Передне-задний размер(см)	Объем яичника (см ³)
Контрольная(п=30)	$51,4 \pm 1,9$	$39,5 \pm 0,9^*$	$38,7 \pm 1,5$	$9,7 \pm 1,9$
Основная(п=20)	$57,1 \pm 2,1$	$42,7 \pm 2,2$	$41,9 \pm 1,8$	$7,9 \pm 2,7$

Примечание: * - $p < 0,05$ – достоверное отличие УЗИ параметров в основной и контрольной группах.

Количество антральных фолликулов является показателем овариального резерва у женщин. Число антральных фолликулов на 3-й день менструального цикла меньше 5 в одном яичнике обнаружено у пациенток основной группы у 33,8% женщин. Среднее количество антральных фолликулов в яичниках женщин контрольной группы составило $7,9 \pm 2,8$, основной группы – $5,8 \pm 2,8$, что не имело статистически значимого отличия, однако

отмечена тенденция уменьшения показателя среднее количество антральных фолликулов у женщин основной группы по сравнению с контрольной. У женщин основной группы с эндометриозом и аденомиозом среднее количество антральных фолликулов составило $4,4 \pm 2,9$, что имело статистически значимое различие ($p < 0,05$) по сравнению с соответствующим показателем у женщин контрольной группы – $7,9 \pm 2,8$.



Рисунок 3 – Среднее количество антральных фолликулов в яичнике женщин основной и контрольной групп.

Таким образом, в первой фазе цикла уменьшение объёма яичников и матки, уменьшение количества антральных фолликулов, запаздыванием М-ЭХО является наиболее важным диагностическим маркером преждевременной яичниковой недостаточности.

Список литературы

1. Айламазян ЭК, Кулаков ВИ, Радзинский ВЕ, Савельева ГМ. *Акушерство*. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1200 с.

2. Марченко ЛА, Машаева РИ. Клинико-лабораторные критерии оккультной формы преждевременной недостаточности яичников. *Гинекология*. 2018; 20(6): 73–6.

3. Татарчук ТФ. Преждевременная недостаточность яичников-синдром или диагноз. 2017, г. Москва. Интернет информация. reproduct-endo.com/frticle PDF/.

4. Табеева ГИ, Шапилова НН, Жахур НА, Позднякова АА, Марченко ЛА. Преждевременная недостаточность яичников – загадка 21 века. *Журнал Акушерство и гинекология*. № 12, г. Москва, 2013 г.

5. *Первичная недостаточность яичников*. Интернет информация. www.msmanuals.com. 2019.

6. Царегородцева МВ, Новикова ЯС, Подолян ОФ. Преждевременная недостаточность яичников: новые возможности терапии. г.Москва, 2017. Клинические лекции. Интернет информация.

7. Чеботникова ТВ. Преждевременная недостаточность яичников: мнение экспертов. 2017.

8. Webber L. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Human Reproduction*. 2016; 31(5): 926–37.

FEATURES OF ULTRASOUNDS DIAGNOSTIC OF PREMATURE OVARIAN FAILURE IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

Gulakova D.M., Mamadjanova M.O., Ishan-Khodjaeva F.R., Narzullaeva Z.R.

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

The article presents the results of the analysis of ovarian failure in women of late reproductive age. The data obtained show a premature decrease in the performance of the ovaries in women of reproductive age. The combination of a small number of antral follicles with a reduced volume of ovaries and the size of the uterus can be regarded as a criterion for the diagnosis of premature ovarian failure.

Key words: premature ovarian failure, size uteri, ovarian volume, hormones reproductive age.

ХУСУСИЯТҲОИ ТАШХИСИ УЛТРАСАДОЙ, НОКОМИИ БАРМАҲАЛИ ТУХМДОН ДАР ЗАННОИ СИННИ ДЕРИНАИ РЕПРОДУКТИВӢ

Гулакова Д.М., Мамадҷонова М.О., Ишон-Хочаева Ф.Р., Нарзуллоева З.Р.

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Дар мақола таҳлил ва натиҷаҳои норасоии тухмдонҳо дар занҳои синну соли репродуктивӣ нишон дода шудаанд. Аз ҷумла бармаҳал пастшавии ҷаъолияти тухмдонҳо дар занҳои синну соли деринаи репродуктивӣ. Шумораи ками фолликулаҳои антралӣ, ҳаҷми хурди тухмдонҳо ва андозаҳои майда ҳамчун критерияи таъхисоти норасоии бармаҳали тухмдонҳо шуда метавонад.

Калимаҳои калидӣ: Норасоии бармаҳали тухмдонҳо, андоза ва ҳаҷми тухмдонҳо, андозаҳои бачадон, синну соли репродуктивӣ.

УДК 618.5-089.888.61

**АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
(С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАССИФИКАЦИИ Б. РОБСОН) В
СТАЦИОНАРЕ III УРОВНЯ****Давлятова Г.К., Каландарова М., Юнусова М.М., Мулкамонова Л.Н.***ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ*

Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин, поступивших в НИИ АГ и П МЗ и СЗН РТ и родоразрешенных операцией кесарево сечение за I полугодие 2020 года. При анализе использована классификация Б. Робсон. Показано, что 48,5% женщин прооперированы ввиду рубца на матке, каждая 2-я из которых имели в анамнезе 1 кесарево сечение. Относительно высокие цифры кесарева сечения (16,8%, 12,0%) установлены у женщин 1-й и 3-й клинических групп. Частота кесаревых сечений при недоношенном сроке беременности составила 5,9%. Полученные результаты указывают, что резервом снижения частоты кесарева сечения являются увеличение консервативных родов у беременных с рубцом на матке, резервом снижения частоты экстренных операций - оценка перинатальных факторов риска первородящих возрастных женщин и женщин с бесплодием в анамнезе, резервом снижения частоты кесарева сечения при недоношенном сроке беременности - качественно оказанная помощь на антенатальном уровне и на уровне стационаров.

Ключевые слова: кесарево сечение, показания, классификация Б.Робсон, резервы снижения частоты кесарева сечения.

Актуальность. В современном акушерстве кесарево сечение является наиболее частой акушерской операцией. Имеется ряд объективных причин этого явления. В последние годы отмечена тенденция возрастания числа женщин, у которых первые роды происходят в возрасте старше 30 лет, что часто сочетается с отягощенным гинекологическим анамнезом или привычным невынашиванием беременности, а также с наличием у них различной соматической патологией, обуславливающей патологическое течение беременности. Немаловажный вклад вносят внедрение в практику вспомогательных репродуктивных технологий, рост числа женщин с рубцом на матке, отказ от акушерских щипцов при осложнениях в родах, расширение показаний со стороны плода [3, 9]. В связи с этим кесарево сечение в последние годы приобретает социально-экономическую значимость. Это связано прежде всего с увеличением частоты кесарева сечения, который не относится к методу родоразрешения естественным путем. Абдоминальное родоразрешение имеет целью следовать главному принципу перинатальной медицины – сохранение здоровья матери и бережное родоразрешение для плода. Однако при достижении частоты кесарево сечение 15%

снижение перинатальной смертности приостанавливается. Кроме того, кесарево сечение сопряжено с повышенной частотой осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, а также при последующих операциях [4, 7].

Частота операции кесарево сечение ежегодно увеличивается во всех странах. Это связано с расширением показаний к операции по показаниям со стороны плода с целью снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности в 80-е годы прошлого столетия, когда произошло становление перинатологии, основным принципом которой явилось рассматривать плод как пациента. Были разработаны новые методы оценки состояния внутриутробного плода, оптимизирована неонатальная помощь [5].

В дальнейшем в геометрической прогрессии увеличивалась частота кесарева сечения за счет женщин с рубцом на матке, у которых зачастую последующие беременности также заканчивались абдоминальным родоразрешением. Всемирная организация здравоохранения провела исследование, в котором показано, что если удельный вес операции кесарево сечение в структуре всех видов родоразрешения превышает 10%, то показатель материнской и перинатальной смертности не снижается [11].

В некоторых случаях на частоту кесарева сечения оказывают влияние субъективные факторы. Для возможности использовать наилучшие подходы в практике акушерства необходимо продолжать исследования связи частоты кесарева сечения с показателями материнской и перинатальной смертности, исследования оптимального удельного веса кесарева сечения в структуре других способов родоразрешения, исследования возможности родов через естественные родовые пути женщин с рубцом на матке, исследования по вопросам подготовки женщин к операции, перенесших септические осложнения после предыдущей операции и ведения таких женщин после операции кесарева сечения, исследования по вопросам особенностей физиологии и патологии детей, родившихся абдоминальным путем. Статистика кесарева сечения, включающая абсолютные и относительные показатели частоты никаким образом, не может показать обоснованность проведения операции. Максимально объективной оценки целесообразности выполнения кесарева сечения до сих пор не существует. В России применяется коэффициент эффективности кесарева сечения. Важной задачей современного акушерства является снижение частоты кесарева сечения за счет увеличения частоты родов естественным путем у женщин с рубцом на матке. Политика по снижению частоты кесарева сечения предусматривает грамотное и квалифицированное определение показаний к операции при первых родах – это главный резерв снижения частоты операции [1, 2, 10].

Исследования по оптимизации частоты кесарева сечения не имели практического выхода, так как невозможно обеспечить чистоту подобных исследований. Наиболее приемлемым предложением для практического акушерства является система М. Robson (2001), основанная на использовании классификации с учетом пяти параметров и формированием 10 групп. Параметрами, учитываемыми в классификации, являются возраст гестации, количество родов в анамнезе, наличие кесарева сечения в анамнезе, начало спонтанных или индуцированных родов, многоплодие, вид предлежания. Данная система дает возможность сравнивать частоту кесарева сечения в каждой группе, между стационарами, между регионами, между странами. Данная классификация признана ВОЗ и Международной ассоциацией акушеров и гинекологов, так как ее использование помогает искать пути снижения частоты кесарева сечения. Кроме того, классификация Робсон. Специфицированная ВОЗ в 2017 году, может быть использована как

единая система классификации в мире. Данный подход позволяет сравнивать показатели между учреждениями и во временном промежутке. Проведены многочисленные исследования по применению классификации Робсон. Но до настоящего времени она повсеместно не применяется. Данная классификация не дает возможности анализа удельного веса и причин неудач при родоразрешении естественным путем женщин с рубцами на матке. Другим недостатком данной системы учета и анализа обоснованности выполнения кесарева сечения является то, что не представляется возможным оценить удельный вес необоснованных операций elective кесарева сечения, доли кесарева сечения при очень ранних кесаревых сечениях [6, 8, 11].

Цель исследования. Установить резервы снижения частоты операции кесарево сечение в учреждении, проанализировав показания к операции по системе Робсон.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явился ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ». Материалом исследования послужили истории родов женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение за 5 месяцев 2020 года. Метод исследования – ретроспективный анализ историй родов. При анализе использована шкала Робсон. Согласно данной шкале, все случаи кесарева сечения распределяются по 10 группам:

I группа – Первородящая, экстренная операция, затылочное предлежание плода, самопроизвольные роды, доношенный срок

II группа – Первородящая, экстренная операция, затылочное предлежание плода, индуцированные роды, доношенный срок

III группа – повторнородящие, экстренная операция, затылочное предлежание плода, самопроизвольные роды, доношенный срок

IV группа – повторнородящие, экстренная операция, затылочное предлежание плода, индуцированные роды, доношенный срок

V группа – повторнородящие с рубцом на матке после кесарева сечения

VI группа – первородящие с тазовым предлежанием

VII группа – повторнородящие, тазовое предлежание, доношенный срок

VIII группа – многоплодная доношенная беременность

IX группа – неправильные положения и вставления головки

X группа — один плод, головное предлежание, срок менее 36 и меньше с любым паритетом.

Полученные результаты и их обсуждение.

Распределение случаев кесарева сечения по системе Робсон

Таблица №1

группы	Абсолютное количество	Процент
I	63	16,8%
II	18	4,8%
III	45	12,0%
IV	8	48,5%
V	182	2,1%
VI	12	3,2%
VII	2	0,5%
VIII	11	2,09%
IX	12	3,2%
X	22	5,9%
Всего	375	100%

Как видно из представленных в таблице данных, наиболее высокий уровень оперативного родоразрешения (кесарево сечение в 48,5% случаев) установлен в 5-й клинической группе - повторно-родящие с рубцом на матке после кесарева сечения, что обусловлено преобладанием в стационаре 3-го уровня женщин, поступивших на повторное кесарево сечение. Среди этих женщин 53,1% имели в анамнезе 2 и более кесаревых сечения, требующего абдоминального родоразрешения. Остальные 46,9% случаев кесарева сечения произведены у женщин с одной операцией кесарево сечение в анамнезе. Данная статистика свидетельствует, что резервом снижения частоты кесарева сечения увеличение консервативных родоразрешений беременных с рубцом на матке.

Далее по частоте определена I клиническая группа (16,8%) - первородящая, экстренная операция, затылочное предлежание плода, самопроизвольные роды, доношенный срок, что обусловлено преобладанием в стационарах 3-го уровня возрастных первородящих и женщин с бесплодием в анамнезе, роды которых зачастую осложняются, требуют медикаментозной коррекции и в некоторых случаях заканчиваются операцией кесарево сечение. Оценка перинатальных факторов риска первородящих возрастных женщин и женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом будет способствовать снижению частоты экстренных кесаревых сечений у подобного контингента женщин.

Частота женщин, определенных в III группу - повторнородящие, экстренная операция, затылочное предлежание плода, самопроизвольные роды, доношенный срок - составила 12,0%, что было чаще обусловлено преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. В данной клинической группе резервом снижения частоты кесарева сечения является качественное антенатальное наблюдение беременных женщин.

В 10-й группе (один плод, головное предлежание, срок менее 36 недель с любым паритетом) показатель абдоминального родоразрешения составил 5,9% и был связан с прогрессирующей гипоксией плода, ЗВУР, гипертензивными расстройствами во время беременности, преждевременным разрывом плодных оболочек при неготовности организма к естественным родам. Для снижения частоты кесарева сечения в 10- группе необходимы совместные действия как на антенатальном уровне, так и качественно оказанная помощь на уровне стационаров.

Таким образом, использование шкалы Робсон дает большие возможности для анализа и оценки возможности улучшения службы в стационарах любых уровней.

Список литературы

1. Краснопольский ВИ, Логутова ЛС, Буянова СН. Несостоятельность шва на матке после кесарева сечения: причины формирования и тактика лечения. *Акушерство и гинекология*. 2013; (12): 28-33.
2. Марканян НМ, Новгородова УР. Кесарево сечение. Нерешенные вопросы. *Вестник РУДН; Серия: Медицина*; 2016. (2): 143-9.
3. Орлова ВС, Калашникова ИВ, Булгакова ЕВ и др. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства. *Журнал акушерства и женских болезней*; 2013. LXII (4): 6-14.
4. Саввина НВ, Новгородова УР. Кесарево сечение и пути снижения репродуктивных потерь/ *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015; 23 (4): 24-6.
5. Степанова РН. Проблема родоразрешения женщин после предшествующего кесарева сечения. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2018; (3): 19-27.
6. Martin Mueller, Laura Kolly, Marc Baumann et al. Analysis of Caesarean section rates over time in a single Swiss centre using a ten-group classification system. *Swiss medical weekly*. 2014; (144) w 13921.
7. Hoxha I, Syrogiannouli L, Braha M et al. Caesarean sections and private insurance: systematic review and

meta-analysis. *BMJ Open*. 2017; (7). Article ID e016600.

8. Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER et al. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *Lancet*. 2018; 392(10): 1286–7.

9. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Review Lancet*. 2018; 392(10): 1341–48. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7.

10. Tinelli A, Malvasi A. Caesarean section in the world: a new ecological approach. *J. Prev.Med. Hyg.* 2011; 52. (Iss. 4): 161-73.

11. Nakamura-Pereira M., do Carmo Leal M., Esteves-Pereira AP, Soares Madeira Domingues RM, Alves Torres J, Bastos Dias MA et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod. Health*. 2016; 13 (suppl. 3). 128 p.

THE ANALYSIS ON INTRODUCTIONS FOR CAESARIAN SECTION WITH USING OF B.ROBSON CLASSIFICATION

Davlyatova G.K., Kalandarova M., Unusova M.M., Mulkamonova L.N.

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

The retrospective analysis cards of woman hospitalized in Tajik National Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Ministry of Health and Social Protection population of the Tajikistan with Cesarean section in period of 5-month of 2020 year was perfume. It was use the classification of B.Robson. It was shown, that in 48,5% woman the reason of Cesarean section was scare in uteri, the each 2-d of them in anamnesis had one sugary. Relatively high figures of Cesarean section (16,8%, 12%) were estimate in 1-st and 3-d clinical groups. The frequency of Cesarean section in woman with premature pregnancy was 5,9%. The obtained results show, that reserve of decreasing frequency of Cesarean section is conservative delivery in woman with scare in uteri, reserve of decreasing frequency of emergency Cesarean section is the estimation of perinatal risk factors in woman with old age and woman with infertility in anamnesis, reserve of decreasing frequency of Cesarean section in woman with premature pregnancy – qualitative aid in antenatal level and in hospitals.

Key words: Cesarean section, introductions, B.Robson classification, reserve of decreasing frequency of Cesarean section.

ТАҲЛИЛИ НИШОНДОДҶОИ ҶАРРОҶИИ БУРИШИ ҚАЙСАРӢ БО ИСТИФОДАБАРИИ КЛАССИФИКАТСИЯИ Б.РОБСОН

Давлатова Г.Қ., Қаландарова М., Юнусова М.М., Мулкамонова Л.Н.

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Гузaronида шуд таҳлили ретроспективии таърихи таваллуди заноне, ки бо роҳи буриши қайсарӣ таваллудкунонида шуда, дар муддати 5 моҳи соли 2020 ба Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» ворид гаштанд. Ҳангоми таҳлил классификатсияи Б.Робсон истифода бурда шуд. Нишон дода шудааст, ки 48,5% занон бо изи пешина дар бачадон ҷарроҳӣ шудаанд ва ҳар дуҷумин зан дар анамнез 1 буриши қайсарӣ дошт. Мутаносибан нишондодҳои баланди буриши қайсарӣ (16,8%, 12,0%) дар занони гуруҳҳои клиникаи 1 ва 3 муайян карда шудаанд. Зудии буриши қайсарӣ ҳангоми муҳлати норасидаи ҳомиладорӣ 5,9 % -ро ташкил дод. Натиҷаҳои ба дастмада нишон медиҳад, ки резерви паст намудани зудии буриши қайсарӣ - зиёд намудани таваллудҳо бо роҳи табиӣ чинсӣ дар занони бо изи ҷарроҳӣ дар бачадон, резерви паст намудани зудии ҷарроҳиҳои фаврӣ - баҳодихии омилҳои хатарноки перинаталӣ дар занони нахустзояндаи синну солӣ ва бо анамнези безуретӣ, резерви паст намудани зудии буриши қайсарӣ дар муҳлати норасидаи ҳомиладорӣ – ёрии сифатнок дар сатҳи антенаталӣ ва дар сатҳи статсионарӣ мебошад.

Калимаҳои калидӣ: буриши қайсарӣ, нишондод, таснифоти Б. Робсон, манбаҳои паст намудани зудии буриши қайсарӣ.

УДК 618.33-037(048.8)

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ РЕПРОДУКТИВНЫМ АНАМНЕЗОМ

Давлятова З.Д., Камилова М.Я., Гулакова Д.М., Бойматова З.К.

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

В статье изучены копчико-теменной размер (КТР) в 12 недель беременности, систоло-диастолическое отношение (СДО) и пульсационный индекс (ПИ) в сроке 12, 32 недель беременности у женщин с ОРА. Показано, что у женщин с ОРА статистически значимо снижались средние показатели КТР, СДО и ПИ в сроки 12 недель по сравнению с контролем. Выявлена обратная корреляционная связь между размерами КТР и некоторыми параметрами доплерометрии маточных артерий, артерии пуповины и аорты плода в сроке 32 недели беременности.

Ключевые слова: беременность, отягощенный репродуктивный анамнез, ультразвуковое исследование, копчико-теменной размер, маточные артерии, пульсационный индекс, систоло-диастолическое отношение, синдром задержки развития плода, прогностический критерий.

Актуальность. Синдром задержки развития плода (СЗРП) является проблемой, обусловленной социально-экономической значимостью. Социальная значимость СЗРП обусловлена достаточно высокой частотой данной патологии, особенно в развивающихся странах. Частота данной патологии в странах Азии достигает 30%. Другим моментом, определяющим социальную значимость СЗРП, являются лидирующие позиции в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности. Среди недоношенных новорожденных синдром задержки развития плода встречается в разы чаще, чем среди доношенных новорожденных. Отсутствие достаточно эффективных методов диагностики степени тяжести СЗРП и низкая эффективность терапии данной патологии при тяжелых степенях СЗРП зачастую определяет необходимость досрочного родоразрешения, что вызывает осложнения у новорожденных, которые связаны с недоношенностью. Выхаживание недоношенных новорожденных с СЗРП определяет экономическую значимость данной проблемы [1, 2, 3, 7, 9].

Учитывая значимость проблемы, важным направлением научных исследований является поиск эффективных методов прогнозирования СЗРП, что позволит проводить своевременную профилактику развития данной патологии. Прогнозирование СЗРП базируется на выяснении факторов риска развития данной патологии. Ранними ультразвуковыми показателями неблагоприятного формирования и функционирования плаценты могут быть

также утолщение стенки желточного мешка, несоответствие КТР сроку беременности, брадикардия или тахикардия. Неполноценная инвазия трофобласта у женщин с факторами риска развития СЗРП уже в ранние сроки беременности может отражать состояние кровотока в маточных артериях, который зависит от степени инвазии трофобласта в спиральные артерии. Однако исследование по доплерометрии маточных сосудов в первом триместре беременности с целью прогнозирования СЗРП требуют дальнейшего развития [4, 5, 6, 8].

Вышеизложенное определяет исследования по поиску наиболее приемлемых и достоверных прогностических критериев развития СЗРП у женщин с факторами риска развития этого осложнения являются весьма актуальным направлением научных исследований.

Цель исследования. Оценить прогнозирование синдрома задержки развития плода в ранние сроки беременности ультразвуковым методом у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом.

Материал и методы исследования. Обследованы 44 беременные женщины с отягощенным репродуктивным анамнезом и 20 здоровых беременных женщин в первом и третьем триместрах беременности. Критериями включения в контрольную группу явились: первый триместр беременности, отсутствие соматической патологии, нормальное течение беременности. Критериями включения в основную группу явились: первый триместр

беременности, наличие отягощенного акушерского или гинекологического анамнеза. Критериями исключения из обеих групп явились наступление беременности после вспомогательных репродуктивных технологий, многоплодная беременность и врожденные пороки развития плода. Всем женщинам при сборе анамнеза обращали особое внимание на гинекологический и акушерский анамнез.

Измерение КТР производили путем сагитального сканирования, а линия измерения соответствовала размеру от темени к копчику. В сроке полных 12 недель КТР плода должно составлять в среднем 5,1 см (минимальный размер – 4,2 см, максимальный – 5,9 см) [1]. Для изучения состояния кровотока в маточных артериях проведено доплерометрическое исследование в сроке 12 недель беременности. Исследуемые параметры определяли в маточных артериях, измерение параметров производили на наиболее прямых участках сосудов. Кривые скоростей кровотока в маточных артериях исследовали при поперечном сканировании нижних латеральных отделов матки. Измеряли систоло-диастолическое отношение (максимальная систолическая скорость к конечной диастолической скорости), пульсационный индекс (отношение разницы между максимальной систолической и конечной диастолической скоростью кровотока).

Статистический анализ проведен с использованием прикладных пакетов программ «Statistica 10.0» (StatSoftInc, США) и SPSS Statistics 23 (IBM, США). Вычислялись средние величины и их стандартное отклонение ($M \pm \sigma$) для количественных выборок и доли для качественных показателей. Сравнения качественных показателей проводили с помощью таблицы сопряженности по критерию χ^2 для сравниваемых количеств более 10, по критерию χ^2 с поправкой Йетса для сравниваемых количеств более 5 и по точному критерию Фишера для сравниваемых количеств менее 5. Нулевая гипотеза всех методов дисперсионного анализа отвергалась при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение. Среди обследованных женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом бесплодие в анамнезе имело место у 12 (27,3%), привычное невынашивание – у 12(27,3%), мертворождения – у 10 (22,7%) и СЗРП в анамнезе у – 10(22,7%) женщин. Средний возраст обследованных женщин составил $28,9 \pm 4,5$ года. Среди женщин с бесплодием в анамнезе в 2 случаях имело место вторичное бесплодие, в 3 случаях – первичное бесплодие. Длительность бесплодия у всех этих женщин не превышала 5 лет. Женщины, анамнез которых был отягощен привычным невынашиванием, имели в анамнезе 2 выкидыша (8 женщины), 3 выкидыша (4 женщины). Мертворождения в анамнезе отметили 10 женщин, из которых 1 случай мертворождения имел место у 8 женщин, 2 случая – у 2 женщин. У всех 10 женщин с рождением маловесных детей в анамнезе имело место по 1 случаю.

Среди обследованных женщин в 20(45,5%) случаях диагностирована анемия легкой степени, в 12(27,3%) случаях - анемия средней степени тяжести. Диффузный нетоксический зоб диагностирован у 7 (15,9%). Хроническую артериальную гипертензию отметили 4(9,1%) обследованных женщин. В группе женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом средние значения КТР статистически значительно снижались по сравнению с соответствующим показателем у здоровых женщин. Также статистически значительно повышалась частота женщин с размерами КТР меньше 4,2 см и от 4,2 до 5,1 см. Частота женщин со значениями КТР, превышающими максимальные и средние – максимальные значения в контрольной группе статистически значительно превышали соответствующие показатели в основной группе. У каждой 3-й женщины (31,8%) основной группы размеры КТР были меньше 4,1 см, у каждой 2-й женщины (45,5%) – размеры КТР колебались от 4,2 до 5,1 см (таблица 1).

Распределение обследованных женщин с факторами риска развития СЗРП по размерам КРТ в сроке 12 недель беременности

Таблица №1

Группа Параметр КТР	Основная (n=44)		Контрольная (n=30)		Хи- критерий	Уровень значимости
	число	%	число	%		
Меньше 4,2 см	14	31,8	0	0	6,637	0,09*
4,2 – 5,1 см	20	45,5	3	15	7,232	0,008*
5,1 – 5,9 см	10	22,7	15	75	15,130	0,001**
Больше 5,9 см	0	0	2	10	2,514	0,113

Примечание: * - $p < 0,05$ статистически значимое

отличие частоты женщин с соответствующими параметрами КТР между основной и контрольной группами. Для определения значимости КТР, измеренного в сроке 12 недель беременности в качестве прогностического критерия развития плацентарной недостаточности нами проведен корреляционный анализ между размерами КТР и показателями доплерометрии в сроке 32 недели беременности 24 женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом (таблица №2).

Результаты корреляционного анализа между размерами КТР в 12 недель беременности и показателями доплерометрии маточно-плодов-плацентарного кровотока в сроке 32 недели беременности

Таблица №2

Показатели доплерометрии в сроке 32 недели (n=24)	КТР в сроке 12 недель беременности (n=24)	Сила связи
СДО маточных артерий	- 0,200435759	Слабая
ПИ маточных артерий	-0,312388803	Средняя
ИР маточных артерий	- 0,35605259	Средняя
СДО артерии пуповины	- 0,194758588	Слабая
ПИ артерии пуповины	- 0,194796138	Слабая
ИР артерии пуповины	- 0,472209112	Средняя
СДО аорты плода	- 0,552918901	Средняя
ПИ аорты плода	-0,515248277	Средняя
ИР аорты плода	- 0,301073466	Средняя

Как видно из представленных данных, установлена отрицательная корреляционная связь слабой силы между размерами КТР и СДО, ИР маточных артерий, ИР аорты плода, средней силы между КТР и ПИ маточных артерий, ИР артерии пуповины, СДО, ПИ аорты плода.

Среди женщин с размерами КТР менее 4,2 см (14 женщин) у 10(71,4%) диагностировано СЗРП в сроке 32 недели беременности. Из этих 10 случаев у 7 женщин диагностирована ассиметричная форма, у 3 женщин – симметричная форма СЗРП. Представленные нами результаты позволяют считать размер КТР прогностическим критерием развития СЗРП. Полученные нами результаты показывают, что размеры КТР у женщин с факторами риска развития СЗРП (в нашем исследовании отягощенный репродуктивный анамнез) статистически значимо уменьшаются по сравнению с размерами КТР у здоровых женщин без факторов риска развития СЗРП. Следовательно, показатель КТР, измеренный в сроке 12 недель беременности, является прогностическим критерием развития СЗРП. Предотвратить неполноценную инвазию трофобласта в результате дисфункции эндотелия и плацентарной ишемии с последующим полноценным ангиогенезом, развитием спиральных артерий возможно, если своевременно использовать донаторы оксида азота, недостаток которых при формировании и функционировании плаценты приводит к развитию плацентарной недостаточности.

Результаты доплерометрического исследования контрольной и основной групп женщин представлены в таблице 3.

Результаты доплерометрического исследования контрольной и основной групп женщин в сроке 12 недель беременности

Таблица №3

группа	Контрольная (n=30)	Основная (n=44)	t-критерий	P
показатель				
СДО	2,59±0,12	3,37±0,10*	6,48	0,000111*
ПИ	2,18±0,05	2,36±0,04*	2,25	0,021860

Примечание: * -p<0,001 – статистически значимое различие между показателями в контрольной и основной группах

Как видно из представленных данных в таблице, систоло-диастолического отношения и пульсационного индекса у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом выявлено статистическое значимое повышение

дуктивным анамнезом в сроке 12 недель беременности по сравнению с соответствующими показателями у здоровых беременных без факторов риска развития СЗРП. В основной группе среднее значение СДО маточных артерий было снижено на 23,1%. Средний уровень пульсационного индекса снижался в меньшей степени, чем среднее значение систоло-диастолического отношения. Однако статистически значимые различия обоих показателей в основной группе по сравнению с контрольной позволяют использовать оба эти показателя в качестве прогностических критериев синдрома задержки развития плода.

У женщин с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом, по-видимому, ввиду неполноценности эндометрия уже в первом триместре инвазия трофобласта происходит неполноценно, ввиду развивающейся дисфункции эндотелия нарушается кровообращение в межворсинчатом пространстве. Выявленные нами изменения систоло-диастолического отношения и пульсационного индекса в маточных артериях в сроке 12 недель беременности подтверждают неполноценность инвазии и развития трофобласта. Полученные результаты позволяют считать доплерометрическое исследование в сроке 12 недель беременности у женщин с факторами риска развития СЗРП важным диагностическим методом, который можно использовать с целью прогнозирования синдрома задержки развития плода, что позволит проводить своевременную профилактическую терапию.

Список литературы

1. Айламазян ЭК, Кулаков ВИ, Радзинский ВЕ, Савельева ГМ. *Акушерство. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014. 1200 с.
2. Гаврилова АА, Парыгина АН. Сверххранение и ранние преждевременные роды: спорные вопросы. *Здоровье и образование в 21 веке*. 2018; 20(1): 24-8.
3. Замалева РС, Мальцева ЛИ, Черепанов НА. Состояние проблемы лечения и прогнозирования задержки развития плода. *Практическая медицина*. 2016; 1(93): 41-4.
4. Игнатко ИВ, Мирющенко ММ. Прогностические маркеры синдрома задержки роста плода. *The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium"*. 2016; 18(1): 15-23.
5. Кочерова ВВ, Щербак ВИ. Задержка внутриутробного развития плода: факторы риска, диагностика, отдаленные последствия. *Российский педиатрический журнал*. 2015; 18(2): 36-42.
6. De Wit MC, Srebniak MI, Joosten M et al. Prenatal and postnatal findings in small for gestational age fetuses without structural ultrasound anomalies at 18-24 weeks. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2017; 49(3): 342-8.
7. Kerber KJ, Mathai M, Lewis G et al. Counting every stillbirth and neonatal death through mortality audit to improve quality of care for every pregnant woman and her baby. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015. 15 (Suppl 2). S9. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S9.
8. Schreurs C.A., de Boer M.A., Heymans M.W. et al. Prognostic accuracy of cerebroplacental ratio and middle cerebral artery Doppler for adverse perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2018; 51(3): 313-22.
9. UNICEF. Child mortality estimates. New York: United Nations Children's Fund; 2015 (<http://www.childmortality.org/index.php?r=site/index> accessed 19 July 2016).

THE FORECASTING OF FETAL GROWTH RETARDATION SYNDROM IN EARLY PREGNANCY WITH ULTRASOUND METHOD IN WOMAN WITH AGGRAVATING REPRODUCTIVE ANAMNESIS

Davlyatova Z.D., Kamilova M.Y., Gulakova D.M., Boymatova Z.K.

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

To estimate of intrauterine restriction fetus syndrome (IRFS) forecasting with ultrasound method in early pregnancy in woman with aggravating reproductive anamnesis (ARA). In article it was studied the ultrasound measurements of fetus coccyx-crown sizes (CCS) in 12 weeks of gestation, systolic-diastolic ratio (SDR), index of pulsation (PI) in 12 and 32 weeks of gestation in woman with ARA. It was shown, that in woman with ARA statistically significance decreased the medium sizes of CCS, SDR, PI in 12 weeks of gestation compared with control. It was revealed negative correlative connection between CCS sizes and some Doppler parameters of uteri

arteries, umbilical arteries, fetus aorta in 32 weeks of gestation. Conclusion. The obtained results make it possible to consider the CCS sizes, SDR,PI of uteri arteries the prognostic criteria's of IRFS.

Key words: pregnancy, aggravating reproductive anamnesis, the ultrasound study, coccyx-crown sizes, uteri arteries, pulsation index and systolic-diastolic ratio, syndrome of intrauterine fetus restriction, prognostic criteria.

**ПЕШГУИИ СИНДРОМИ АҚИБМОНИИ АФЗОИШИ ХОМИЛА ДАР
ДАВРАИ АВВАЛИ ҲОМИЛАДОРӢ БО УСУЛИ УЛТРАСАДО ДАР
ЗАНОНИ ДОРОИ АНАМНЕЗИ ДУШВОРИ РЕПРОДУКТИВӢ
Давлатова Г.Қ., Комилова М.Ё., Гулакова Д.М., Бойматова З.Қ.**

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Омузиши нишондодҳои ултрасадои андозаи думғоза-чакка, индекси пулсатсионӣ ва муносибати систоли-диастолӣ дар муҳлатҳои 12,32 ҳафтаи ҳомиладорӣ омӯхта шудаанд. Бозгашти пайвасти коррелятсионӣ байни андозаҳои думғоза – чакка ва баъзе нишондиҳандаҳои доплерометрӣ аз ҷумла артерияи бачадон, артерияи нофӣ ва аортаи ҷанин дар муҳлати ҳомиладорӣ 32 ҳафта муайян карда шудааст. Натиҷаҳои бадастоварда аз ҷумла, нишондиҳандаҳои андозаи думғоза-чакка, индекси пулсатсионӣ ва резистентӣ дар муҳлати 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ метавонад ҳамчун меъёрҳои пешгуиҳои синдроми сустинкишофёбии дарунибатнии ҷанин ҳисоб карда шавад.

Калимаҳои калидӣ: ҳомиладорӣ, анамнези авроизноки репродуктиви, муоинаи ултрасадо, андозаи думғоза-чакка, артерияҳои бачадон, индекси пулсатсионӣ, муносибати систоли-диастолӣ, синдроми сутинкишофёбии дарунибатнии ҷанин, меъёри пешгӯӣ.

УДК 616.7.28.2-001.6-07-053.31

**РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
Зурхолова Х.Р, Зарифова П.Г., Садриддинова Г.Н.**

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

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.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренного сустава, ультразвуковая диагностика тазобедренного сустава

Актуальность. Частота дисплазии тазобедренного сустава, 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]. 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 [2,3].

Цель исследования. Оценить роль ультразвукового исследования в диагностике дисплазии тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования. В течение 1,5 года в НИИАГ и П всем новорожденным в течение 3х дней пока они находятся в учреждении проводят УЗИ тазобедренного сустава. Критериями исключения являются: новорожденные с тяжёлыми пороками развития и с массой менее 1500 гр. 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 течение одного года (2019-2020гг).

Результаты ультразвуковой диагностики делятся на 4 группы по классификацией 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 со 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 т.е вошли в группу «С» 2м из них был надет Тьюбенгер и через месяц они перешли в группу «А» и шина была снята. У одного из этих новорожденных был поставлен 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 их обзывают. У нашего населения, 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.

Исходя из полученных результатов, следует отметить, что в клинической практике наблюдается гипердиагностика дисплазии: при выявлении классических клинических симптомов дисплазии тазобедренных суставов диагноз нами был подтвержден при УЗИ только в 1,8% случаев незрелость сустава и 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 АГ, Волошин СЮ, Красков АИ. Врожденный вывих бедра у детей грудного возраста. *Клиника, диагностика, консервативное лечение*. С.-П. 2010, 256–60.
2. Гончаренко ВА., Стронина СН, Клестова ЕО. Врожденный вывих бедра: частота, структура, анализ методов диагностики и лечения. *Молодой ученый*. 2016; (3): 257-9.
3. Ерекешов АЕ. *Врожденный вывих бедра у детей*. Казань, 2010, 156 с.
4. Лосева ГВ. Оптимизация ультразвукового исследования в диагностике нарушений формирования тазобедренного сустава у детей первого года жизни. Автореферат кандидатской диссертации. г. Москва 2011 г.
5. Лукаш ЮВ, Шамик ВБ. Ранняя диагностика дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных. *Современные проблемы науки и образования*. 2012; (6).

ULTROSOUND DIAGNOSIS FOR EARLY DYSPLASIA IN NEWBORNS

Zurkholova 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.

Key words: hip dysplasia, ultrasound diagnosis of the hip joint.

УЛЬТРАСАДО ДАР МУАЙЯН НАМУДАНИ ДИСПЛАЗИЯИ БУГУМИ КОСУ РОН ДАР НАВЗОДОН

Зурхолова Х.Р., Зарифова П.Г., Садриддинова Г.Н.

МД Пажӯишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Ҳамин тариқ, истифодаи ултрасадо дар навоздон ба шумо имкон медиҳад, ки патологияи эҳтимолан ортопедиро дақиқ ӯ тамоман барҳам диҳад, ки ин аксар вақт қудакро аз табобати нолозима нигоҳ медорад. Бо рушди муносири таҷизоти ташҳиси, ултрасадои узвҳои бугуми косу рон як алтернатива ғоидаовари усули рентген ба назар мерасад, зеро он ба шумо имкон медиҳад, ки сохторҳои пайдарҳамии бугуми косро бо дараҷаи баланди эҳтимоднок пеш аз ин аз пешгирии радиатсияи беасос ҳалос қунад.

Калимаҳои калидӣ: дисплазияи бугуми косу рон, ултрасадои бугуми косу рон.

УДК 616.9:578.825.12

СТЕПЕНИ ИЗМЕНЕНИЯ ГАЗОВЫХ ПАРАМЕТРОВ И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**Исмоилов К.И., Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А.***ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе, РТ.**Кафедра детских болезни №2*

При тяжелом течении ЦМВИ новорожденных детей отмечались умеренная гипоксемия, незначительная гиперкапния и дефицит оснований. У детей с очень тяжелым течением ЦМВИ в силу нарастания вентиляционных нарушений и недостаточности диффузно-перфузионных процессов в легких наблюдалось существенная гипоксемия, значительная гиперкапния и дефицит буферных оснований с развитием глубокого смешенного ацидоза.

Цель исследования. Изучить состояние газов крови и кислотно-щелочного равновесия у новорожденных детей при цитомегаловирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Обследование проводилось на базе отделения патологии новорожденных НМИЦ РТ-Шифобахш.

Под нашим наблюдением находились 28 новорожденных детей с внутриутробной цитомегаловирусной инфекцией в возрасте от 1 до 7 дней жизни, которые были госпитализированы в названном отделении.

В зависимости от возрастного-антропометрических показателей степени доношенности и зрелости всех обследуемых детей с цитомегаловирусной инфекций были распределены на две группы. В первую группу вошли 16 недоношенных и доношенных новорожденных детей с тяжелым течением ЦМВИ. Во вторую группу были сгруппированы 14 новорожденных детей с очень тяжелым течением ЦМВИ. Контрольную группу составили 18 новорожденных детей аналогичного возраста, с такими же антропометрическими параметрами.

Степени оксигенации крови и кожных покровов определили методом суточной пульсоксиметрии. Парциальное давление газов и исследование кислотно-основного состояния (КОС) крови осуществляли на аппарате Convergy/Liquical.

Результаты исследования и их обсуждение. Все наблюдаемые дети поступили в отделение на 1-28 дни жизни. Из общего количества детей доношенные были 18 (n=16), а недоношенные 10 (n=14). У наблюдаемых детей наблюдались одышка (80%), цианоз носогубного треугольника (74%) со серо-бледным оттенком кожи тела (48%), выраженный акроцианоз (42%), холодные на ощупь конечности

(38%), участие вспомогательных дыхательных мускулатур грудной клетки и крылья носа в акте дыхания (36%), втяжение уступчатых мест грудной клетки при вдоха (32%) и выдоха (29%), вздутие живота (24%) и снижение оксигенации кожных покровов при пульсоксиметрии (21%).

Дыхательная недостаточность I степени наблюдались у 14 (46,6%) и II степени в 16 случаев (53,4%).

При аускультации легких у всех наблюдаемых нами детей выслушивались изменения характера дыхания, и при этом у 8 новорожденных наблюдаемых детей отмечались жесткое дыхание, у 7 ослабленное дыхание, в 13 случаев сухие хрипы и влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы над пораженными участками легких.

У всех наблюдаемых детей проводились рентгенологическое исследование и при анализе данных рентгенографического исследования в 19 случаев отмечалось интерстициальная пневмония, у 6 сегментарная пневмония и у 5 очагово-сливная пневмония. Односторонняя очаговая пневмония преобладала над двухсторонней пневмонией.

При анализе газов крови и кислотно-основного состояния у детей первой группы с тяжелым течением ЦМВИ наблюдалось неустойчивость сатурации кислорода крови ($83 \pm 2,2$ %) по сравнению с показателями детей контрольной группы ($95 \pm 3,6$ %). При этом у детей этой группы обнаружилось существенное снижение парциального давления кислорода ($49,9 \pm 1,9$ мм.рт.ст) по сравнению с аналогичным показателем детей контрольной группы. В то же время, парциальное давление углекислого газа крови у детей первой группы было несколько повышено ($50,1 \pm 0,9$ мм.рт.ст) по сравнению с этим же показателями детей ($39,7 \pm 0,8$

мм.рт.ст) контрольной группы ($p < 0,001$). Наряду с этим отмечалось заметное снижение показателей рН крови ($7,248 \pm 0,03$) по сравнению с таким же показателем ($7,42 \pm 0,05$) группа здоровых новорожденных детей ($p < 0,005$). У этих детей также отмечался умеренный дефицит буферных оснований ($-3,8 \pm 0,007$ ммоль/л) по сравнению с этим же показателями детей контрольной группы ($+1,5 \pm 0,009$; $p < 0,005$).

У детей второй группы, с очень тяжелым течением ЦМВИ отмечались неадекватность сатурации кислорода крови ($71 \pm 4,9\%$), значительное снижение уровня парциального давления кислорода ($41,3 \pm 2,4$ мм.рт.ст), повышение уровня углекислого газа ($58,7 \pm 2,1$ мм.рт.ст) и существенное снижение показателя рН ($7,132 \pm 0,03$) по сравнению с этими же показателями детей контрольной группы ($7,45$; $60,3$; $39,7$ соответственно, $p < 0,05$, $p < 0,05$ и $p < 0,001$). Наряду с этим у детей этой группы наблюдался выраженный дефицит буферных

оснований ($-8,0 \pm 0,5$ ммоль/л) по сравнению с аналогичным показателем здоровых новорожденных детей ($+1,5 \pm 0,9$; $p < 0,05$).

Выводы. При тяжелом течении ЦМВИ новорожденных детей отмечались умеренная гипоксемия, незначительная гиперкапния и дефицит оснований. У детей с очень тяжелым течением ЦМВИ в силу нарастания вентиляционных нарушений и недостаточности диффузно-перфузионных процессов в легких наблюдалось существенная гипоксемия, значительная гиперкапния и дефицит буферных оснований с развитием глубокого смешанного ацидоза.

Нарушение функции органов и систем, развившихся на фоне тяжелого и очень тяжелого течения ЦМВИ, в зависимости от степени выраженности отклонения газовых показателей крови и кислотно-щелочного равновесия диктует о необходимости проведения адекватной корректирующей терапии.

THE DEGREE OF CHANGE OF THE GASES PARAMETERS AND ACID-BASE BALANCE IN THE NEWBORNS AT MOMENT OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Ismoilov K.I., Muzaffarov Sh.S., Ismoilova M.A.

SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan
Department of children's disease №2

In the severe course of CMV infection in newborns were noted moderate hypoxemia, slight hypercapnia and deficiency of base. In children with very severe course of CMVI, due to an increase in ventilation and insufficient diffusion-perfusion processes in the lungs, were observed significant hypoxemia, significant hypercapnia and deficiency of buffer bases with the development of deep mixed acidosis. The changes of blood gas parameters and acid-base balance, depending on the severe and very severe courses of the CMVI, dictate the need for adequate corrective therapy.

ДАРАЧАИ ДИГАРГУНШАВИИ НИШОНДОДҲОИ ГАЗӢ ВА МУВОЗИНАТИ КИСЛОТАӢ-АСОСИИ ХУН ДАР КӢДАКONI НАВЗОД ДАР МАВРИДИ СИРОЯТҲОИ СИТОМЕГАЛОВИРУСИИ ДОХИЛИБАТӢ

Исмоилов К.И., Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А.

МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе, Тоҷикистон,
Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2

Дар мавриди равиши вазнини сирояти СМВ дар кӯдакони наврод гипоксемияи муътадил, гиперкапнияи ноаён ва норасоии асосҳои мушоҳида карда шуд. Дар кӯдакони гирифтори равиши хеле вазнини сирояти СМВ бо афзудани дигаргуниҳои вентилясионӣ ва норасоии равандҳои диффузионӣ-перфузионӣ дар шушҳо гипоксемияи қатъӣ, гиперкапнияи назаррас ва норасоии асосҳои буферӣ бо инкишофёбии атсидози омехтаи амиқ ба назар расид. Дигаргуниҳои дар заминаи раванди вазнин ва бениҳоят вазнини сирояти СМВ вобаста ба дараҷаи зоҳиршавии тамоюлҳои нишондодҳои газӣ ва мувозинати кислотагӣ-асосӣ зарурияти гузаронидани табобати ислохкунандаи мувофиқро талаб мекунанд.

УДК 616.71-007.15

РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**¹Ишан-Ходжаева Ф.Р., ¹Зоирова Х.К., ²Назарбекова Ш.А.**

1. *ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ;*
2. *Городской медицинский центр здоровья*

Проведенный анализ литературы по вопросам эпидемиологии материнского дефицита витамина Д, влиянии его на течение беременности, формирования и функционирования фето-плацентарного комплекса, акушерские и перинатальные исходы и возможности восполнения дефицита витамина Д во время беременности показал актуальность исследований по данной теме. Данные литературных источников по материнскому дефициту витамина Д неоднозначны и требуют проведения дальнейших исследований.

Ключевые слова: беременность, витамин беременности, перинатальные исходы, коррекция дефицита витамина Д, осложнения.

Витамин Д относится к прегормонам, синтезируется в результате воздействия солнечного света на кожные покровы из 7-дегидрохолестерола эпидермиса, после чего из крови попадает в печень, где содержится уже в форме 25-гидрокси- витамин Д. Функции витамина Д в организме человека очень важные – поддержка метаболизма костной ткани и уровня врожденного иммунитета [19].

Основной причиной дефицита витамина Д является недостаточная солнечная инсоляция. Показано, что среди женщин репродуктивного возраста, а следовательно, у беременных и кормящих матерей распространенность дефицита витамина Д достаточно высокая. Так в странах, в которых женщины носят закрывающую тело одежду распространенность дефицита витамина Д наиболее высокая – это Турция, Ливан, Саудовская Аравия, Объединенные Арабские Эмираты, Бангладеш. Также дефицит витамина Д среди женщин репродуктивного возраста распространен в странах с ограниченным количеством солнечных дней в году Материнский дефицит витамина Д во время беременности в Великобритании диагностирован у 18%, в Новой Зеландии у 61%, в Северной Индии – у 42% женщин. Содержание в крови витамина Д в крови ниже допустимых норм чаще имеет место у женщин вегетарианок, живущих в регионах с малым количеством в году солнечных дней и у темнокожих [12].

По данным международного общества эндокринологов, дефицит витамина Д считается при уровне 25(ОН)Д в сыворотке крови меньше 20 нг/мл,

нормальные значения – при содержании более 30 нг/мл [10].

Имеются исследования по влиянию дефицита витамина Д на течение беременности. Показано, что женщины с преэклампсией являются группой риска по дефициту витамина Д. Низкое содержание кальция в крови женщин с преэклампсией коррелирует с плацентарной недостаточностью, ЗРВП, многоводием и отслойкой плаценты раньше срока. Доказано, что нехватка витамина Д в первой половине беременности является фактором риска развития преэклампсии. Установленная причина развития преэклампсии - неполноценная инвазия трофобласта и возможную роль при этом играет недостаток витамина Д, так как активная форма витамина D-1,25(ОН)₂D регулирует функцию генов, ответственных за инвазию трофобласта и ангиогенез. Также витамин Д является супрессором ренина и ангиотензина, ответственных за гипертензию. Исследованиями показано, что у женщин с преэклампсиями имеет место дефицит витамина Д и кальция в крови. Риск развития преэклампсии возраста в 4 раза при содержании витамина Д ниже 20 нг/мл [5, 6, 24].

Изучение связи частоты преждевременных родов в зависимости от приема витамина Д показало, что у женщин, принимавших витамин Д, частота преждевременных родов снижалась, что предположительно связывают с увеличением синтеза антимикробных пептидов, предотвращающих инфекцию. Также показано снижение частоты выкидышей у женщин после коррекции дефицита витамина Д в

прегравидарном периоде. Дефицит витамина Д во время беременности повышает частоту невынашивания беременности, угрозы прерывания беременности, повышает частоту кесарева сечения [7, 8, 9]. Нехватка витамина Д связана также с бактериальным вагинозом, особенно в первом триместре беременности [17].

Как известно, при физиологической беременности в развитие плаценты важную роль играют иммуносупрессивные эффекты. Витамин Д принимает участие в регуляции генов, связанных с имплантацией плаценты, что свидетельствует о значимой роли витамина Д в обеспечении функций системы «мать-плацента-плод». В свою очередь, правильное развитие и формирование плаценты определяет особенности течения беременности и исходы акушерские и перинатальные. Трансплацентарная передача кальция к плоду способствует выражению всех ключевых медиаторов метаболизма витамина Д в плаценте. Гормоны, участвующие в развитии плода, влияют на активные белки, такие как инсулин-подобный фактор роста 1 и плацентарный лактоген человека, паратиреоидный гормон, связанный с белком паратгормон, эстрадиол и пролактин. Кальцитонин является важным компонентом кальциевого гомеостаза во время беременности, и может быть ключевым фактором, определяющим плацентарный метаболизм витамина Д. Таким образом, паратгормон, связанный с белком, и кальцитонин, а также другие факторы вызывают повышение уровня витамина Д. Его уровень в 2 раза выше в сыворотке крови женщин в третьем триместре беременности, чем у небеременных, или женщин в послеродовом периоде. Как правило, витамин Д регулирует собственный метаболизм. Известно, что витамин Д играет большую роль в передаче плоду через плаценту кальция. Плацентарный метаболизм витамина Д зависит от уровня кальцитонина и работы рецепторов к витамину Д, расположенных децидуальной и трофобластической частях плаценты. Кроме того, витамин Д регулирует гены, связанные с имплантацией плаценты. Развитие и формирование плаценты определяют характер течения беременности, поэтому дефицит витамина Д через некачественное формирование плаценты влияет на исходы беременности как для матери так и для плода [1, 13, 16].

Механизмом развития плацентарной недостаточности при дефиците витамина Д является снижение Д-рецепторов, приводящее к дисбалансу процесса апоптоза, развитию плацентарной недостаточности и в последующем к развитию СЗРП. [8, 18, 22].

Показана связь частоты гестационного диабета с частотой дефицита витамина Д во время беременности. Работы по профилактике гестационного диабета путем применения 5000 единиц витамина Д ежедневно до 26 недель беременности статистически значимо снижало частоту развития гестационного диабета. Применение витамина Д в сочетании с препаратами кальция от 22 до 32 недель беременности улучшало гликемический статус и концентрацию холестерина [3, 19, 20, 21].

Работы посвященные целесообразным срокам назначения беременным витамина Д весьма противоречивы. Также дискутируются дозы витамина Д для профилактики преэклампсии. Имеются работы, в которых авторы доказали, что чем выше дозы назначаемого витамина Д, тем ниже риск развития преэклампсии. В других работах показано, что что доза, поддерживающая в крови беременных 40 мг/мл витамина Д, снижает риск преэклампсий в 3,6 раза. Однако, при наличии ожирения, необходимо поддерживать дозу витамина Д 50 мг/мл. Изучение перинатальных исходов в зависимости от дотации витамина Д во время беременности показало, что перинатальные исходы улучшались у беременных, получавших данный препарат. Использование препаратов кальция и витамина Д со второго триместра беременности у женщин из групп риска развития преэклампсии предотвратило развитие тяжелых преэклампсий и других осложнений, таких как плацентарная недостаточность, отслойка плаценты, а также улучшить перинатальные исходы – снижалась частота кесарева сечения, кровотечений и асфиксии плода [2, 4, 14, 15, 23].

Эпидемиологические исследования обнаружили связь между внутриутробным состоянием плода и восприимчивостью к болезням во взрослой жизни. Эта парадигма, которую называют программированием плода, может иметь огромное влияние на стратегии общественного здравоохранения для профилактики серьезных заболеваний. Эпигенетическая модификация относится к наследственным изменениям в экспрессии генов, не опосредованным изменениям в последовательности ДНК. Согласно этой гипотезе, в результате событий окружающей среды во время беременности, внутриутробно, происходит эпигенетическое программирование плода - индуцирование конкретных генов и геномных путей, которые контролируют развитие плода и обуславливают последующий риск заболевания [11, 22].

Приведенные выше данные литературы позволяют утверждать, что витамин Д определяет здоровье

женщин, плодов, новорожденных и детей. Профилактика дефицита витамина Д у беременных предотвращает множество осложнений беременности, способствует созданию благоприятных пренатальных условий для развития плода и здоровью женщин и детей. Поэтому профилактика и лечение дефицита витамина Д являются важной программой здравоохранения. Однако анализ литературы показал, что до настоящего времени нет единого консенсуса в отношении препаратов, доз и времени проведения лечебных и профилактических мероприятий.

Обобщая имеющиеся данные систематических обзоров и метаанализа баз данных PubMed и Scopus, можно выделить группы риска по развитию дефицита витамина Д – это женщины с сахарным диабетом, с преэклампсией в анамнезе, преждевременными родами в анамнезе, привычным невынашиванием, плацентарной недостаточностью и СЗРП в анамнезе. Таким женщинам в прегравидарный период и с ранних сроков беременности необходимо назначать 4000 МЕ витамина Д. Профилактика дефицита витамина Д в дозе 2000 МЕ показана также и здоровым женщинам с содержанием витамина Д 25-30 нг/мл и в дозе 1000 М.Е с содержанием витамина Д более 30 нг/мл [14, 15].

Список литературы

1. Мальцев СВ, Монсурова ГШ, Закирова ЛИ и др. Роль витамина Д в системе мать-плацента-плод. *Практическая медицина*. 2016; 93(1): 26-31.
2. Мальцева ЛИ, Васильева ЭН, Денисова ТГ, Герасимова ЛИ. Обеспеченность витамином Д и коррекция его дефицита при беременности. *Практическая медицина*. 2017; 106(5): 18-21.
3. Мальцева ЛИ, Полукеева АС, Гарифуллова ЮВ. Роль витамина Д в сохранении здоровья и репродуктивного потенциала женщин. *Практическая медицина*. 2015; 86(1): 30-6.
4. Мальцева ЛИ, Васильева ЭН, Денисова ТГ. Витамин Д и преэклампсия. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2016; 16(1): 79-83.
5. Реушева СВ, Паничева ЕА, Пастухова СЮ, Реушев МЮ. Значение дефицита витамина Д в развитии заболеваний человека. *Успехи современного естествознания*. 2013; 11: 27-31.
6. Aghajafari F, Nagulesapillai T, Ronksley PE et al. Association between maternal serum 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*. 2013. 346.
7. Andersen LB et al. Insufficiency of vitamin D is associated with an increased risk in the first trimester of pregnancy miscarriage in the Odense Child Cohort. *Am J Clin Nutr*. 2015 July 15. PII: ajcn103655.
8. Bodnar LM, Platt RW, Simhan HN. Early-pregnancy vitamin D deficiency and risk of preterm birth subtypes. *Obstet Gynecol*. 2015; 125(2): 439-47.
9. De-Regil LM, Palacios C, Ansary A et al. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; (2): CD 008873.
10. Dawson-Hughes B, Mithal A, Bonjour J-P, Boonen S, Burckhardt P, Fuleihan GE-H, Josse RG, Lips P, Morales-Torres J, Yoshimura N. IOF position statement: vitamin D recommendations for older adults. *Osteoporosis International*. 2010; 21(7): 1151-4.
11. Holick MF. Vitamin D deficiency. *New Engl J Med*. 2007. 357: 266-81.
12. Hambidge KM, Krebs NF, Westcott JE et al. Preconception maternal nutrition: a multi-site randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014. 14:111.
13. Harvey NC, Holroyd C, Ntani G, Javaid K, Cooper P, Moon R, et al. Vitamin D supplementation in pregnancy: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2014; 18(45): 1-190.
14. Kimball SM, Mirhosseini N, Holick MF. Evaluation of vitamin D3 intakes up to 15,000 international units/day and serum 25-hydroxyvitamin D concentrations up to 300 nmol/L on calcium metabolism in a community setting. *Dermato endocrinol*. 2017. 9(1): e1300213.
15. Liu NQ, Hewison M. Vitamin D, the placenta and pregnancy. *Arch Biochem Biophys*. 2012; 52: 37-47.
16. Mahshid Taheri Azam Baheiraei, Abbas Ragimi Foroushani et al. Treatment of vitamin D deficiency is an effective method in the elimination of asymptomatic bacterial vaginosis: A placebo-controlled randomized clinical trial. *Indian J Med Res*. 2015. 141: 799-806.
17. Ota K, Dambaeva S, Han AR, Beaman K, Gilman-Sachs A, Kwak-Kim J. Vitamin D deficiency may be a risk factor for recurrent pregnancy losses by increasing cellular immunity and autoimmunity. *Hum Reprod*. 2014; 29: 208-19.
18. Poel YH, Hummel P, Lips P, Stam F, van der Ploeg T, Simsek S. Vitamin D and gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med*. 2012. 23: 465-9.
19. Selvaraj P. Vitamin D, vitamin D receptor, and cathelicidin in the treatment. *Vitam. Horm*. 2011. (86): 307-25.
20. Shahgheibi S, Farhadifar F, Pouya B. The effect of vitamin D supplementation on gestational diabetes in high-risk women: Results from a randomized placebo controlled trial. *J Res Med Sci*. 2016; 21: 2.

21. Thorne-Lyman A, Fawzi WW. Vitamin D during pregnancy and maternal, neonatal and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012. 26 (Suppl 1): 75-90.

22. WHO. Guideline: Vitamin D supplementation in pregnant women. Geneva:World Health Organization, 2012.

23. Wei SQ, Qi HP, Luo ZC, Fraser WD. Maternal vitamin D status and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013; 26(9): 889–99.

THE ROLE OF VITAMIN D DEFICIT IN DEVELOPMENT OF OBSTETRIC COMPLICATIONS

Ishan-Khodjaeva F.R., Zoirova Kh.K.

*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 make analysis of recent years literature dates about role of vitamin D deficit in frequency of obstetric complications and possibilities make up this deficit in pregnancy. **Materials.** Russian and English literature subject sources during recent years. **Method** – analysis of literature subject sources. **Results.** The analysis of literature about epidemiology of vitamin D deficit in mothers, role of vitamin D deficit in frequency of pregnancy complications, formation and function of feto-placental complex, obstetric and perinatal outcomes and opportunities make up this deficit in pregnancy show the actuality of these investigations.

Conclusion. The literature subject sources dates about vitamin D deficit in mothers is not monosemantic and need in further investigations.

Key words: pregnancy, vitamin D, complications of pregnancy, perinatal outcomes, correction of deficit vitamin D.

НАҚШИ НОРАСОГИИ ВИТАМИНИ Д ДАР ТАШАККУЛИ МУШКИЛОТИ АКУШЕРӢ

Ишон-Хочаева Ф.Р., Зоирова Х.К.

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Маълумотҳои адабӣ доир ба норасоии витамини Д барои модарон якранг нест ва таҳқиқоти минбаъда ро талаб мекунад.

Калимаҳои калидӣ: ҳомиладорӣ, витамини ҳомиладорӣ, натиҷаҳои перинаталӣ, ислоҳи норасоии витамини Д.

УДК 618.4-036(072.8)

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАРТОГРАММЫ

Камилова М.Я., Джонмахмадова П.А.

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

Проанализированы качество ведения и использования 83 партограмм родов женщин с мертворождениями. Установлено некачественное наблюдение за сердцебиением плода, характером околоплодных вод, динамикой продвижения головки и конфигурацией головки, мониторингом за артериальным давлением матери. Показано, что высокий удельный вес гибели плодов по причине плацентарной недостаточности, гипертензивных нарушений и многоводия, косвенно указывающего на инфицирование плода и

плацентарную недостаточность обусловлен некачественным партографическим мониторингом. Полученные результаты указывают на важность качественного использования партограмм при ведении родов через естественные родовые пути, что будет способствовать снижению показателя мертворождаемости.

Ключевые слова: партограмма, мертворождаемость, интранатальная смерть, антенатальная смерть.

Актуальность. По данным исследования 97% мертворождений и 98% неонатальных смертей наблюдаются в развивающихся странах (1).

Для предотвращения антенатальной и интранатальной гибели плода одним из наиболее важных критериев является непрерывное наблюдение во время родов и предоставление своевременной помощи при возникновении осложнений (2).

Партограмма – способ графического описания родов, в котором отражаются состояние роженицы и плода, процессы сократительной деятельности матки и раскрытия шейки матки, другие показатели общего состояния роженицы и плода. Партограмма – одно из наиболее важных достижений в современной акушерской помощи. ВОЗ рекомендует её повсеместное использование как необходимого инструмента в ведении родов. Показано, что применение партограммы более эффективно для наблюдения за состоянием роженицы и плода в интранатальном периоде по сравнению с рутинной записью в истории родов. В результате проспективного нерандомизированного исследования Всемирная организация здравоохранения (WHO 1994) выявил, что партограмма является необходимым инструментом при ведении родов через естественные родовые пути и рекомендовал его универсальное применение (3,4,5).

В зарубежных исследованиях была отмечена эффективность ведения партограммы в диагностике и профилактике слабости родовой деятельности, в определении экстренных показаний для оперативных вмешательств и в предотвращении перинатальной смертности. Партограмма используется для оценки течения родов в целях определения наилучшего момента вмешательства со стороны врача при возникновении осложнений (6). Случаи гибели доношенного плода в срочных родах требуют глубокого анализа, поскольку чаще всего ассоциируются с недооценкой степени акушерского риска роженицы, неправильном заполнении партограммы и выбором нерациональной тактики ведения родов [7,8,9,10].

При экспертной оценке случаев интранатальных потерь, как правило, имеет место отсутствие постоянного мониторинга при наличии к нему показаний (88,2%), длительная медикаментозная терапия

аномалий родовой деятельности и запоздалое оперативное родоразрешение (91,2%) [9].

Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи. Исследованиями, организованными ВОЗ по доказано, что эффективное использование партограмм снизило показатели интранатальной гибели плода с 0,5% до 0,3% [10,11].

Выяснение доли мертворождений ввиду неэффективного использования партограмм является весьма актуальным направлением научных исследований, так как прежде в Таджикистане подобных работ не проводилось.

Цель исследования. Оценить влияние качества использования партограмм на уровень интранатальной гибели плода.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ качества использования 83 партограмм родов женщин с мертворождениями. Партограмма состоит из 3 основных разделов, заполнение которых характеризует состояние плода, состояние женщины и динамику родовой деятельности и включает информацию о женщине и ее состоянии, плоде, динамике раскрытия шейки матки и родовой деятельности, продвижении головки, выполнении назначений врача. Графически отражаются данные наблюдения и соблюдается кратность оценки.

Результаты. Было изучено 83 партограммы родов женщин, поступивших в учреждение 3-го уровня на роды с мертворождениями. Среди этих рожениц в 28 случаях произошла интранатальная гибель плода, в 55 случаях – антенатальная гибель плода.



Рисунок 1. Распределения случаев мертворождений (антенатальная и интранатальная гибель плода)

В 8 случаях интранатальной гибели плода имели место ВПР не совместимые с жизнью.

Для оценки качества заполнения, ведения и интерпретации партограмм нами проанализированы все случаи мертворождений, независимо от времени гибели плода и наличия ВПР, несовместимой с жизнью. Результаты качества наблюдения женщин с мертворождениями представлены в таблице 2.

Как видно из представленных в таблице данных, качественного в 100% случаев наблюдения (все 83

партограммы) по всем предусмотренным в партограмме пунктам не имело место. Наиболее слабые стороны партографического наблюдения установлены по пунктам, определяющим конфигурацию головки, продвижение головки, сердцебиение плода, качество вод, схватки. Данные параметры определяют своевременную диагностику obstructивных родов, дистресс плода, аномалии родовой деятельности.

Результаты мониторинга партограмм женщин с мертворождениями

Таблица №2

	Аntenатальный (n=55)		Инtranатальный (n=20)	
	некачественно	качественно	некачественно	качественно
С/б	33(56,9%)	25(43,1)	12 (60%)	8(40%)
Конфигурация головки	49(84,4%)	9(15,5)	12 (60%)	8(40%)
Воды	28(48,2%)	30(51,7%)	6(30%)	14(70%)
Открытие шейки матки	9(15,5%)	49(84%)	4(20%)	16(80%)
Продвижение головки	39(67,2%)	19(32,7%)	7(35%)	13(65%)
Время	11(19%)	47(81%)	9(45%)	11(55%)
Схватки	10(17,2)	48(83%)	8(40%)	12(60%)
А/Д	5(8,6%)	52(89,6%)	5(25%)	15(75%)

Удельный вес причин мертворождений показан на рисунке 1. Как видно из представленного рисунка наибольший удельный вес мертворождений происходил по причине плацентарной недостаточности - в 31,3% случаев вследствие хронической плацентарной недостаточности, из них в 27,7% случаев с развитием СЗРП. В 2,4% случаев развивалась острая плацентарная недостаточность у женщин, беременность и роды которых осложнились преждевременной частичной отслойкой нормально

расположенной плаценты. У каждой 4-й женщины мертворождения имели место в результате резких изменений А/Д при осложненном течении беременности тяжелой преэклампсией. В 13,2% случаев диагностировано многоводие, являющееся косвенным показателем инфицированности плода. В каждом 10-м случае имели место ВПР плода, не совместимые с жизнью. В 6% случаев причиной мертворождений была патология пуповины.

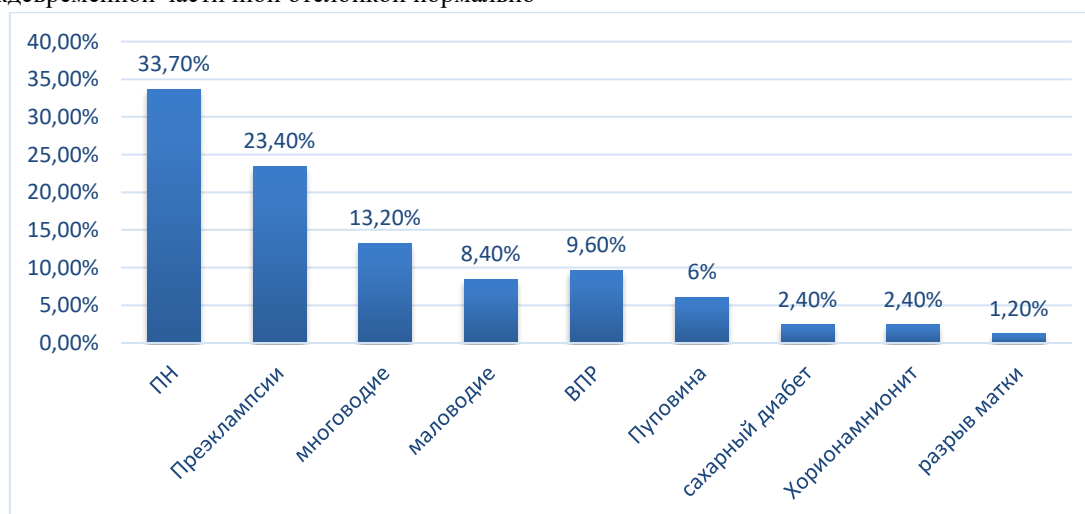


Рисунок 1 – Удельный вес причин мертворождений.

Более детальный анализ проведен для случаев мертворождений (по времени гибели – интранатальная гибель плода и с исключением случаев ВПР, несовместимых с жизнью). Проведя параллели между данными причин гибели плодов и качеством ведения партографического наблюдения за родами, можно сделать заключение о важности правильного качественного ведения партограмм. Некачественное наблюдение за сердцебиением плода могло приводить к интранатальной гибели плода от патологии пуповины, у женщин с преэклампсиями, при наличии плацентарной недостаточности и многоводия. Во многих партограммах (60%) не заполнена графа конфигурация головки и некачественно велся контроль за продвижением головки, что могло быть причиной неуставленной вовремя обструкции родов и разрыва матки, приведшей к интранатальной гибели плода. У женщин с преэклампсиями очень важно вести мониторинг за цифрами А/Д. В проанализированных нами партограммах в 25% случаев некачественный мониторинг за цифрами А/Д, что возможно и определяет интранатальную гибель плода у каждой 4-й женщины с гипертензивными нарушениями.

Необходимо отметить, что в 80% случаев интранатальной гибели плода роды были индуцированы с применением простагландинов (мизопростол), что указывает на важность качественного партографического мониторинга при индуцированных родах.

Заключение. Проведенный анализ подтверждает важность качественного использования партограмм при ведении родов через естественные родовые пути, что оказывает влияние на уровень интранатальной гибели плода.

Список литературы

1. Zupan J. Perinatal Mortality in Developing Countries. *New England Journal of Medicine*. 2005; 352:2047-8.
2. Friedman E. Graphic analysis of labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 68:1568-75.
3. WHO. World Health Organization partograph in management of labour.
4. Чернуха Е.А. *Родовой блок*. М.:Триада-Х:1999.
5. Сидорова ИС. *Физиология и патология родовой деятельности*: Учебное пособие. М.: МЕД пресс; 2006.
6. World Health Organization partograph in management a laoub. WHO. Maternal Health and maternal program. *Lancet*; 1994. 343: 1399-404
7. Ремнева ОВ, Бельницкая ОА, Кравцова ЕС и др. *Родоразрешение женщин из групп риска. Интранатальная оценка состояния плода* (учебно-методическое пособие для врачей интернов и клинических ординаторов). 112 – Барнаул: Изд-во ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России; 2016. 60 с.
8. Сувернева АА, Буткеева АА, Санахова ЕХ. К вопросу об интранатальной гибели плода. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014; (2): 135-7.
9. Тришкин АГ. *Резервы снижения перинатальной смертности в промышленном регионе* (на примере Кемеровской области). Москва; 2012: 190 с.
10. Пакет готовых решений по реализации по реализации программы: «*Оптимизация тактики ведения родов с использованием партограммы*». Юсаид; 2011. 6 с.
11. Сахатудинова ИВ, Кулешова ТП, Зулкарнеева ЭМ. *Учебное - методическое пособие: «Партограмма как интегральный метод контроля за клиническим течением родов»*. Уфа: БГМУ; 2016: 50 с.

OPTIMIZATION OF LABOR MANAGEMENT TACTICS USING A PARTOGRAM

Kamilova M.Y., Jonmahmadova P.A.

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

Analyzed the quality birth conducted and the use of 83 partograms stillbirths in women. Poor monitoring of fetal heartbeat, the nature of amniotic fluid, dynamics of head advancement and head configuration, monitoring of maternal arterial pressure was established. It has been shown that a high proportion of fetal death due to placental insufficiency, hypertensive disorders and polyhydramnios, which indirectly indicates infection of the fetus and placental insufficiency, is due to poor-quality partographic monitoring. The results obtained indicate the importance of high-quality use of partograms in the management of labor through the vaginal birth canal, which will help to reduce the stillbirth rate.

Key words: partogram, stillbirth, intrapartum death, antenatal death.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАРЗИ ПЕШБУРДИ ВАЛОДАТ БО ИСТИФОДА ПАРТОГРАММА

Камилова М.Е., Чонмахмадова П.А.

МД Пажӯишиҳои акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Сифати идоракунии ва истифодаи 83 партограммаи занони мурдтаваллудкарда таҳлил карда шуд. Сифати пасти назорати дилзании тифл, обҳои назди тифлӣ, динамика, фаромадан ва конфигурацияи сараки тифл, мониторинги фишори хуни модар мӯйян карда шуд. Нишон дода шуд, ки сабаби қисми зиёди чанинҳо ин норасоии хамроҳак, норасоии гипертензионӣ ва бисеробӣ, ки бавосита нишондиҳандаи сироятёбии чанин ҳалта, бинобар сифати пасти мониторинги партограммӣ мебошад. Натиҷаҳои ба даст оварда муҳимияти истифодаи босифати партограммаро ҳангоми валодати бо роҳи чинсӣ нишон медиҳад, ки ин ба паст шудани нишондодҳои мурдтаваллуд оварда мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: партограмма, мурдтаваллуд, ғавти антенаталӣ, ғавти интранаталӣ.

УДК 618.55-005.284

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, И ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ 2-ГО УРОВНЯ

¹Камилова М.Я., ¹Каландарова М.Х., ²Бобоев Д. М.

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

2. Родильное отделение центральной районной больницы г. Левакент

Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение в 2015-2019 годах в стационаре 2-го уровня. Изучение структуры показаний к операции кесарево сечение позволило выявить резервы снижения частоты кесарева сечения за счет правильной подготовки к беременности женщин с рубцом на матке и правильного ведения беременности женщин с тазовым предлежанием. Показано, что высокие цифры показателя частоты кесарева сечения не снижают перинатальную смертность. Необходимо провести регулярный анализ случаев кесарева сечения с использованием современных технологий, позволяющих оценивать эффективность каждой операции кесарево сечение. Для поиска резервов снижения частоты кесарева и определения оптимальных долей различных показаний в учреждении необходимо в дальнейшем провести анализ с использованием классификации Робсон.

Ключевые слова: частота кесарева сечения, перинатальная смертность, коэффициент эффективности.

Актуальность. Кесарево сечение в последние годы приобретает социально-экономическую значимость. Это связано с увеличением частоты кесарева сечения - метода, который не относится к методу родоразрешения естественным путем. Частота кесарева сечения в целом во всем мире растет, однако этот показатель отличается не только в различных странах, но в различных стационарах в пределах одной страны. В 2014 году частота кесарева сечения в мире составила 19,1%, а среднегодовой прирост ее составляет 4,4%. Наиболее

высокие цифры частоты кесарева сечения отмечены в странах с высоким уровнем развития, самые низкие в странах с низким уровнем развития. В Таджикистане в стационарах высокого уровня частота кесарева сечения составляет от 12% до 18% [3, 4, 7, 8, 9].

Важной задачей современного акушерства является снижение частоты кесарева сечения за счет увеличения частоты родов естественным путем. Согласно мнению Н.В.Савиной (2015) и соавт, резервом снижения частоты кесарева сечения у

женщин с рубцом на матке являются диспансеризация женщин с соматической патологией, усилия по снижению частота осложнений беременности, крупных плодов, планирование беременностей. Кроме того, кесарево сечение сопряжено с повышенной частотой осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, а также при последующих операциях [1, 6].

Абдоминальное родоразрешение имеет целью следовать главному принципу перинатальной медицины – сохранение здоровья матери и бережное родоразрешение для плода. Однако при достижении частоты кесарева сечения 15% снижение перинатальной смертности приостанавливается. Всемирная организация здравоохранения провела исследование, в котором показано, что если удельный вес операции кесарева сечения в структуре всех видов родоразрешения превышает 10%, то показатель материнской и перинатальной смертности не снижается. Политика по снижению частоты кесарева сечения предусматривает грамотное и квалифицированное определение показаний к операции при первых родах – это главный резерв снижения частоты операции [2, 3, 4, 5, 10].

Показатели учреждения 2-го уровня

Годы показатели	2015	2016	2017	2018	2019
Количество родов	1063	1100	878	1054	1211
Количество кесаревых сечений	144	123	57	82	99
Частота кесарева сечения	13,5%	11,2%	6,5%	7,8%	8,2%
Количество естественных родов	919	977	821	972	1112
Частота естественных родов	86,5%	88,8%	93,5%	92,2%	91,8%
Соотношение частоты кесарева сечения к естественным родам	0,16	0,13	0,07	0,08	0,09

Таблица №1

Как видно из представленных в таблице данных частота кесарева сечения за изученные годы колебалась от 6,5% в 2017 году до 13,5% в 2015 году, частота естественных родов колебалась от 86,5% до 93,5%.

Важной задачей современного акушерства является снижение частоты кесарева сечения за счет увеличения частоты родов естественным путем у женщин с рубцом на матке. Как видно на рисунке, данный показатель в учреждении 2-го уровня снижался в динамике изученных лет с 2015 по 2017 годы, а затем оставался примерно на одинаковом уровне.

Соотношение частоты кесарева сечения к родам через естественные родовые пути в динамике изученных лет представлено на рисунке 1.

Цель исследования: изучить связь показателя перинатальной смертности с частотой операции кесарева сечение в стационаре 2-го уровня.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечение в 2015-2019 годах в стационаре 2-го уровня.

Статистическая обработка включала вычисление частоты (абсолютное число случаев кесарева сечения, деленное на общее количество родов и умноженное на 100; абсолютное число естественных родов, деленное на общее количество родов и умноженное на 100). Подсчитывали соотношение частоты кесарева сечения к частоте естественных родов. Подсчет показателя перинатальной смертности – количество перинатальных смертей на 1000 рождений.

Полученные результаты и их обсуждение. В изученном учреждении в период с 2015 по 2019 годы количество родов колебалось от 878 до 1211. Количество родов в год и количество операций кесарева сечение за изученный период времени представлены в таблице 1.

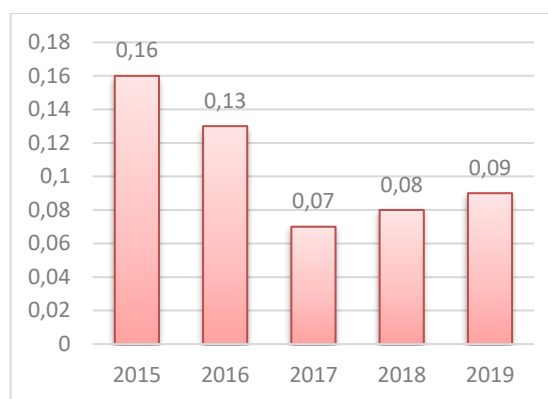


Рисунок 1 – Соотношение частоты кесарева сечения к частоте родов через естественные родовые пути

Показания к операции кесарева сечение представлены в таблице 2.

Показания к операции кесарево сечение в стационаре 2-го уровня в динамике изученных лет

Таблица №2

год	2015	2016	2017	2018	2019
показание					
Рубец на матке + осложнение	48(33,3%)	39(31,7%)	21(36,8%)	29(35,4%)	37(37,4%)
Тазовое предлежание + осложнение	15(10,4%)	16(13%)	7(12,3%)	10(12,2%)	11(11,1%)
Обструктивные роды	18(12,5%)	17(13,8%)	8(14%)	10(12,2%)	14(14,1%)
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	11(7,6%)	12(9,8%)	6(10,5%)	8(9,8%)	9(9,1%)
Тяжелая преэклампсия+осложнения	14(9,7%)	17(13,8%)	8(14%)	9(10,9%)	11(11,1%)
Поперечное положение пода	5(3,5%)	7(5,7%)	4(7%)	5(6,1%)	6(6,1%)
Другие	33(22,9%)	15(12,2%)	3(5,3%)	11(13,4%)	11(11,1%)
всего	144	123	57	82	99

Как видно из представленных в таблице данных, в динамике по годам отмечался рост частоты кесарева сечения у женщин с рубцом на матке от 33,3% до 37,4%. Рубец на матке во все годы имел наиболее высокий удельный вес в структуре показаний к операции кесарево сечение, что совпадает с данными литературы [1]. Тазовое предлежание, согласно клиническому протоколу, используемому в нашей стране, при сочетании с такими состояниями как аномалии развития матки, рубец на матке, крупный плод, гипоксия плода, переношенная беременность, отягощенный репродуктивный анамнез, определенная экстрагенитальная патология матери, является показанием к операции кесарево сечение. В нашем исследовании в динамике изученных лет тазовое предлежание в структуре показаний к операции кесарево сечение оставалось примерно на одинаковом уровне, и частота колебалась от 10,4% до 11,1%. Частота операций ввиду преждевременной отслойки плаценты составила от 7,6% до 10,5% в структуре показаний к операции. Относительно высокий процент обструктивных родов (от 12 до 14 %) требует более глубокого анализа партографического наблюдения родов этих пациенток. Тяжелая преэклампсия в сочетании с другими акушерскими осложнениями или осложнениями самой тяжелой преэклампсии являлась показанием к операции кесарево сечение от 9,7% до 14% за изученный период времени. Анализ структуры показаний к операции позволяет сделать заключение об имеющихся резервах снижения частоты кесарева сечения. Учитывая, что абдоминальное родоразрешение имеет целью следовать главному принципу перинатальной медицины – сохранение

здоровья матери и бережное родоразрешение для плода, мы сочли целесообразным проследить по годам динамику перинатальной смертности в изученном учреждении (рисунок 3).

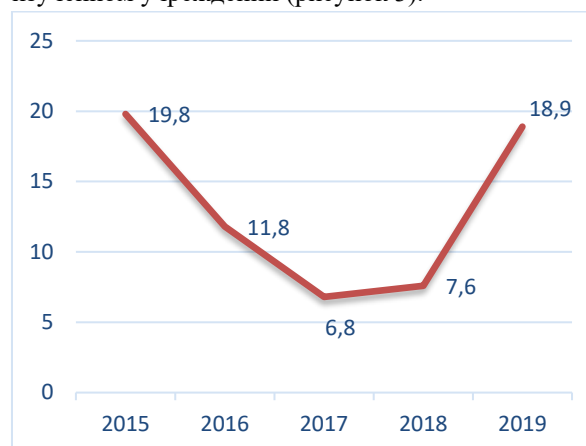


Рисунок 3 - Показатель перинатальной смертности в динамике по годам

Количество перинатальных смертей в 2015 году составило 21, в 2016 году – 13, в 2017 году – 9, в 2018 году – 8, в 2019 году - 23 случая. Из этих случаев мертворождения зарегистрированы в 5 случаях в 2015 году, в 7 случаях в 2016 году, 5 случаях в 2017 году, в 7 случаях в 2018 году, в 7 случаях в 2019 году. Соответственно, ранняя неонатальная смертность имела место в 16 случаях в 2015 году, в 5 случаях в 2016 году, в 4 случаях в 2017 году, в 1 случае в 2018 году и в 16 случаях в 2019 году.

Как видно из рисунка самый низкий показатель перинатальной смертности зарегистрирован в 2017 году – 6,8. В этом же году частота кесарева сечения была самой низкой (6,5%). Самый высокий показатель перинатальной смертности (19,8), и самая высокая частота кесарева сечения (13,5%)

имели место в 2015 году. Нашими исследованиями показано, что высокие цифры показателя частоты кесарева сечения не снижают перинатальную смертность. В 2019 год показатель перинатальной смертности оказался 18,9 при частоте кесарева сечения 8,2%. Данный период требует более глубокого анализа.

Заключение. Таким образом, необходимым вмешательством, улучшающим качество помощи матерям и детям, является регулярный анализ случаев кесарева сечения с использованием современных технологий, позволяющих оценивать эффективность каждой операции кесарева сечения. Для поиска резервов снижения частоты кесарева и определения оптимальных долей различных показаний в учреждении необходимо в дальнейшем провести анализ с использованием классификации Б. Робсон.

Список литературы

1. Айламазян ЭК, Серов ВН, Радзинский ВЕ, Савельева ГМ. *Акушерство. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР Медиа. 2015: 608 с.
2. Гурьев ДЛ, Охапкин МБ, Гурьева МС, Кабанов ИВ и др. Снижение частоты кесарева сечения и перинатальных потерь в стационаре уровня 3А с использованием классификации Робсона. *Доктор.Ру*. 2019; 159(4): 8–13.
3. Орлова ВС, Калашникова ИВ, Булгаков ЕВ и др. Современная практика операции кесарева сечение за рубежом. *Научные ведомости*. 2015; 161(18). Выпуск 23: 12-8.
4. Радзинский ВЕ, Логутова ЛС, Краснополский ВИ (под ред. ВИ Краснополского). *Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства*. Специальное Издательство Медицинских Книг (СИМК); 2018: 224 с.
5. Рымашевский АН, Набока ЮЛ, Потапова МВ. Современные проблемы абдоминального родоразрешения. *Медицинский вестник юга России*. 2013: 20-4.
6. Саввина НВ, Новгородова УР. Кесарево сечение и пути снижения репродуктивных потерь. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015; 23(4): 24-26.
7. Степанова РН. Проблема родоразрешения женщин после предшествующего кесарева сечения. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2018; (3): 19-27.
8. Хусейнова ДД, Умарова МА, Махмудова НМ и др. Анализ частоты кесарева сечения по городу Душанбе. *Материалы 6-го съезда акушеров-гинекологов Таджикистана*. Душанбе. 2016: 165-8.
9. Boatin A, Schlottheuber A, Betran AP. Within country inequalities in cesarean section rates: observational study of 72 low- and middle-income countries. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2018; 73(6): 333–4.
10. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Soares Madeira Domingues RM, Alves Torres J, Bastos Dias MA et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod. Health*. 2016; 13 (suppl. 3). 128.

FREQUENCY, STRUCTURE OF CAESARIAN SECTION TESTIMONY AND PERINATAL MORTALITY IN 2-D LEVEL HOSPITAL

¹Kamilova M.Y., ¹Kalandarova M. Kh., ²Boboev D.M.

1. State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan
2. Levakand delivery hospital

The object -2-d level hospital. Materials – cards of woman with caesarian section, reports for 2015-2019 years, methods - retrospective analyses. It was estimate decreasing of caesarian section frequency and increasing ratio of naturally labors to labors with caesarian section in 3 years period. The investigation of caesarian section reasons helped find reserves of decreasing of caesarian section frequency – correct prep ear woman with uteri suture for pregnancy, and correct control of pregnancy woman with breach presentation. It was shown that high indicators of frequency caesarian section do not indicator of perinatal mortality.

Key words: caesarian section frequency, perinatal mortality, coefficient of effectively.

**СОХТОРИ НИШОНДОДҶОИ БУРИШИ КАЙСАРИ ВА НИШОНДОДИ
ФАВТИ ПЕРИНАТАЛИ ДАР СТАТСИОНАРИ САТҶИ 2-ЮМ**

¹Камилова М.Я., ¹Қаландарова М.Х., ²Бобоев Д.М.

1. МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе;
2. Таваллудхонаи Беморхонаи маркази ноҳиявии шаҳри Леваконт.

Гузaronида шуд таҳлили ретроспективи таърихи таваллуди заноне, ки солҳои 2015-2019 дар статсионари сатҳи 2-юм ворид шуда ва бо роҳи буриши кайсарӣ таваллуд кунонида шуданд. Муайян карда шуд, паст намудани зудии буриши кайсарӣ ва мутаносибии баланд бардоштани таваллуди бо роҳи табиӣ чинсӣ нисбат ба таваллуди бо роҳи буриши кайсарӣ дар давоми 5 сол. Омехтани сохтори нишондодҳо барои буриши кайсарӣ имкон медиҳад, ки манбаъҳои паст намудани зудии буриши кайсариро бо назардошти бо таври дуруст омода намудан ба ҳомиладорӣ занони бо изи ҷарроҳӣ дар бачадон ва ҳомиладорони бо пешомади коси тифл доштaro муайян намояд. Нишон дода шуд, ки нишондодҳои баланди буриши кайсарӣ фавти перинатaлиро паст намекунад.

Калимаҳои калидӣ: зудии буриши кайсарӣ, фавти перинатaлӣ, коэффисенти самаранокӣ.

УДК 618.146-006.6:6616-089(476)

**ПАЛЛИАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ
РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ**

Каримова Ф.Н.

*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибн Сино, Душанбе, РТ.*

Проведенный сравнительный анализ результатов лечения больных с запущенными формами рака шейки матки, а также больных с рецидивами РШМ выявил более высокую эффективность метода сочетанной лучевой терапии в условиях радиомодификации препаратом Фторафур. Применение фторафура как радиомодификатора при лучевой терапии распространенного рака шейки матки ускорило темпы регрессии опухоли на 24% и увеличило позитивный ответ опухоли. Все это позволяет рассматривать эту схему модификации достаточно эффективной, как с точки зрения регрессии распространенных опухолевых процессов, так и в отношении сведения к минимуму риска лучевых реакций и осложнений, а также в удобстве проведения лечения, что в целом — обеспечивает достойное качество жизни больных с запущенной формой рака шейки матки.

Целью нашего исследования явилось сравнительная оценка результатов паллиативного лучевого лечения и химиолучевого лечения больных IIIb стадии и рецидивирующего РШМ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 146 больных IIIb стадией и рецидивирующим РШМ.

Для диагностики распространенности опухолевого процесса или подтверждения прогрессирования заболевания, а также для выбора тактики лечения больных были использованы следующие дополнительные методы обследования: ультразвуковая

диагностика с доплерографией, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, внутривенная урография, цистоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия.

Все больные, ввиду распространенности опухолевого процесса, получали лечение с паллиативной целью.

По методам проведенного лечения больные были разделены на две сопоставимые группы: I группу составили 83(56,8%) пациентки, получившие паллиативную дистанционную радиотерапию в суммарной дозе до 40 Гр; II группу составили 63(43,2%) пациентки, получившие паллиативную

дистанционную радиотерапию в суммарной дозе до 40 Гр с радиомодификацией препаратом Фторафур. Суммарные дозы Фторафура составили 800 мг в сутки — 400 мг утром и 400 мг вечером.

Статус больных (Performance status) оценивали до начала лечения, в процессе и после его окончания по 5-степенной системе ВОЗ (ECOG-WHO), представляющую собой модификацию шкалы Карновского.

Мониторинг регрессии опухоли мы проводили по критериям, рекомендованным ВОЗ, сопоставлением клинических данных и данных специальных методов лечения (УЗИ и МРТ). Критериями клинической оценки эффекта от проведенного лечения являлись динамика жалоб больных, степень регрессии размеров опухоли, инфильтратов в сводах влагалища, а также степень цитологического и морфологического патоморфоза, данные лучевых методов обследования.

Критериями эффективности проведенных методов лечения является степень патоморфоза при повторных взятиях мазков из опухоли после лечения в обеих группах на цитологическое исследование.

В результате IV степень патоморфоза не была выявлена ни в одном случае в обеих группах.

Патоморфоз III степени выявлен в 15 (23,6%) случаях в группе пациенток получавших комбинированное лечение и в 9 (11%) в группе получавших только лучевую терапию. I – II степень патоморфоза была в 46 (73,02%) и в 38 (45,7%) случаях соответственно.

Выводы. Таким образом, проведенный сравнительный анализ результатов лечения больных с запущенными формами рака шейки матки, а также больных с рецидивами РШМ выявил более высокую эффективность метода сочетанной лучевой терапии в условиях радиомодификации препаратом Фторафур. Применение фторафура как радиомодификатора при лучевой терапии распространенного рака шейки матки ускорило темпы регрессии опухоли на 24% и увеличило позитивный ответ опухоли. Все это позволяет рассматривать эту схему модификации достаточно эффективной, как с точки зрения регрессии распространенных опухолевых процессов, так и в отношении сведения к минимуму риска лучевых реакций и осложнений, а также в удобстве проведения лечения, что в целом — обеспечивает достойное качество жизни больных с запущенной формой рака шейки матки.

ТАБОБАТИ ПАЛЛИАТИВИИ БЕМОРОН БО РЕЦИДИВИ

САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН

Каримова Ф.Н.

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе, ҚТ.

Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобати беморони гирифтори шаклҳои пешрафтаи саратони гарданаки бачадон, инчунин беморони бозгашти саратони гарданаки бачадон самаранокии баландтари усули якҷояи терапияи радиатсияро дар шароити радиомодификация бо Фторафур нишон дод. Истифодаи Фторафур ҳамчун радиомодификатсия дар радиотерапия барои саратони пешрафтаи гарданаки бачадон суръати регрессии оморо 24% афзоиш дод ва воқуниши мусбати оморо баланд бардошт ва ин имкон медиҳад, ки ин нақшаи тағирот ҳам аз ҷиҳати регрессии равандҳои омори умумӣ ва ҳам аз ҷиҳати ҳадди ақалл кам кардани ҳавф баррасӣ карда шавад. ақсуламалҳои радиатсионӣ ва мушкilot, инчунин дар роҳати табобат, ки дар маҷмӯъ сифати муносиби зиндагии беморони гирифтори саратони пешрафтаи гарданаки бачаро таъмин мекунад.

УДК 618.14-006-089

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ И МОНИТОРИНГЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКА

Каримова Ф.Н., Махмудова Х.Х.

*Таджикский государственный медицинский университет
им.Абуали ибн Сино, Душанбе, РТ.*

В статье показано, что чувствительность и специфичность белка СА 125 и АФП соответствовали степени дифференцировки опухоли и степени распространённости опухолевого процесса, а также позволяет проводить более качественно мониторинг терапии рака яичников.

Рак яичников – ведущая причина смерти среди опухолей женской репродуктивной системы. Продолжительность жизни больных варьирует от нескольких месяцев до 4–5 лет. В последние годы в диагностике и оценке эффективности лечения, а также с целью коррекции тактики лечения злокачественных опухолей яичников широкое применение находит определение онкомаркеров.

Цель. Определение клинической значимости уровня онкомаркера СА 125 и АФП в сыворотке крови у больных раком яичников в зависимости от гистологической формы и степени дифференцировки злокачественных образований яичников.

Материалы и методы. У 94 больных с первичным злокачественными опухолями яичников уровни исходных серологических онкомаркеров были сопоставлены с результатами морфологического исследования. Из 94 пациенток обнаружены цистаденокарциномы различных типов: G1-34, G2-24, G3-26. Неэпителиальные злокачественные опухоли яичников были представлены: гранулезоклеточная-5, тератобластома-1, дисгерминома-4.

Результаты. Исследование уровня СА 125 проведено всем больным. Его среднее значение до начала лечения составило 171,90 Ед/мл, при максимальном значении 1200,30 Ед/мл. Максимальные значения СА 125 выявлены у больных с первичными серозными цистаденокарциномами, со

степенью дифференцировки G2-3 при III-IV стадиях распространения опухоли; при асцитных и полисерозитных формах. Минимальные референтные значения определялись при эндометриоидных и муцинозных рака яичников. Метастатические рак яичников характеризовались повышенным уровнем СА 125 до 160 Ед/мл. Неэпителиальные злокачественными образованиями яичников достоверной манифестации по уровню СА125 не демонстрировали, но отмечалось повышение уровня АФП.

При минимальном поражении оба маркера не давали достоверной информации. Эффективность проведенных курсов химиотерапии оценивались по динамике изменения уровня СА 125. Положительная динамика в виде регрессии опухоли сопровождалась снижением уровня онкомаркеров почти во всех случаях, что составило 62,1%. После завершения 4 курса химиотерапии средние показатели были близки к дискретному уровню составляя $36,3 \pm 15,8$. В 32,3% случаев, в связи отсутствием эффекта от проведенного лечения, схема химиотерапии пересмотрена.

Выводы. чувствительность и специфичность белка СА125 и АФП соответствовали степени дифференцировки опухоли и степени распространённости опухолевого процесса, а также позволяет проводить более качественно мониторинг терапии рака яичников.

THE VALUE OF THE LEVEL OF TUMOR MARKERS IN THE DIAGNOSIS AND MONITORING OF TREATMENT OF OVARIAN CANCER

Karimova F.N., Makhmudova H.H.

Avicenna Tajik State Medical University

The article shows that the sensitivity and specificity of the CA125 protein and AFP corresponded to the degree of differentiation of the tumor and the degree of spread of the tumor process, and also allows for better monitoring of ovarian cancer therapy.

МУҲИМИЯТИ САТҲИ ОНКОМАРКЕРҲО ДАР ТАШХИС ВА МОНИТОРИНГИ ТАБОБАТИ САРАТОНИ ТУХМДОН

Каримова Ф.Н., Махмудова Х.Х.

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе, ҚТ.

Дар мақола нишон дода шудааст, ки ҳассосият ва ҳосияти сафедаҳои СА 125 ва АФП ба дараҷаи тафрикаи омос ва дараҷаи раванди омос мувофиқат мекунамд ва инчунин барои беҳтар намудани назорати мониторинг ва сифати табobati саратони тухмдонҳо имкон медиҳад.

УДК 616.9:618.53

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Косимова М.Д., Абдурахманова С.К., Рахматова. Д.М., Солибоева М.А.

Согдийский областной родильный дом.

На основании ниже изложенных данных и проведенных анализов выявляемость внутриутробной пневмонии как основной диагноз увеличилось в два раза во время, что говорит о влиянии вирусных инфекций, в том числе корона вируса на плод и новорожденного.

Актуальность. Пандемия вызванная новым коронавирусом КОВИД19 является одним из первых вопросов медицины 2020 года не только в мире, но и в нашем государстве. Полностью влияние этого вируса во время беременности на плод и новорожденных полностью не изучены и определенного заключения по этим данным сделать нельзя, потому что период изучения очень короткий и такие осложнения вне времени пандемии тоже встречались

С момента официального объявления пандемии на территории Таджикистан мы наблюдали увеличению количества внутриутробных инфекций.

Цель. Изучить влияние перенесенных ОРВИ и подтвержденных СОВИД во время беременности на ранний неонатальный период новорожденных.

Материалы исследование. Нами было изучено 40 новорожденных. Из них:

I гр составили - 20 новорожденных от матерей с ОРВИ за 2019г (ретроспективный анализ).

II гр составили - 20 новорожденных от матерей с ОРВИ и подтвержденным КОВИД за 2020 г.

В анамнезе у всех женщин беременность протекала на фоне перенесенных ОРВИ с ковидом в сочетании с другими осложнениями что привело к инфицированию плода.

Анамнез беременности и дополнительные исследования одинаковы как в контрольной, так и сравнительной группах.

Акушерский анамнез в обследованных группах

Таблица №1

	I группа	II группа
Анамнез матери -ОРЗ	20	20 (подтвержденный ковид 6)
ПИОПВ	8 (40%)	13 (65%)
Хориоамнионит	3 (15%)	1 (5%)
Многоводие	4 (20%)	6 (30%)
Острое маловодие	4(20%)	5 (25%)
Индукция родов	4 (20%)	6 (30%)

Однако анализ показал, что осложнения во время беременности которые являются фактором высокого риска инфицирования плода, заметно вырос в период пандемии.

Реализация внутриутробной инфекции у детей клинически протекала с разными симптомами. У всех детей тяжесть состояния была обусловлена дыхательной недостаточностью разной степени тяжести причиной которых являлась в первую

очередь пневмония подтвержденная рентгенологически и проявлениями интоксикации.

Клинические проявления в исследуемых группах

Таблица №2

	I группа N=20	II группа N=20
Желтушность кожи с мраморным оттенком	7	6
Гастроэнтерит с парезом кишечника	10	7
Гепатоспленомегалия	2	3
Пневмония	1	5
Кашель	-	4
Гипертермия	-	6

В обследуемых группах отмечались изменения лейкоформулы (таблица 3). На рентгенограмме патологические изменения в виде пневмонии.

Патологические изменения головного мозга на нейросонографии не наблюдалось.

Лабораторные показатели в исследуемых группах

Таблица №3

	I группа N=20	II группа N=20
Лейкоцитарный индекс более 0,18	18	13
Лейкоцитоз	20	13
Рентгенограмма легких	1	4
Узи головного мозга с повышенной эхогенностью	13	16
ТОКСИ	1	2

Результат. Таким образом, на основании вышеизложенных данных и проведенных анализов выявляемость внутриутробной пневмонии как основной диагноз увеличилось в два раза во время, что говорит о влиянии вирусных инфекций, в том числе корона вируса на плод и новорожденного.

INTRAUTERINE INFECTION DURING A PANDEMIC

Kosimova M.D., Abdurakhmanova S.K., Rakhmatova. D.M., Soliboeva M.A.

Sughd regional maternity hospital.

The pandemic caused by the new coronavirus COVID19 is one of the first medical issues of 2020, not only in the world but also in our country. The effect of this virus during pregnancy on the fetus and newborns has not been fully studied and a definite conclusion cannot be made on these data because the study period is very short and such complications outside the time of the pandemic also occurred. Since the official announcement of the pandemic in Tajikistan, we have observed an increase in the number of intrauterine infections.

СИРОЯТИ ДОХИЛИБАТНИ ҲАНГОМИ ПАНДЕМИЯ

Косимова М.Д., Абдурахманова С.К., Рахматова. Д.М., Солибоева М.А.

Таваллудхонаи вилоятии Сугд

Дар асоси маълумотҳои ҷамъ овардашуда ва таҳлилҳои гузаронидашуда, суръати муайянкунии пневмонияи дохили батни ҳамчун таҳлили асосӣ дар вақташ ду баробар афзоиш ёфт, ки ин таъсири сироятҳои вирусӣ, аз ҷумла вируси корона ба ҳомила ва навзодро нишон медиҳад.

УДК 618.11-089.87

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (35-45 ЛЕТ) С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЯИЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.**Махмаджанова М.О., Ишан-Ходжаева Ф.Р.***ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ;*

Изучена минеральная плотность костной ткани (МПКТ) у женщин позднего репродуктивного возраста с преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ). Показано, что у женщин с ПНЯ остеопения диагностирована в 45% случаев, нижняя граница нормы – в 69% случаев. Установлено достоверное снижение средних значений МПКТ в обследованных отделах скелета по сравнению с соответствующими показателями у здоровых женщин репродуктивного возраста. Наиболее часто нарушения МПКТ выявлены в поясничном отделе позвоночника. Полученные результаты диктуют необходимость своевременной диагностики ПНЯ у женщин позднего репродуктивного возраста, терапии овариальной недостаточности и нарушений минерализации костной ткани, что будут способствовать профилактике остеопороза у данного контингента пациенток.

Ключевые слова: минеральная плотность костной ткани, поздний репродуктивный возраст, преждевременная недостаточность яичников, остеопороз, остеопения.

Актуальность. Одной из проблем современной гинекологии является преждевременная недостаточность яичников. Синдром преждевременной недостаточности яичников представляет собой патологическое состояние, характеризующееся преждевременным снижением работоспособности яичников, при котором снижается выработка овариальных гормонов и созревание яйцеклетки в возрасте до 40 лет и оказывает влияние на здоровье организма в целом [1,6,7].

Частота преждевременной недостаточности яичников среди женской популяции любых возрастных групп составляет от 1% до 2%, составляя в среднем 1,4%. Распределение частоты данной патологии по возрастным группам женщин характеризуется повышением частоты ПНЯ с увеличением возраста и диагностируется у 1 из 250 женщин в возрасте от 30 до 35 лет, у 1 из 100 женщин в возрасте от 35 до 40 лет [6,7,10].

Эстрогены играют защитную роль многих органов и систем органов – сердечно-сосудистой системы, костей и центральной нервной системы, а также обменные процессы. В связи с этим дефицит эстрогенов вызывает различные заболевания, так как рецепторы эстрогенов обнаружены во всех вышеперечисленных органах. В здоровом организме женщины дефицит эстрогенов является пусковым моментом в процессах старения организма женщин [2, 3, 5, 9].

Гипоэстрогемия является причиной развития нарушений минерализации костной ткани. У женщин с ПНЯ в репродуктивном возрасте с показателями эстрадиола менее 40 пг/мл, несмотря на молодой возраст, снижается МПКТ за счет изменения процесса ремоделирования костной ткани [5].

В норме максимальная костная масса регистрируется в 20-30 лет и до 40 лет остается неизменной, а после 45 лет начинает постепенно снижаться. При ПНЯ, когда происходит дефицит эстрогенов, эти процессы сдвигаются в сторону потери костной массы и зависят от возраста истощения яичников. Доказательством участия эстрогенов в метаболизме костной ткани является обнаружение рецепторов эстрогенов на остеобластах и остеокластах. Ремоделирование костной ткани зависит также от соотношения кальция и фосфора в организме, уровня витамина D, гормона роста, кальцитонина, гормонов щитовидной железы и надпочечников. Недостаток эстрогенов сопровождается снижением витамина D и кальцитонина, что способствует костной резорбции т.е эстрогены оказывают влияние на ремоделирование костной ткани как непосредственно, так и опосредовано [4,5, 8, 9].

Целью настоящего исследования явилось оценить минеральную плотность костной ткани у женщин позднего репродуктивного возраста (35-45 лет) с преждевременной яичниковой недостаточностью.

Материал и методы исследования. Для оценки овариальной функции у обследованных женщин определяли эстрадиол, прогестерон, ФСГ, ЛГ. Уровень гормонов в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием тест-системы, основанной на принципе конкурентного иммуноферментного анализа. При этом использовали иммуноферментный анализатор «Униплан-200» и диагностические КИТ наборы фирмы «ХЕМА-Медикс» (Россия). По данным лаборатории ТНИИ АГиП, функциональные нормы Е2 у женщин репродуктивного возраста в фолликулиновую фазу колеблются от 30 до 120 пмоль/л, в фазу овуляции данные параметры повышаются до 130-370 пмоль/л, в лютеиновую фазу снижается до 15 - 60 пмоль/л, в постменопаузе физиологические нормы Е2 составляют менее 160 пмоль/л. Показатели Р в фолликулиновую фазу составляют от 0 до 6 нмоль/л, в лютеиновую фазу от 10 до 89 нмоль/л. С целью определения функции яичников у женщин репродуктивного возраста проводилось ультразвуковое обследование матки и яичников проводилось на 5-7-11, 21-23 дни цикла с использованием трансвагинального датчика с частотой от 3,5 до 5 МГц. При этом оценивались размеры матки, яичников и состояние фолликулов. Толщину эндометрия определяли, измеряя передне-задний размер срединного маточного эха (М-эхо). Эндометрий расценивали как пролиферативный при обнаружении тонкой полоски, перивуляторный при наличии эхогенных линий, секреторный – при однородном М-эхо повышенной эхогенности. Состояние фолликулов в яичниках оценивали при УЗИ на 7-й, 11-й и 13-й день менструального цикла. С целью диагностики недостаточности лютеиновой фазы на 25 день менструального цикла измеряли диаметр желтого тела. Определение МПКТ (г/см²) производили методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЕХА) на аппарате двух энергетический фотонный денситометр фирмы Prodigy «Lunar» (США). Денситометрическим методом

определяется масса костного минерала, выраженная в граммах, площадь зоны обследования, выражается в см² и минеральная плотность костной ткани, выражается в г/см². Сопоставление полученных результатов проведено путем сравнения с нормальными значениями МПКТ здоровых людей с учетом возраста и массы тела (Z-критерий), который рассчитывается по формуле: $Z = (P - M) / SD$, где P – значение МПКТ данного пациента; M – среднее значение МПКТ у молодых женщин (20-39 лет) с учетом возраста и веса; SD – стандартное отклонение от этого среднего значения с учетом возраста и веса. Средний Z - критерий для любой возрастной группы равен 0. Z-критерий для женщин МПКТ, которых ниже среднего показателя для других лиц такого же возраста, составляет -1. При сравнении МПКТ исследуемых отделов скелета учитываются пол и раса пациента. Результат представляется в процентах к соответствующей норме, которая принимается за 100% и в единицах СО (SD). Таким образом, Z- критерий показывает отличие значений МПКТ от возрастной нормы.

Полученные результаты. Средний возраст обследованных женщин колебался от 35 до 40 лет. Среди обследованных женщин 30 человек имели нормальную овариальную функцию (контрольная группа). Остальные женщины имели клинические проявления преждевременной яичниковой недостаточности – нарушения менструального цикла. Нарушения менструального цикла в виде олигоменореи отметили 14 (70%) человек, аменореи 6 (30%) женщин. Отсутствие беременностей при регулярной половой жизни и отсутствии контрацепции установлено у 15 человек, что составило 75%.

Для подтверждения диагноза преждевременной недостаточности яичников проведено определение уровней гонадотропных и половых стероидных гормонов. Повышение уровней ФСГ и снижение уровня эстрадиола установлено у 18 (90%) женщин основной группы. Частота соматической патологии у женщин основной группы представлена на рисунке 1.

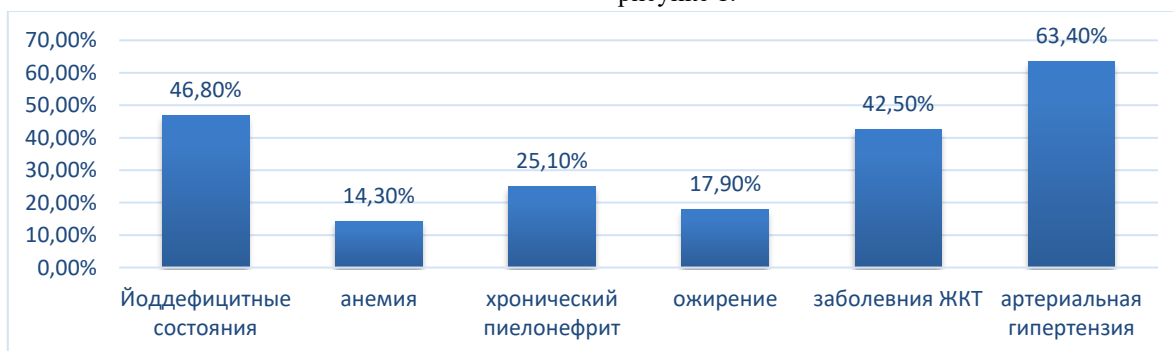


Рисунок 1. Частота соматической патологии у женщин с овариальной недостаточностью.

В анамнезе указали на наличие нарушений менструального цикла 10(50%) женщин основной группы. Миома была диагностирована 4(20%) женщинам, эндометриоз 5(25%) женщинам основной группы.

Результаты денситометрического исследования проведены всем обследованным женщинам обеих групп после получения добровольного согласия.

Нормальная МПКТ у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью диагностирована у 11 (55%), остеопения – у 9 (45%) человек. Среди женщин с нормальной МПКТ нижняя граница нормы отмечена у 9 человек, что составило 69,2%.

Нарушения МПКТ в поясничном отделе позвоночника выявлены в (44,4%), в проксимальном отделе бедра в (22,2%), сочетания различных отделов скелета в (33,4%) случаях.

Средние показатели денситометрии у женщин 35-40 лет с нормальной овариальной функцией и овариальной недостаточностью

Таблица №1

Отделы скелета	L1 – L4		Проксимальный отдел бедра	
показатели группы	МПКТ	Z-критерий	МПКТ	Z-критерий
Овариальная недостаточность	* 1,04±0,04	* -0,51±0,19	* 0,96±0,02	* 0,29±0,12
Нормальная овариальная функция	1,12±0,02	0,47±0,10	1,02±0,01	0,47±0,11

Примечание: * - $p < 0,05$ – достоверное отличие денситометрических показателей у женщин с овариальной недостаточностью по сравнению с соответствующими показателями у женщин с нормальным паритетом

Как видно из представленных данных, у женщин с овариальной недостаточностью 20-29 лет отмечалось достоверное ($p < 0,001$) снижение средней МПКТ в поясничном отделе позвоночника и в проксимальном отделе бедра по сравнению с данными показателями у здоровых женщин той же возрастной группы. Средние значения Z-критерия в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) и в проксимальном отделе бедра у женщин с овариальной недостаточностью достоверно ($p < 0,05$) снижались по сравнению с соответствующими показателями у женщин контрольной группы.

Удельный вес нарушений МПКТ у женщин позднего репродуктивного возраста среди женщин с овариальной недостаточностью составил 45%, т.е. почти у каждой 2-й женщины. Достаточно высокий процент женщин с нижней границей нормы МПКТ у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью обуславливал



Рисунок 2. - Распределение нарушений МПКТ в различных отделах скелета у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью.

Результаты денситометрического исследования у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью представлены в таблице 1

достоверное снижение средних значений МПКТ в обследованных отделах скелета по сравнению с соответствующими показателями у здоровых женщин репродуктивного возраста.

Таким образом, своевременная диагностика ПНЯ у женщин позднего репродуктивного возраста, терапия овариальной недостаточности и лечение нарушений минерализации костной ткани будут способствовать профилактике остеопороза у женщин с остеопенией, сохранению МПКТ и профилактике переломов у женщин с остеопорозом.

Список литературы

1. Айламазян ЭК, Кулаков ВИ, Радзинский ВЕ, Савельева ГМ. *Акушерство. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014: 1200 с.
2. Балан ВЕ, Ильина ЛМ, Тихомиров ЕВ. Кардиометаболические расстройства и менопауза. *Гормонотерапия. Гинекология*. 2017; 19(5): 10-4.

3. Баранова ИА, Белая ЖЕ, Гассер РВ и др. *Остеопороз: руководство для врачей* (под ред. ОМ Лесняк). М.: «Гэтар-Медиа»; 2016: 464 с.
4. Дедов ИИ и др. *Остеопороз. Клинические рекомендации*. Москва.; 2016: 104 с.
5. Иловайская ИА, Лабезник ЛБ, Зекцер ВЮ и др. Состояние костной ткани и минеральной плотности костей у пациенток с центральным гипогонадизмом как показатели преждевременного старения. *Остеопороз и остеопатии*. 2015; (1): 10-3.
6. Марченко ЛА, Машаева РИ. Клинико-лабораторные критерии оккультной формы преждевременной недостаточности яичников. *Гинекология*. 2018; 20 (6): 73–6.
7. Табеева ГИ, Шапилова НН, Жахур НА и др. Преждевременная недостаточность яичников – загадка XXI века. *Акушерство и гинекология*. 2013; (12): 16-21.
8. Kanis JA, Harvey NC, Cooper C et al. A systematic review of intervention thresholds based on FRAX: A report prepared for the National Osteoporosis Guideline Group and the International Osteoporosis Foundation. *Arch Osteoporos*. 2016; 11(1): 25.
9. Manson JE, Woodruff TK. Reproductive Health as a Marker of Subsequent Cardiovascular diseases: the role of estrogens. *JAMA Cardiol*. 2016; (7): 776-7.
10. Webber L et al. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Human Reproduction*. 2016; 31(5): 926–37.

FEATURES OF BONE MINERALIZATION IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE WITH PREMATURE OVARIAN FAILURE

Makhmadjonova M.O., Ishan-Khadzhaeva F.R.

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

The mineral density of bone tissue was studied in women of late reproductive age with premature ovarian failure. It was shown that in women with premature ovarian failure, osteopenia was diagnosed in 45% of cases, the lower limit of the norm – in 69% of cases. A significant decrease in the average values of bone mineral density in the examined parts of the skeleton was found in comparison with the corresponding indicators in healthy women of reproductive age. The most common abnormalities in bone mineral density are found in the lumbar spine. The results obtained dictate the need for timely diagnosis of premature ovarian failure in women of late reproductive age, therapy of ovarian insufficiency and bone mineralization of osteoporosis in this contingent of patients.

Key words: mineral density of bone tissue, late reproductive age, premature ovarian failure, osteoporosis, osteopenia.

ХУСУСИЯТҲОИ МИНЕРАЛИЗАТСИЯИ БОҒТАҲОИ УСТУХОН ДАР ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ ОХИРИ ЗОИМӢ (35-45 СОЛА) БО НОКОМИИ БАРМАҲАЛИ ТУХМДОНҲО

Маҳмадҷонова М.О., Ишон-Хочаева Ф.Р.

МД Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе

Зичии минералии боғтаҳои устухони (ЗМБУ) занони синну соли охири зоиимӣ бо нокомии бармаҳали тухмдонҳо (НБТ) омӯхта шуд. Маълум гардид, ки остеопения дар 45 % занони дорони (НБТ) таъхис гардида, ҳудуди поёни меъёрӣ дар 69 % ҳолатҳо таъхис гардид. Муқаррар карда шуд, ки нишондиҳандаҳои миёнаи ЗМБУ дар қисмҳои тафтишшудаи скелет нисбат ба нишондиҳандаҳои марбут дар занони солими синну соли репродуктивӣ коҳиши ҷиддӣ дорад. Норасоии ЗМБУ бештар аз ҳама дар қисмати миёни сутунмуҳра ба мушоҳида расида аст. Натиҷаҳои ба дастоварда зарурати таъхиси саривактии НБТ дар занони синну соли охири репродуктивиро талаб намуда, терапияи норасоии овариалӣ ва ихтилоли минерализатсияи боғтаҳои устухон ҷиҳати пешгирии остеопороз дар ин гуна беморон мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: зичии минералии устухон, синну соли охири зоиимӣ, нокомии бармаҳали тухмдонҳо, остеопороз, остеопения.

УДК 618.174 (075.8)

**ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ
ЖЕНЩИНАМ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

Мирзоева А.Б., Камилова М.Я., Амин-заде Н., Мухтоджова Г.А.

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

Результаты исследования показали, что нам необходимо дальше работать над улучшением качества помощи женщинам с факторами риска развития кровотечений на антенатальном уровне и женщинам, у которых беременность, роды и послеродовый период осложнились акушерскими кровотечениями на стационарном уровне.

Ключевые слова: улучшение качества, помощь женщинам, акушерские кровотечения.

Актуальность. Акушерские кровотечения остаются весьма актуальной проблемой современного акушерства в связи с высокой частотой данного осложнения, особенно в развивающихся странах. Социальная значимость акушерских кровотечений определена достаточно высокими цифрами материнской смертности при данном осложнении. Каждый четвертый случай материнской смертности в мире связан с кровотечением. В Таджикистане в структуре причин материнской смертности акушерские кровотечения в настоящее время продолжают занимать лидирующие позиции [1, 3, 5, 6].

В последние годы внедрение стандартизации профилактики и помощи женщинам с акушерскими кровотечениями способствовало предоставлению действенной медицинской помощи в случаях развития данного осложнения. Раннее распознавание и своевременное надлежащее вмешательство являются важными моментами для снижения частоты последствий акушерских кровотечений, приводящих к материнской заболеваемости и смертности. Внедрение национальных стандартов профилактики и лечения акушерских кровотечений в практику учреждений Республики Таджикистан, оказывающих помощь матерям и детям, способствовало снижению материнской смертности в 2 раза. Однако риск развития акушерских кровотечений и материнской смертности от кровотечений остается более высокими по сравнению с развитыми странами [2, 4, 7].

Научные исследования, посвященные анализу определенных показателей, связанных с акушерскими кровотечениями, являются весьма актуальными, так как позволяют косвенно судить о слабых сторонах практик учреждений, установление

которых дает возможность улучшать службу родовспоможения, и в том числе помощь женщинам с акушерскими кровотечениями.

Цель исследования. Оценить некоторые социально-медицинские особенности женщин с акушерскими кровотечениями и показатели акушерских кровотечений в стационаре 3-го уровня для определения решений с целью улучшения качества помощи матерям.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явился научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Клиника института является стационаром 3-го уровня, обслуживающего женщин всех регионов страны. Нами проведен ретроспективный анализ 101 истории родов женщин, поступивших в НИИ АГ и П МЗ и СЗН РТ в 2019 и 2020 годах, беременность, роды и послеродовый период которых осложнились акушерскими кровотечениями. Проведена оценка социальных и медицинских аспектов, структура частоты различных причин кровотечений и частоты различного объема кровопотери, а также частота органодуляющих операций при акушерских кровотечениях.

Статистический анализ включал подсчет доли в процентах вышеописанных показателей.

Полученные результаты и их обсуждение. Среди обследованных женщин наиболее часто встречались женщины возрастной группы 25-35 лет (50–49,5%). Каждая 4-я женщина (26,7%) была отнесена к возрастной группе женщин 18-25 лет. Удельный вес женщин в возрасте 35-45 лет составил 13,95. Таким образом, 76,2% женщин были в активном репродуктивном возрасте.

Женщин, жительниц села (79 – 78,2%) было в 3 раза больше, чем жительниц города (22-21,9%), что характерно для изученного учреждения, преимущественно обслуживающего пациенток различных регионов страны.

Большая часть обследованных женщин были домохозяйками (82 – 81,2%), работницы составили 10,9%, студентки – 7,9%. По уровню образованности женщины распределялись следующим образом: среднее образование имели 76 (75,2%), среднее специальное образование – 18 (17,8%), высшее образование – 7(6,9%). Социальный статус и уровень образованности женщин определяет многие аспекты здоровья женщин, так как окружающий социум дает возможность получать больше информации, в том числе касающейся здоровья, а уровень образованности более правильно воспринимать эту информацию.

Таким образом, особенности социальной характеристики обследованных женщин определили направление необходимости изучения причин и значимости таких социальных факторов риска акушерских кровотечений, как возраст, место жительства, уровень образования и социального статуса.

Изучение влияния количества антенатальных визитов на частоту акушерских кровотечений показало, что количество визитов при антенатальном наблюдении не уменьшает частоту акушерских кровотечений (рисунок1). Среди женщин с акушерскими кровотечениями 3 визита и более имели 60 (59,4%) женщин, 1-3 визита – 10(9,9%), ни разу не посетили центр репродуктивного здоровья 31(30,7%).



Рисунок 1 – Частота акушерских кровотечений в зависимости от количества антенатальных визитов

По-видимому, результаты антенатального наблюдения определяют не количество посещений, а качество помощи при визитах. Данные цифры

определяют необходимость улучшения до госпитальной акушерской службы.

Среди женщин с акушерскими кровотечениями интергенетический интервал 3 года имели 31(30,7%), менее 3-х лет -38 (37,6%), более 3-х лет – 26(25,7%). Удлинение интергенетического интервала снижает частоту акушерских кровотечений на 12%. Данные цифры указывают на необходимость укреплять службу планирования семьи.

Распределение женщин с акушерскими кровотечениями по паритету показало, что каждая 2-я женщина были повторнородящими, каждая 3-я первородящими и многорожавшими. Согласно данным литературы, акушерские кровотечения чаще встречаются среди многорожавших женщин. Полученные нами результаты указывают на необходимость рассматривать факторы риска развития акушерских кровотечений в комплексе.

Частота перенесенной экстрагенитальной патологии

Таблица №1

ЭГЗ	Кол-во	процент
ОРВИ	78	77,2
Ангина, тонзиллит	51	50,5
Йоддефицитные состояния	80	79,2
Анемия	50	49,5
Заболевания органов дыхания	30	29,7
Заболевания ЖКТ	40	39,6
Хронический пиелонефрит, МКБ	63	62,4

Наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями были йоддефицитные состояния, анемия и хронический пиелонефрит. Перенесенные ОРВИ и ангины отмечены у 77,2% и 50,5% женщин, беременность, роды и послеродовый период которых осложнились кровотечениями (таблица 1). Высокая частота ОРВИ и ангины у женщин с акушерскими кровотечениями позволяет предположить возможность перенесенного COVID -19 в легкой форме, способствующей дисфункции эндотелия сосудов, нарушениям свертывающей системы крови, что способствует повышению частоты акушерских кровотечений. Данный вопрос требует дальнейших исследований.

Структура причин акушерских кровотечений представлена на рисунке 2.

Наиболее частой причиной акушерских кровотечений остается гипотоническое кровотечение (48,5%), преждевременная отслойка плаценты и предлежание плаценты составили 47,5%.



Данные цифры указывают на высокую частоту послеродовых гипотонических кровотечений, что требует оценки практики активного ведения 3-го периода родов в данном учреждении. Более глубокий анализ случаев гипотонических осложнений показал, что в 39 (79,6%) случаях из 49 послеродовые кровотечения наблюдались при родоразрешении абдоминальным путем, что определяет актуальность проведения анализа использования активного ведения 3-го периода родов при кесаревом сечении и качества наблюдения за послеоперационными пациентами. Распределение женщин по объему кровопотери представлено в таблице 2

Распределение женщин по объему кровопотери
Таблица №2

Объем кровопотери	количество	%
500-999 мл	16	15,8
1000-1499 мл	62	61,4
1500-1999 мл	14	13,9
2000- 2499 мл	9	8,9

Необходимо отметить, что наиболее часто объем кровопотери составлял 1000-1499 мл, что определяет необходимость проведения анализа практик наблюдения в послеродовом периоде и качества оказания неотложной акушерской помощи. Частота массивных кровотечений составила 8,9%, чаще это были случаи предлежания плаценты у женщин с рубцом на матке, что также требует внедрения кровосберегающих технологий при проведении кесарева сечения таким пациенткам.

Достаточно большое количество плазматрансфузий (5-49,5%) и гемотрансфузий (64 -63,4%) обусловлено значительным количеством кровотечений с объемом кровопотери больше 1000,0 мл – 84,2%.

Таким образом, результаты настоящего исследования показали, что нам необходимо дальше работать над улучшением качества помощи женщинам с факторами риска развития кровотечений на антенатальном уровне и женщинам, у которых беременность, роды и послеродовый период осложнились акушерскими кровотечениями на стационарном уровне.

Список литературы

1. Айламазян ЭК, Кулаков ВИ, Радзинский ВЕ и др. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГОТАР-Медиа; 2013, 1200 с.
2. Айламазян ЭК, Атласов ВО, Ярославский КВ, Ярославский ВК. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (pearmiss). *Журнал акушерства и женских болезней*. 2016; LXV(4): 15-23.
3. Баранов ИИ, Токова ЗЗ. Эпидемиология материнской смертности в мире. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2012; 13-8.
4. Зайнулина МС, Корнюшина ЕА, Кривонос МИ. Стратегия преодоления материнской смертности, обусловленной кровотечением. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2015; LXIV(2): 33-41.
5. Отчет национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности в Республике Таджикистан за 2-13 год. *ВОЗ и Ассоциация акушеров-гинекологов Республики Таджикистан*. Душанбе, 2014: 29 с.
6. Сурина МН, Марочко ТЮ. Акушерские кровотечения как основная причина критических состояний и материнской смертности. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2016; 1(3): 81-7.
7. Tamburlini G, Siupsinskas G, Bacci A. Maternal and Neonatal Care Quality Assessment Working Group. Quality of maternal and neonatal care in Albania, Turkmenistan and Kazakhstan: a systematic, standard-based, participatory assessment. *PLoSOne*. 2011; 6(12).

FURTHER STEPS TO IMPROVE THE QUALITY OF CARE FOR WOMEN WITH OBSTETRIC BLEEDING

Mirzoeva A.B., Komilova M.Y., Amin-zoda N., Mukhtodgova 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*

The results of the study showed that we need to continue to work to improve the quality of care for women with risk factors for bleeding at the antenatal level and for women whose pregnancy, childbirth and the postpartum period were complicated by obstetric bleeding.

Key word: quality improvement, help women, obstetric bleeding

**ИҚДОМҲОИ МИНБАЪДА БАРОИ БЕҲТАР КАРДАНИ СИФАТИ
НИГОҲУБИНИ ЗАНОНИ ДОРОИ ХУНРАВИИ АКУШЕРӢ
Мирзоева А.Б., Комилова М.Ё., Амин-зода Н., Мухточова Г.А.**

МД Пажӯишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки мо бояд корро дар самти баланд бардоштани сифати нигоҳубини занони дорои омилҳои хавфи хунравӣ дар сатҳи антенаталӣ ва заноне, ки хомиладорӣ, валодат ва давраи баъди таваллуд бо хунравӣ дар сатҳи статсионарӣ анҷом ёфтааст, идома диҳем.

Калимаҳои калидӣ: баланд бардоштани сифат, кумак ба занон, хунравии акушерӣ.

**УДК 616-053.2(470.41):314.14
НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ
НИЗКОЙ МАССЫ ТЕЛА, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРИ-НОСИТЕЛЯ ВУИ
Музаффаров Ш.С., Зурхолова Х.Р.,
Саломова Ш.Н., Нурова Р.А., Мирзоева Г.Т.**

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

У недоношенных с низкой и очень низкой массы тела детей, рожденных от матери-носителя внутриутробной инфекции, отмечались различные неврологические сдвиги, которые характеризуются функциональными и органическими поражениями ЦНС и все показатели подтверждают высокую нейротропность возбудителя TORCH инфекции. У недоношенных новорожденных детей с низкой и очень низкой массы тела, в раннем неонатальном периоде синдром угнетения и судорожный синдром преобладают над другими синдромами, что отражают органических и функциональных поражения различных структур головного мозга у детей с низкой и очень низкой массы тела.

Ключевые слова: недоношенность, неврология, внутриутробные инфекции.

Актуальность. Несмотря на определенные успехи перинатологии, частота поражений ЦНС у детей снижается незначительно, и актуальность данной проблемы являются чрезмерной. Основными патогенетическими факторами повреждения мозга являются гипоксически ишемическое, травматическое воздействие и внутриутробное инфицирование. У беременных женщин при положительных

ответах на образование антител TORCH-инфекции имело место неблагоприятное воздействие на беременность, а также на все органы и системы плода, особенно на нее ЦНС [1.3.4].

В структуре детской инвалидности, поражения нервной системы, составляют около 50%, а заболе-

вания нервной системы, приводящие к инвалидизации и дезадаптации детей, в 70-80% случаев обусловлены перинатальными факторами [1.3.4.5]. Внутриутробные инфекции (ВУИ) как с восходящим, так и гематогенным инфицированием относятся к числу важнейших патологических процессов. ВУИ как причину перинатального поражения нервной системы (ППНС) принято диагностировать при наличии у новорожденного выраженной клинической картины заболевания, протекающего с вовлечением центральной нервной системы (ЦНС) [1.4.5].

При таких ВУИ, как хламидии, микоплазмы, вирусы семейства *Herpesviridae* и другие возбудители маломанифестные инфекции, часто не описывают яркой симптоматики в период новорожденности, что позволяет обозначить их как маломанифестные инфекции (ММИ). Вялотекущий воспалительный процесс, вызванный хламидиями, микоплазмами и вирусами герпеса, может не быть ведущим фактором тяжелого инвалидизирующего поражения ЦНС, а играть роль дополнительного фактора [1].

Цель исследования. Оценить некоторые клинико-неврологические показатели недоношенных новорожденных детей с низкой и очень низкой массы тела, рожденных от матери-носителя различного варианта ВУИ.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования были 30 недоношенных новорожденных детей различного гестационного возраста с низкой и очень низкой массы тела, госпитализированных с целью оказания экстренной помощи и восстановления их здоровья в отделение реанимации новорожденных и отделение 2-этапа выхаживания новорожденных ГУ НИИ Акушерства, Гинекологии и Перинатологии Таджикистана.

В качестве материалов исследования использовали карты наблюдения развития недоношенных новорожденных детей с низкой и очень низкой массы тела и история родов их матерей. Для оценки состояния здоровья наблюдаемых недоношенных новорожденных детей были изучены анамнез жизни матери, анамнез жизни и заболевания ребенка, антропометрические показатели во время родов и обследования, результаты физического осмотра и показатели лабораторно-инструментальных обследований, включая нейросонографию. Нейросонография проводилась с помощью аппарата Samsung Medison UGEO HM70A. Исследования проводилась в стандартных плоскостях сканирования.

Статистическую обработку проводили с помощью компьютерной программы «Statistica 6.0» (StatSoft Ins., USA). Различия считались статистическими значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и ее обсуждение.

Среди наблюдаемых недоношенных больных детей мальчиков были 13 (43,3%), девочек 17 (56,7%). Новорожденные дети были рождены от матерей молодого возраста (17-20 лет) в 18 случаях (60%), а 12 (40%) младенцев родились от матерей в возрасте старше 37 лет.

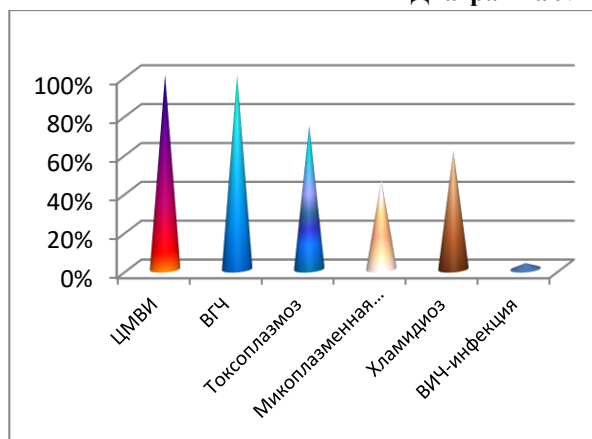
В результате анализов анамнестических данных матерей наблюдаемых недоношенных новорожденных детей чаще имели места хронические соматические патологии. В анамнезе матерей, обследуемых детей отмечались самопроизвольные выкидыши (67%), медицинские аборт, частые обострения инфекций передающиеся половым путем (84%), гинекологические патологии (эндометрит, сальпингооофарит, кольпит, аднексит-57%), заболевания почек (хронический пиелонефрит в стадии обострения-72%), болезни крови и кроветворных органов (анемия-52%, лейкопения-3%), заболевания кожи (дерматит беременных-60 %, псориазные поражения кожи-6% , аллергия-3%), заболевания сердечно-сосудистой системы (врожденные пороки сердца-3%, приобретенные пороки сердца-4%, варикозное расширение вен конечности-43%, сердечные патологии функционального происхождения-48%), заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит и гастроэнтероколит-41%) и урогенитальные патологии в виде цистита (74%) и уретрита (63%).

Анализ на TORCH-инфекцию у матерей наблюдаемых новорожденных показал диагностические титры цитомегаловирусной инфекции (100%), герпес (100%), хламидиоз (74%), токсоплазмоз (61%) и микоплазменную инфекцию (46%). В 1 (3%) случаев отмечалось ВИЧ-инфекция и до беременности, и в течение беременности была проведена адекватная АРВ-терапия с плановым определением уровня вирусной нагрузки методом ПЦР и родоразрешение проводилась путем кесарева сечения (диаграмма №1).

Гестационные гипертензивные нарушения отмечались у 13 (43,3%) женщин, токсикоз на первом триместре у 16 (53,3%), токсикоз на втором триместре у 14 (46,6%), токсикоз на третьем триместре у 12 (40%) женщин, нарушения плацентарного кровообращения у 12 (40%) и нарушения фетоплацентарного кровообращения отмечались у 7 (23,3%).

Вирусно-микробный пейзаж у матери наблюдаемых групп детей

Диаграмма №1



Бессимптомная бактериурия беременных отмечалась у 18 (60%) женщин. В 16 (53,3%) случаев отмечалась умеренная преэклампсия, в 12 (40%) случаев тяжелая преэклампсия. Эклампсия с повторными судорожными явлениями отмечалась у 2 (6%) женщин. От первой беременности были 19 (63,3%), от 2-й 7 (23,3%), от 3-й и выше-4 (13,3%) новорожденных детей. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов получили 10 (30%) новорожденных детей, 5-4 балла 14 (46,6%) новорожденных и 1-3 балла 6 (20%) новорожденных детей.

Среди наблюдаемых недоношенных новорожденных детей 6 (20%) родились со сроком гестации менее 28 недель, масса тела при рождении составляла 1090 ± 170 гр, длина тела $32,9 \pm 1,8$ см. Со сроком гестации 28-34 недель родились 8 (26,6%) недоношенных новорожденных, средняя массы тела при рождении 1430 ± 270 гр, средняя длина тела $37,5 \pm 2,9$ см. 16 (53,3%) недоношенных детей родились при сроке гестации 34-36 недель и у этих детей масса тела составляла $2170 \pm 360,4$ гр, средняя длина тела $43,9 \pm 2,3$ см.

Состояния наблюдаемых недоношенных новорожденных детей с низкой и очень низкой массы тела при рождении отражено на таблице №1.

Клинико-амнистические данные недоношенных новорожденных детей с низкой и очень низкой массы тела

Признаки	Показатели
Гестационный возраст	28-35 $\pm$ 1,9 недель
Вес при рождении	1500-2349 $\pm$ 121 гр
Рост при рождении	33-45 см
Оценка по шкале Апгар на 1-ая минута	2 $\pm$ 1,9 балл
Оценка по шкале Апгар на 5-е минута	4 $\pm$ 2,0 балл

Исходя из данных таблицы, можно думать о том, что все наблюдаемые нами дети претерпевали гипоксию и асфиксию различного генеза и степени тяжести в интранатальном периоде. После проведения первичной реанимации новорожденных в динамике в большинстве случаев состояния детей имели тенденции к лучшим сторонам, но при этом в зависимости от степени зрелости органов и систем, а также клинических показателей их состояния оценивалось как тяжелое и очень тяжелое.

Неврологические обследования наблюдаемых недоношенных новорожденных были основаны на оценку уровня двигательной активности, крика, возбудимости, проявления тремора, судорожное состояние, мышечного тонуса, периостальных рефлексов, реакции зрачков, характера дыхания и наличия очаговой неврологической симптоматики. Во время определения степени изменения двигательной активности гиподинамия отмечалась у 18 (60%), адинамия у 6 (20%) и гиперкинезы у 4 (13,3%). В 13 (43,3%) случаев наблюдались слабый крик, в 9 (30%) стонущий крик и стон с нарушением дыхания отмечалась у 8 (26,6%) недоношенных новорожденных наблюдаемых детей.

При оценке мышечного тонуса в 23 (76,6%) случаев отмечались гипотония отмечались и в гипертонус мышц у 8 (26,6%). Степени поражения центральной нервной системы в неонатальном периоде оценивались путем определения наличия синдромов, подтверждающих поражение ЦНС. Синдром угнетения отмечались у 18 (60%), синдром вегето-висцеральной дисфункции у 9 (30%), судорожное состояние у 4 (13,3%), синдром двигательного нарушения у 9 (30%) и гипертонивно-гидроцефальный синдром у 8 (26,6%) (диаграмма №2).

Показатели неврологического изменения у детей с низкой и очень низкой массы тела

Диаграмма №2



В результате нейросонографического исследования определили, что у 13 (43,3%) имеет место перивентрикулярной ишемии, церебральной ишемии у 10 (30%), в 7 (23,3%) случаях отмечались внутрижелудочковое кровоизлияние 1 степени (39 %), 2 степени (41%), 3 степени (20%) . Выраженная дилатация боковых желудочков отмечалась у 6 (20%).

Степени выраженности неврологические отклонения у новорожденных детей, рожденных от матери-носителя ВУИ зависит не только от типа возбудителя и ее нейротропность, а также зависит от перинатальных факторов, влияющих на течение беременности и родов. Кроме этого, состояние ребенка на первые минуты жизни являются индикатором дальнейшего неврологического развития младенцев и перинатального исхода.

Следует отметить, что степени выраженности неврологических признаков у недоношенных новорожденных с низкой и очень низкой массы тела, рожденных от матерей носителя ВУИ зависит не только от анамнеза жизни матери и течение настоящей беременности, а ещё зависит от интранатальных факторов, влияющих на адекватную вентиляцию лёгких и обеспечивающих рациональный обмен газов и метаболизма.

В раннем неонатальном периоде у детей с низкой и очень низкой массы тела наряду с неврологическими расстройствами можно отмечать ряд патологий недоношенных, включая синдром дыхательных расстройств, апноэ недоношенных, неадекватное пищеварение и нарушения температурного баланса, что косвенно влияют на неврологический гомеостаз недоношенных новорожденных детей и усугубляют течение неврологического развития недоношенных новорожденных. У детей в раннем неонатальном периоде преобладали синдром угнетения и судорожный синдром над другими неврологическими синдромами.

В позднем неонатальном периоде у детей с низкой и очень низкой массы тела, рожденных от матерей носителя ВУИ отмечались патологическая убыль массы тела, длительная конъюгационная желтуха, нарушение нейрорефлекторной активности, снижение выраженности безусловных рефлексов и различные метаболические нарушения, на основании которых усугубили нарушения неврологиче-

ского статуса. В целом у детей в позднем неонатальном периоде преобладал синдром нейрорефлекторного возбуждения и вегето-висцеральный синдром над другими неврологическими симптомами.

Выводы. У недоношенных с низкой массы тела детей, рожденных от матери-носителя внутриутробной инфекции, отмечались различные неврологические сдвиги, которые характеризуются функциональными и органическими поражениями ЦНС и все показатели подтверждают высокую нейротропность возбудителя TORCH инфекции.

У недоношенных новорожденных детей с низкой и очень низкой массы тела на фоне ВУИ чаще развиваются глубокие неврологические отклонения с неблагоприятными перинатальными и поздними исходами по сравнению с младенцами с низкой массы тела, что подтверждает глубокую морфофункциональную незрелость центральной нервной системы и меньшей степени миелинизацию нервных волокон у этих детей.

Список литературы

1. Пальчик АБ, Фёдорова ЛА, Понятишин АЕ. *Неврология недоношенных детей*. М.: МЕДпресс-информ; 2010: 342 с.
2. Лобзина ЮВ (под ред.). *Врожденные инфекции: клиника, диагностика, лечение, профилактика: Учебное пособие для врачей*. Издание 2-е, исправленное и дополненное. С-П: Тактик-Студио. 2013; 104 с.
3. Иванова МВ, Миндалина АЯ, Серебрий АБ. О необходимости изменения подходов к регистрации инфекций новорожденных, связанных с оказанием медицинской помощи, и внутриутробных инфекций. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2019; 18 (2): 104-12.
4. Новикова ОН, Ушакова ГА. Современные подходы к диагностике внутриутробных инфекций. *Рос.вестн. акушера-гинеколога*. 2016; (4): 36-41.
5. Ткаченко АК, Романова ОН, Марочкина ЕМ. К понятию “внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция”. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2017; 57 (1): 103-9.
6. Klein JO, Wilson CB. *Infectious Disease of the fetus and newborn infant*. J. Remington, WB Elsevier Saunders Company, PA, USA. 2011; 918-1041.

SOME PARAMETERS OF THE NEUROLOGICAL STATUS OF PRETERM NEWBORNS WITH LOW AND VERY LOW BODY WEIGHT BORN TO IUI CARRIER MOTHER
Muzaffarov Sh.S., Zurkholova Kh.R., Mirzoeva G.T., Salomova Sh.N., 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*

In preterm infants with low and very low body weight, born to a mother carrying an intrauterine infection, various neurological changes were noted, which are characterized by functional and organic lesions of the Central nervous system and all indicators confirm the high neurotropicity of the pathogen TORCH infection. In premature newborns with low and very low body weight, in the early neonatal period, depression syndrome and convulsive syndrome prevail over other syndromes, which reflect organic and functional lesions of various brain structures in children with low and very low body weight.

Key words: prematurity, neurology, intrauterine infection.

**БАЪЗЕ НИШОНДОДҲОИ ҲОЛАТИ АСАБӢ ДАР КӢДАКОНИ НАВЗОДИ НОРАСИДИ БО
ВАЗНИ КАМ ВА ХЕЛЕ КАМИ БАДАН, КИ АЗ МОДАРОНИ ДОРАНДАӢ СИРОЯТҲОИ
ДОХИЛИБАТНӢ ТАВАЛУДШУДА**

**Музаффаров Ш.С., Зурхолова Х.Р., Саломова Ш.Н.,
Нурова Р.А., Мирзоева Г.Т.**

МД Пажӯишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе

Дар кӯдакони навзоди дорои вазни кам ва хеле ками бадан, ки аз модарони гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ таваллуд шудаанд дигаргунӣҳои гуногуни асабӣ мушоҳида кард шуд, ки онҳо нишондиҳандаи зарарҳои вазоиғиву узвӣи системаи марказии асаб буда нишондодҳои мазкур қобилияти баланди нейротропӣ доштани сирояти TORCH-ро тасдиқ мекунанд. Дар кӯдакони навзоди дорои вазни кам ва хеле ками бадан дар марҳилаи неонаталии бармаҳал синдроми ихтилоҷӣ ва синдроми беҳолӣ нисбат ба дигар синдромҳои асабии дар мавриди давраи неонаталӣ вохӯранда бартарӣ дошта зарарҳои бештари вазоиғӣ ва узвӣи мағзи сарро дар ин давра дар кӯдакони дорои вазни кам ва хеле ками бадан инъикос менамояд.

Калимаҳои калидӣ: норасидӣ, неврология, сироятҳои дохилибатнӣ

УДК 005.962.131(075.8)

**ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ ПЕРСОНАЛА
В КУРИРУЕМЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРИ КУРАТОРСКИХ ВИЗИТАХ**

Муминова Ш.Т., Назарова Дж.А.

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

Наши исследования показали, что оценка уровня теоретических знаний персонала учреждений 2-го уровня имеет большое значение для принятия решений по улучшению системы непрерывного образования в курируемых учреждениях

Ключевые слова: оценка знаний, кураторские визиты, непрерывное образование.

Актуальность. В настоящее время качеству помощи матерям и детям уделяется огромное внимание. Именно некачественная помощь женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде во многих случаях является причиной

тяжелой материнской заболеваемости и смертности. В структуре причин материнской смертности в мире акушерские кровотечения являются лидирующими причинами материнской смертности [1,2, 5].

Одной из активностей, способствующей улучшению качества помощи матерям и детям является система курации. В Таджикистане система курации внедрена в 2016 году. ГУ «НИИ АГи П МЗ и СЗН РТ» осуществляет курацию учреждений Хатлонской области страны. Предыдущими исследованиями по систематизации истинных причин упущенных возможностей, установленных при использовании аудита критических случаев в учреждениях Хатлонской области, ведущей причиной развития критических состояний у женщин с акушерскими кровотечениями, являются низкий уровень знаний и навыков оказания помощи таким пациенткам [2, 3, 4].

Цель исследования. Оценка уровня теоретических знаний при ведении женщин с акушерскими кровотечениями персонала учреждений 2-го уровня для принятия решений по улучшению системы непрерывного образования.

Материал и методы исследования. Объектом исследования являлись 6 учреждений II –го уровня Хатлонской области. С целью конфиденциальности учреждения закодированы цифрами – 1,2,3,4,5,6. Проведена оценка теоретических знаний оказания помощи беременным с акушерскими кровотечениями сотрудников данных учреждений с использованием теста. В исследовании принимали участие 93 сотрудника учреждений – врачи гинекологи, акушерки, анестезиологи, анестезисты. Перед проведением тестирования было получено добровольное согласие на проведение исследования у менеджера и отдельно у сотрудников. Материал исследования представлен картами тестирования сотрудников. Тест включал 22 вопроса с вариантами ответов, один из которых должен был отметить тестируемый. Вопросы теста включали знания критических кровотечений, методы определения объема кровопотери, шаги быстрой оценки состояния женщины, перечень необходимого лабораторного обследования при кровотечениях, в том числе критических кровотечений, клинические проявления при кровотечениях, обусловленных различными причинами, режимы инфузионно-трансфузионной терапии, показания для гемо и плазматрансфузии, показания для применения транексамовой кислоты, криопреципитата, методы временной остановки кровотечения, показания к лапаротомии при акушерских кровотечениях, различные утеротонические препараты, антибиотикопрофилактика, показания для хирургической остановки кровотечения, соотношение препаратов при трансфузиях.

Обработка материала включала оценку процента правильных ответов каждого участника и оценку количества участников, правильно ответивших на каждый отдельно взятый вопрос.

Полученные результаты и их обсуждение. Среди исследованных специалистов акушеров-гинекологов было 28(30,1%), врачей анестезиологов – 11(11,8%), акушеров – 39(41,9%), анестезистов – 15 (16,1%).

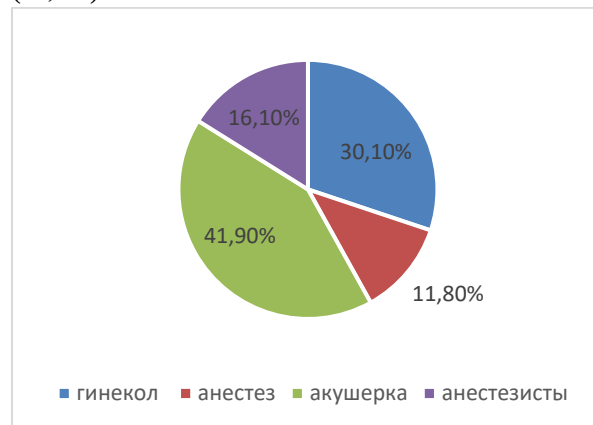


Рис. 1. Распределение персонала по специальностям, прошедших тестирование.

Наибольшее количество протестированных специалистов обследованных учреждений были акушерки. Каждый третий специалист, прошедший тестирование, были врачи акушеры-гинекологи, каждый 10 – врачи анестезиологи, каждый 10-11 – анестезистки. Результаты тестирования представлены в таблице 1.

Распределение участников по проценту правильных ответов

Таблица №1

% правильных ответов	Кол-во участников	% участников
45%	12	13%
50%	24	26%
55%	12	13%
60%	8	8,7%
65%	5	5%
70%	8	8,7%
80%	4	4,5%
85%	16	17,4%
90%	4	4,5%

Как видно из представленных в таблице данных, только 20 (21,9%) участников тестирования имели 85% и выше правильных ответов. 4 сотрудников имели наивысший бал – 90%. Более детальный анализ показал, что эти сотрудники в недавнем времени прошли обучение (семинар «Акушерские кровотечения» - новый стандарт). Большая часть

протестированных сотрудников (48 – 51,6%) имели 55% и ниже. От 60% до 85% правильных ответов имели 25 (27%), т. е. каждый 4-й специалист.

Процент участников тестирования, правильно ответивших на поставленные вопросы

Таблица №2

Порядковый номер вопроса	Процент участников, правильно ответивших
1	4 - 4,5%
2	55 - 59%
3	33 - 36%
4	75 - 81%
5	47 - 50%
6	47 - 50%
7	93 - 100%
8	72 - 77%
9	84 - 90%
10	63 - 68%
11	25 - 27%
12	67 - 72%
13	93 - 100%
14	9 - 45%
15	30 - 32%
16	33 - 36%
17	16 - 18%
18	25 - 27%
19	51 - 55%
20	30 - 32%

Как видно из представленных данных менее 50% участников, правильно ответили на вопросы на 1-й (Какой объем кровопотери позволяет определить состояние беременной, роженицы или родильницы критическим), 3-й (Какие шаги входят в быструю оценку родильниц с послеродовыми кровотечениями), 5-й (Перечень необходимого обследования при критических кровотечениях состоит из анализов), 6-й (Клиническими проявлениями послеродового кровотечения, обусловленного тонусом матки, являются следующие признаки), 11-й (Показаниями для гемотрансфузии являются), 14-й (Криопреципитат при акушерских кровотечениях вводится в режиме), 15-й (К методам временной остановки кровотечения относятся), 16-й (Показанием к лапаротомии являются), 17-й (Зачем при акушерских кровотечениях катетеризируют мочевой пузырь), 18-й (К утеротоникам не относят), 20-й (Антибиотикопрофилактика при акушерских кровотечениях проводится при). Специалисты, проходящие обучение на семинарах, улучшают свои теоретические знания, что выяснено из анализа распределения участников по

проценту правильных ответов и участия в семинарах. Однако результаты тестирования показали, что остальные сотрудники, которые не были участниками семинаров, имеют низкий уровень знаний. Следовательно, при проведении семинаров национальным тренерам необходимо предусмотреть распространение полученных знаний обученными специалистами на местах по возвращении с семинаров. Наиболее действенной активностью в этом направлении является в день завершения семинара составлять план действий участников на период после возвращения с семинаров, который должен включать пункты по распространению информации и знаний, полученных на семинарах. Кроме того, тестирование и анализ результатов процентов участников, правильно ответивших на отдельные вопросы, способствовали корректировке планов непрерывного образования в курируемых учреждениях.

Таким образом, оценка уровня теоретических знаний персонала учреждений 2-го уровня имеет большое значение для принятия решений по улучшению системы непрерывного образования в курируемых учреждениях.

Список литературы

1. Айламазян ЭК, Атласов ВО, Ярославский КВ, Ярославский ВК. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (nlar-miss). *Журнал акушерства и женских болезней*. 2016; LXV(4): 15-23.
2. Давлятова ГК, Камилова МЯ, Ишан-Ходжаева ФР. Систематизация причин упущенных возможностей развития критических ситуаций при акушерских кровотечениях и преэклампсии. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2018; 67(2): 26-31.
3. Давлятова ГК, Камилова МЯ, Ахмедов АА. Значение аудита критических случаев в системе непрерывного образования в родовспомогательных учреждениях Таджикистана. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2018; (2): 24-8.
4. Камилова МЯ, Давлятова ГК, Розикова НМ, Ишан-Ходжаева ФР, Рахматуллаева ДМ. Резервы улучшения качества помощи матерям с послеродовыми кровотечениями. *Sciences of Europe*. 2017. 11(11): 65-8.
5. WHO Recommendations on prevention and treatment of postpartum haemorrhage, Highlights and key messages from new 2012 Global Recommendations. Dept. of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva 2014.

**THE VALUE OF ASSESSING THE KNOWLEDGE AND SKILLS OF STAFF
IN SUPERVISED INSTITUTIONS DURING SUPERVISED VISITS**
Muminova Sh.T., Nazarova 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*

Assessment of the level of theoretical knowledge of the personnel of second-level institutions is of great importance for making decisions to improve the system of continuing education in supervised institutions.

Key words: knowledge assessment, curatorial visit, continuing education.

**АҲАМИЯТИ АРЗЁБИИ ДОНИШ ВА МАЛАКИ КОРМАНДОН ДАР
МУАССИСАҲОИ НАЗОРАТШАВАНДА ҲАНГОМИ ТАШРИФҲОИ НАЗОРАТӢ**
Муминова Ш.Т., Назарова Ҷ.А.

МД Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе

Арзёбии сатҳи дониши назариявии кормандони муассисаҳои сатҳи дуюм барои қабули қарорҳо оид ба тақмили системаи таълими давомдор дар муассисаҳои таҳти назорат қарордошта, аҳамияти калон дорад.

Калимаҳои калидӣ: баҳодиҳии дониш, ташрифҳои кураторӣ, таҳсилоти давомдор.

УДК 616.12 007. 2053.107

**ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ И ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
НА ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ**
Насриддинова Н.Н.

Кафедра детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» Таджикистан

Основными этиологическими причинами физиологической гипербилирубинемии являются внутриутробные инфекции, такие как герпес- 42.2% и ЦМВ инфекции 36.7%. Среди соматических заболеваний в обеих группах преобладают анемии (70.57% и 81.10% соответственно) и аллергические заболевания (52.54% и 43.90% соответственно)

Цель исследования. Выявить влияние внутриутробной инфекции (ВУИ) на гипербилирубинемию у новорожденных детей.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 300 новорожденных, родившихся в родильном отделении “Истиклол”. Особое внимание уделялось раннему проявлению желтухи у новорожденных, и их течению. Было проведено лабораторное исследование общего анализа крови, биохимический анализ крови с определением билирубина, ферментов крови, определение резус принадлежности, а также на TORCH инфекции.

Результаты. Обследовано 300 детей, изучен анамнез и оценено здоровье матерей. В зависимости от максимального уровня билирубина и продолжительности желтухи дети были разделены на две группы: 1 группа- с умеренной гипербилирубинемией 2 группа- с гипербилирубинемией высокой степени, с затяжным характером длительностью более 15 дней. В 1 группу - вошли 102 (34.0%) новорожденных, во 2 группу- 198 (66.0%) детей. При изучении соматического статуса женщин выявлено, что большинство женщин к моменту зачатия имели хроническую патологию одной или нескольких систем. Зоб различных степеней во время беременности наблюдался у

90.0% женщин. У матерей регистрировались хронические заболевания верхних дыхательных путей, билиарного тракта, мочевой и половой систем. Респираторные заболевания с осложнением (трахеит, бронхит), потребовавшие антибактериальных препаратов, имеют также связь с развитием гипербилирубинемии высокой степени. Выявлено, что большинство женщин (20%) к моменту родов имели инфекционную патологию (TORCH-инфекции). В этой группе также сочеталось несколько

инфекций, но ведущими были герпес и ЦМВ инфекции.

Выводы. Основными этиологическими причинами физиологической гипербилирубинемии являются внутриутробные инфекции, особенно герпес 42.2% и ЦМВ инфекции 36.7%. Среди соматических заболеваний в обеих группах - анемии (70.57% и 81.10% соответственно), аллергические заболевания (52.54% и 43.90% соответственно).

**INFLUENCE OF SOMATIC AND INTRAUTERINE INFECTION ON
HYPERBILIRUBINEMIA IN NEWBORN**
Nasriddinova N.N

Departament of childhood diseases № 1 named after Abuali Sino

The main technological causes of physiological hyperbilirubinemia are intrauterine infections such as herpes 44.2% and CMV infections 36.7%. Among somatic diseases in both groups of anemia(70.57% and 81.10% respectively) and allergic diseases(52.54% and 43.90% respectively).

**ТАЪСИРИ СИРОЯТИ СОМАТИКӢ ВА ДОХИЛИБАТӢ БА
ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯИ НАВЗОДОН**
Насриддинова Н.Н

Кафедраи бемориҳои кудаконан №3 ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Сабабҳои асосии этиологии гипербилирубинемии физиологӣ сироятҳои дохилибатӣ, ба монанди герпес- 42,2% ва СМВ- 36,7% мебошанд. Дар байни бемориҳои соматикӣ, дар ҳарду гуруҳ- анемияҳо (70,57% ва 81,10%) ва бемориҳои таҳҳамулнопазирӣ (52,54% ва 43,9%) зиёданд.

УДК 616-008.9;616-056.5

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ
В 3-М ТРИМЕСТРЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ МАССЫ ТЕЛА ПЛОДА**

Орипова Р.Ш., Алиева Р.Я., Акбарова Г.

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

Обследовано всего 101 пациенток из них 71 женщин с ожирением в третьем триместре беременности. Уровень плацентарных гормонов в сыворотке крови и маркера дисфункции эндотелия определяли иммуноферментным методом с использованием аппарата «Униплан». Было выявлено диагностическое значение гормонов плаценты и маркера дисфункции эндотелия для установления синдрома эндотелиальной дисфункции и внутриутробного страдания плода.

Ключевые слова: ожирение, беременность, маркёр дисфункции эндотелия, гормоны.

Актуальность. У женщин с нарушением жирового обмена отмечается динамика метаболических процессов, аналогичная физиологически протекающей беременности, но при более высоком исходном уровне ОХС, ТГ, ЛПНП и ЛПОНП, которые нарастают в течение всей беременности, в то время как концентрация ЛПВП к концу беременности достоверно снижается в сравнении со здоровыми беременными. Такие метаболические процессы способствуют развитию гестационной артериальной гипертензии, преэклампсии, внутриутробной гипоксии, СЗРП и макросомии плода, патологии родов и других осложнений, в т. ч. у новорожденного [1,4,5]. В патогенезе данных осложнений у беременных с ожирением немалую роль играет АГ, которая является следствием имеющихся метаболических нарушений и в то же время усугубляет их, что оказывает крайне неблагоприятное влияние на течение и исход беременности.

У беременных с ожирением повреждение эндотелия связано с его метаболической дисфункцией. Она проявляется в нарушенной способности эндотелия обеспечивать эндотелий зависимую вазодилатацию вследствие дисбаланса синтеза и высвобождения сосудорасширяющих, антиагрегантных и антиакоагулянтных факторов, с одной стороны, и вазоконстрикторов и проагрегантов – с другой [2,3].

Цель исследования. Оценить возможность использования гормонов плаценты, и маркера дисфункции эндотелия Д-димера в качестве прогностического и диагностического критериев у женщин с ожирением в зависимости от массы тела плода.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 101 пациенток из них 71 беременных

женщин с ожирением (основная группа). Данная группа в свою очередь разделена на три подгруппы: с ожирением -30 пациенток, ожирение + преэклампсия -20 пациенток и ожирение + инсулинорезистентность -21 пациенток. Контрольная группа сформирована из числа здоровых беременных -30 пациенток. Уровень плацентарных гормонов в сыворотке крови и маркера дисфункции эндотелия определяли в третьем триместре беременности иммуноферментным методом с использованием аппарата «Униплан».

Результаты исследования. От гормональной активности плаценты зависит рост и развитие плода. Как видно из представленных данных (таблица №1) средний уровень прогестерона достоверно снижался у беременных с ожирением в сочетании с преэклампсией ($100,5 \pm 1,74$), в 1-й группе данный показатель составил $115,0 \pm 1,34$ соответственно, в третьей группе данный показатель составил $130,12 \pm 3,29$ по сравнению с контрольной группой ($144,73 \pm 36,16$). Снижение уровня прогестерона указывает на плацентарную недостаточность.

Плацентарный гормон эстрадиол является продуктом фетоплацентарной системы и указывает на состояние плаценты и плода. Средний уровень эстрадиола так же снижался во второй группе и составил $71,63 \pm 0,37$, в первой группе данный показатель составил $75,62 \pm 0,28$, в третьей - $78,57 \pm 66,53$ соответственно по сравнению с группой контроля.

В третьем триместре беременности большое диагностическое значение имеет уровень ПЛГ, который характеризует функциональное состояние плаценты.

Среднее содержание гормонов плаценты и Д-димера в сыворотке крови обследованных групп

Таблица №1

Группы	Гормоны	Прогестерон (нмоль/л)	ПЛ (мг/л)	Эстрадиол (нмоль/л)
Беременные женщины с ожирением (1-я группа, n=30)		$115,0 \pm 1,34$	$4,53 \pm 0,06$	$75,62 \pm 0,28$
Беременные женщины с ожирением и преэклампсией (2-я группа, n=20)		$100,5 \pm 1,74^*$	$3,96 \pm 0,01^*$	$71,63 \pm 0,37^*$
Беременные женщины с ожирением и инсулинорезистентностью (3-я группа, n=21)		$130,12 \pm 3,29$	$5,01 \pm 0,23$	$79,02 \pm 2,30$
Контрольная группа (n=30)		$144,73 \pm 36,16$	$5,37 \pm 0,61$	$82,5 \pm 2,33$

Примечание: * $P < 0,05$ достоверное отличие средних значений гормонов плаценты (прогестерон, эстрадиол, ПЛГ) в сыворотке крови у беременных с ожирением по сравнению с контролем.

Средняя масса плодов в контрольной группе составила $3320,62 \pm 46,85$, в первой группе у женщин с

ожирением $3758,52 \pm 71,7$, в группе женщин с ожирением и инсулинорезистентностью -

4049,96±52,94, и в группе женщин с ожирением и преэклампсией -2452,5±55,49.

Средний уровень гормонов плаценты и маркера дисфункции эндотелия Д-димера в зависимости от массы тела плода представлены в таблице 2. Нами установлено, что средний уровень Д-димера с

массой плода менее 2500,0 гр от матерей с ожирением и преэклампсией (613,53±32,25) достоверно ($P<0,050$) повышалась по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы.

Среднее содержание гормонов плаценты и Д –димера в сыворотке крови у беременных женщин с ожирением в зависимости от массы тела плода

Таблица №2

Гормоны	Прогестерон (нмоль/л)	ПЛ (мг/л)	Эстрадиол (нмоль/л)	Д-димер
Масса плода				
менее 2500,0 гр (СЗРП)	103,75±3,08*	4,08±0,11	72,37±0,79	613,53±32,25*
более 3800,0 гр	133,25±3,50	4,98±0,26	80,0±2,02	501,0±20,9
2600,0- 3700,0	143,73±34,16	5,47±0,54	83,37±2,39	448,01±5,48

Примечание: * $P<0,05$ достоверное отличие средних значений гормонов плаценты (прогестерон, эстрадиол, ПЛГ) в сыворотке крови у беременных с ожирением по сравнению с контролем.

Таким образом, проведенный анализ полученных нами данных показал на снижения среднего уровня плацентарных гормонов (эстрадиола, ПЛГ и прогестерона), что позволяет предполагать о более неблагоприятном течении беременности у женщин с ожирением в сочетании с преэклампсией. Повышение уровня Д-димера у беременных женщин с ожирением в сочетании с преэклампсией можно использовать в качестве диагностических и прогностических критериев.

Список литературы

- Боровкова ЕИ, Макаров ИО, Байрамова МА. Перинатальные исходы у пациенток с ожирением и неблагоприятным биохимическим скринингом. *Вестник Российского университета дружбы народов*. 2011; (6): 116-21.
- Радзинский ВЕ, Палиева НВ, Боташева ТЛ [и др.] Влияние эндотелий - опосредованных факторов на формирование акушерской патологии при

метаболических нарушениях. *Современные проблемы науки и образования*. 2016; (5). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25145>.

- Дубова ЕА, Павлов КА, Боровкова ЕИ и соавт. Фактор роста эндотелия сосудов и его рецепторы в плаценте беременных с ожирением. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 2011; (2): 218-23.

- Ерченко ЕН. Патологические особенности углеводного и липидного обменов и состояние новорожденных у беременных с избыточной массой тела и ожирением: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2009. 28 с.

- Игнатко ИВ, Мирющенко ММ. Прогностические маркеры синдрома задержки роста плода. *Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке»*. 2016; 18(1): 1-4.

RESULTS OF THE STUDY OF HORMONAL FUNCTION OF THE UTERUS IN THE 3RD TRIMESTER OF PREGNANCY IN OBESE WOMEN WITH PREECLAMPSIA ASSOCIATED WITH FETAL WEIGHT

Oripova R.Sh., Alieva R.Ya., Akbarova G.

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

The analysis showed a decrease in the intermediate levels of hormones (estradiol, PLG, progesterone), which indicates the unfavorable approach to pregnancy. Elevated D-dimer levels are used as a diagnostic and prognostic criterion in obese and preeclampsia women.

Key words: fat, pregnancy, marker of endothelial dysfunction, hormones.

**НАТИЧАҲОИ ОМУЗИШИ ФУНКСИЯИ ҲОРМОНИИ МАШИМА ДАР 3-ЮМ
СЕМОҲАИ ХОМИЛАДОРӢ ДАР ЗАНҲОИ ДОРОИ ФАРБЕҲӢ БО
ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВОБАСТА АЗ ВАЗНИ ТИФЛ.**

Орипова Р.Ш., Алиева Р.Я., Акбарова Г.

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе

Тахлилҳои гузаронидашуда ба пастшавии сатҳи мобайнии ҳормонҳои машима (эстрадиол, ПЛГ, прогестерон) нишон дод, ки ин ба номусоидат будани равиши ҳомиладорӣ шаҳодат медиҳад. Баландшавии сатҳи Д-димер ҳамчун критерияи таҳқисӣ ва пешгуи дар занҳои дорои фарбеҳӣ ва преэклампсия истифода бурда мешавад.

Калимаҳои калидӣ: фарбеҳӣ, ҳомиладорӣ, маркери дисфунксияи эндотелий, ҳормонҳо.

УДК 618.14006.3600802

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СПИРАЛИ «МИРЕНА» ПРИ
ЛЕЙОМИОМЕ, У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Сангинова Ф.Д., Кармышева М.Н., Нарзуллаева З.Р.,
Бадалова М.Х., Насрединова Б.Х.**

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

Доказана высокая эффективность и целесообразность проведения профилактики роста лейомиомы в виде стабилизирующей терапии, введением ЛНГ-ВМС «Мирена» у женщин репродуктивного возраста.

Актуальность. Высокая частота лейомиомы матки (12%), рост заболеваемости у женщин молодой возрастной категории, необходимость органосохраняющего лечения для реализации репродуктивного потенциала, развитие и внедрение новых и инновационных технологий, патогенетически обоснованное применение местных гестагенов для локального гормонального гомеостаза матки при лейомиоме и предупреждения системных эффектов, указывают на актуальность настоящих исследований.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения миомы матки путем применения внутриматочной системы Леваноргестрела/ЛНГ-ВМС «Мирена» у женщин репродуктивного возраста.

Объект и методы исследования. Обследованы 28 женщин с лейомиомой, обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику и госпитализированных в гинекологическое отделение Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии за период 2017-2019 гг.

Критерием отбора в исследовании послужило репродуктивный возраст, наличия миоматозных узлов субсерозного и интерстициального расположения, диаметром не более 3 см. Критериями исключения были женщины перименопаузального возраста, онкологические заболевания.

Все женщины были информированы и дали свое добровольное согласие для проведения обследования.

Всем женщинам был введен ЛНГ-ВМС «Мирена» по стандартной методике. Эффективность лечебных и контрацептивных свойств оценивалась в течение 24 месяцев.

Проведены анализ преморбидного фона, перенесенных и сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, общеклинические исследования, общий и гинекологический осмотры, лабораторные исследования, в том числе: биохимическое исследование крови, иммуноферментное определение в крови гормонов (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерона) и онкомаркеров СА-125 и СА-19-9. Ультразвуковая диагностика выполнялась с

доплерометрией и методикой цветного доплеровского картирования (ЦДК) на ультразвуковых сканерах Acuson 128 XP/10 (Siemens). Статистический анализ полученных данных производился с помощью стандартных методов.

Результаты. Возраст обследованных колебался от 24 до 40 лет, составляя в среднем $34,6 \pm 0,8$ лет. Средняя продолжительность заболевания миомой составила $3,4 \pm 0,5$ лет. У большого количества женщин репродуктивного периода миома матки сочеталась с другими гинекологическими заболеваниями, такими как: воспалительные заболевания органов гениталий (22/78,6%), эктопия шейки матки (7/25%), эндометриоз (4/14,3%), гиперпластические процессы эндометрия (3/10,7%) и заболеванием молочных желез (5/17,8%). Соматическая патология была представлена ожирением (8/28,6%), хроническим пиелонефритом (21,4%), заболеванием щитовидной железы (4/14,3%) и анемией (13/46, 4%).

Основными жалобами, послужившими причиной обращения за гинекологической помощью, были нарушения менструальной функции по типу менометроррагии и дисменореи.

После введения ЛНГ-ВМС Мирена у 67,2% больных на протяжении первых 6 месяцев были зарегистрированы меж менструальные кровянистые выделения, к концу первого года они наблюдались только у 16,2% пациенток. В процессе лечения наблюдалось достоверное снижение продолжительности менструального кровотечения в 2,5 раза (с $4,1 \pm 0,6$ дня до $1,8 \pm 0,6$ дня) к 12 месяцу ($p < 0,01$), к концу 2 года у 50,5% пациенток развилась аменорея на фоне гипотрофии эндометрия.

Установлено, что у пациенток показатели ФСГ, ЛГ, прогестерона и эстрадиола находились в пределах возрастной нормы, что свидетельствует об отсутствии подавления функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Содержание онкомаркеров у всех обследованных женщин также находились в пределах контрольных норм. Однако у некоторых обследованных через 24 месяцев после введения ЛНГ-ВМС «Мирена», было выявлено достоверное ($p < 0,01$), снижение уровней онкомаркеров СА-125 и СА-19,9 в 1,2 и 1,6 раз, соответственно.

Объем матки уменьшился в среднем на 28,2%, аналогичная положительная динамика наблюда-

лась и в объеме миоматозного узла, которые уменьшились на 38,3% ($p < 0,05$). Уменьшение размеров матки и лейомиомы существенно уменьшает кровопотерю, путем снижения длительности и объема менструальных кровотечений, что способствовала восстановлению овариально-менструального цикла, и снижалась частота дисменорей.

Одновременно был оценен контрацептивный эффект «Мирены» который по индексу Перла составил 0,1. Необходимо отметить, что на протяжении всего цикла уменьшается проницаемость цервикальной слизи не только для сперматозоидов, но и для патогенных микроорганизмов, что является профилактикой инфекционных заболеваний гениталий.

Данные УЗИ с ЦДК на фоне применения ЛНГ-ВМС «Мирена» показали гиповаскулярный характер кровоснабжения миоматозной матки. Индексы периферического сопротивления на фоне применения внутриматочной системы в маточной артерии достоверно ($p < 0,05$) усилились: ИР - в 1,05 раза (с $0,89 \pm 0,001$ до $0,93 \pm 0,001$), ИП - в 1,2 раза (с $1,8 \pm 0,03$ до $2,19 \pm 0,03$). В опухолевых сосудах на фоне применения ЛНГ-ВМС «Мирена» значения ИР достоверно увеличились через 12 месяцев и составили в среднем $0,58 \pm 0,002$, через 24 месяца - $0,61 \pm 0,002$ ($p < 0,05$). Скоростные показатели кровотока по периферии узла снизились в 2,5 раза, в узле — в 1,3 раза ($p < 0,05$), что коррелирует с уменьшением объема доминантного узла в 1,0, что по нашему мнению связано с местным действием Левоноргестрела.

Выявленные закономерности по повышению индекса резистентности и уменьшение интенсивности артериального кровотока, при изучении показателей кровотока в маточных и опухолевых артериях, указывает на патогенетическое терапевтическое воздействие «Мирены».

При использовании ВМС «Мирена» ни у одной женщины не были выявлены возможные побочные эффекты норстероидных гестагенов в виде акне, изменения настроения, головной боли, масталгии, тошноты и гирсутизма.

Заключение. ЛНГ-ВМС «Мирена» является эффективным, безопасным, простым, минимально инвазивным, экономически выгодным методом лечения лейомиомы, и также является эффективным обратимым методом контрацепции для продолжительного применения.

**THE EFFECTIVENESS OF THE MIRENA INTRAUTERINE DEVICE IN
LEIOMYOMA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE**

**Sanginova F.D., Karmisheva M.N., Narzullaeva Z.R.,
Badalova M.Kh, Nasredinova B.Kh.**

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

The high efficiency and feasibility of preventing the growth of leiomyoma in the form of stabilizing therapy has been proven the introduction of the Mirena IUD in women of reproductive age.

**САМАРАНОКИИ ВОСИТАИ ДОХИЛИРАҲМИИ “МИРЕНА” ДАР ЗАНҲОИ
СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВИИ ДОРОИ ЛЕЙОМИОМА**

**Сангинова Ф.Д., Қармишева М.Н., Нарзуллоева З.Р.,
Бадалова М.Х., Насрединова Б.Х.**

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе

Самаранокӣи баланди гузоштани воситаи дохилибатнии “Мирена” дар шакли таъбабати барои пешгирии афзоиши лейомиома дар занҳои синну соли репродуктивӣ, исбот шудааст.

УДК 616-006.441

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ
ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА**

Умарзода С.Г., Ахмедова З.Б., Умарова М.Н.

*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибн Сино, Душанбе, РТ;*

*Государственное учреждение Республиканский онкологический научный центр
Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ.*

Проведенное исследование доказывает необходимость применения полного перечня услуг и стандартов, применяемых в развитых странах мира по сохранению фертильности у больных, страдающих ЛХ.

Актуальность. Лимфома Ходжкина (ЛХ) – одно из высококурабельных заболеваний в структуре онкопатологии. Относительно редкая патология, показатели заболеваемости не превышают 2-4 случая на 100000 человек в год. В возрастной категории 15-24 лет ЛХ встречается у каждого шестого пациента и почти 50% из всех больных ЛХ составляют женщины. В отличие от других гемобластозов, пик заболеваемости ЛХ приходится именно на репродуктивный возраст, а 81% из всех заболевших женщин входят именно в эту возрастную группу. Развитие различных направлений терапии ЛХ в развитых странах мира привело к

увеличению показателей излеченности до 80-90% независимо от стадии заболевания, что ставит перед онкологами новые задачи. Если раньше основным критерием качества лечения ЛХ считался процент полного излечения от заболевания, то в настоящее время все большее внимание уделяется минимизации отдаленных побочных эффектов и качеству жизни. С увеличением продолжительности жизни больных стали проявляться последствия интенсивного лечения в виде различных нарушений функций органов и систем: задержка роста, деформации, гипотрофии, эндо-

кринные нарушения, патология сердечно-сосудистой и легочной систем, вторичный иммунодефицит, проблемы в воспроизводстве. Как лучевая, так и химиотерапия (ХТ) могут вызвать временное или постоянное бесплодие или раннюю менопаузу. Основной проблемой среди больных ЛХ женского пола является яичниковая недостаточность, которая развивается после проведенного химиолучевого лечения и относится к поздним осложнениям, которые не угрожают жизни, но снижают ее качество (стерилизация, снижение способности к зачатию, моральные страдания самой пациентки и её семьи). Яичниковая недостаточность не только приводит к бесплодию, но и влечёт за собой преждевременное развитие сердечно-сосудистой патологии и остеопороза, урогенитальные атрофические процессы, вызванные наступлением менопаузы, а облучение зоны щитовидной железы вызывает в дальнейшем ее гипофункцию.

Хотя многие излечившиеся от онкологического заболевания люди имеют возможность ощутить себя родителями посредством усыновления или суррогатного материнства, большинство предпочитает иметь биологического потомка, даже если имеет место риск врожденных дефектов у плода. Существующее множество вспомогательных технологий для сохранения фертильности (криоконсервация эмбрионов, ооцитов, тканей яичника) способно помочь таким людям в реализации возможности быть родителями.

Многие пациентки, особенно молодого возраста, пережившие онкологическое заболевание, в будущем хотели бы иметь детей. Согласно данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан (РТ) за 2018 год в стране сохраняется высокий коэффициент рождаемости (31,4 на 1000 населения), а в структуре женского населения РТ: девочки-подростки (10-19 лет) составляют - 20,2%, женщины активного РВ (20-34 года) – 27,3%, и позднего РВ – 15,8%.

Целью исследования явилось оценка качества жизни пациенток с ЛХ.

Критериями отбора были: женский пол, гистологически верифицированный диагноз «лимфома Ходжкина», подростковый (10-19 лет) и репродуктивный (15-44 лет) возраст, наличие менструального цикла. В исследование включены 66 пациенток в возрасте от 10 до 52 лет, медиана -27,5 лет, обратившиеся и лечившиеся в ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ с 1983 по 2013гг. Анализ возрастного состава больных показал, что преобладающее число заболевших приходится на возрастной период от 20 до 34 лет, с пиком заболевания в 25-29лет –

17(25,7%). В 20-24года число больных составило - 9(13,6%), 30-34 года -10(15,9%) .

По степени распространения заболевания большинство -50% были во II стадии, IIIстадия - 33%, IV - 12,1% и I стадия -4,5%. Симптомы интоксикации были выявлены у 51(77,3%) больных. Химиолучевое лечение проведено 33(50%) - Iгруппа и полихимиотерапия -28(42,4%) – II группа, 5(7,6%) больных отказались от лечения. Стандартные схемы химиотерапии проведены 27,3% больным первой группы и 39,3% пациенткам второй группы. Остальные больные получили высокотоксичные схемы химиотерапии. В результате полная клиническая ремиссия достигнута у 25(75,8%) больных I группы и у 10(35,7%) II группы.

Оценка качества жизни пациенток осуществлялась с использованием опросника EORTC QLQ-C30 (version 3,0). Для опроса пациенток об их желании создания семьи после лечения, использован опросник «Questions about Parenthood after cancer», 1999г. Обследование больных до начала лечения выявило нарушение менструально-овариального цикла у 25(37,9%) больных, из них у 16/25(64%) пациенток – гипоменструальный синдром, у 6/25(24%) – гиперменструальный синдром, у 3/25(12%) - аменорея. Длительность нарушений менструального цикла у больных ЛХ до начала лечения варьировала от 3 до 8 месяцев. Большинство случаев 13/25(52%) приходились на группу с неблагоприятным и промежуточным прогнозом - 9/25(36%), что указывало на негативное влияние опухолевой интоксикации. Средний возраст пациенток с НОМЦ составил 36,3 лет, а в группе без НОМЦ – 26,1 лет. Корреляционный анализ показал наличие прямой зависимости нарушений менструального цикла с возрастом больных старше 25 лет (ккорр = 0,33). Так как 22(88%) женщины с НОМЦ относились к группе неблагоприятного прогноза, выявлена статистически значимая корреляционная связь с симптомами интоксикации (лихорадка, профузный пот, снижение веса). Исследование гормонального статуса 12 пациенток с ЛХ до лечения в сравнении с практически здоровыми женщинами (13) показал, снижение среднего значения половых гормонов (прогестерон, эстрадиол) в группе больных. После лечения нарушения менструального цикла имело место у 23(37,7%) больных. Стойкая аменорея у 8(12,9%) больных наступила в возрасте старше 45 лет. НОМЦ после лечения наблюдались у 11(17%) пациенток активного репродуктивного периода.

Исследование гормонального статуса 18 пациенток с ЛХ до и после лечения выявило повышение

уровня ФСГ и ЛГ в группе больных после лечения по сравнению с группой до лечения.

Исход заболевания по сохранению фертильности после лечения - фертильность сохранена у 6(9,8%), наступила беременность у 6(9,8%), роды у 5(8,2%), беременность завершилась вакуум-аспирацией у 2 (2, %). Дана оценка качеству жизни 14 больным – женщинам, страдающим ЛХ до начала лечения и 29 пациенткам после проведенной терапии. Возраст больных в группе женщин до лечения варьировал в пределах 17-41 год, медиана – 26,5 лет. Возраст больных в группе женщин после лечения распределился в диапазоне от 15 до 57 лет, медиана – 31 год. Из данной группы больных 17 (59%) пациенток получили ХЛТ лечение, 12 (41%).

Медиана общего статуса здоровья (ОСЗ) у пациенток до лечения составила 37,5%. Среди функциональных шкал низкие значения имели следующие шкалы: эмоциональное функционирование (ЭФ) - 38,0 баллов, социальное функционирование (СФ) - 34,0 балла. Наиболее высокие баллы до лечения среди симптоматических шкал были в пунктах: потеря аппетита (ПА) - 66,0 баллов, финансовые трудности (ФТ) - 66,0 баллов, утомляемость (У) - 55,0 баллов, боль (Б) - 41,5 баллов. В общей группе больных после лечения медиана ОСЗ соответствовала 66%. Высокие значения отмечались по шкалам физического функционирования (ФФ), ролевого и эмоционального функционирования (ЭФ) – 87, 84 и 75 баллов соответственно. Результаты сравнения КЖ двух групп пациенток после лечения, получивших ХТ и ХЛТ, представлены на рисунке 3. По всем шкалам в обеих группах статистически значимых различий не выявлено, что указывало на отсутствие разницы в результатах лечения в зависимости от протокола терапии. Статистически значимое улучшение ОСЗ после лечения было в группе больных после ХЛТ (37,5% - до лечения, 66,0% – после ХЛТ; $p<0,01$), что также наблюдалось по шкалам ФФ (67,0 баллов - до лечения, 87,0 баллов – после ХЛТ; $p<0,05$), ролевого функционирования (50,0 баллов - до лечения, 84,0 баллов – после ХЛТ; $p<0,05$), ЭФ (38,0 баллов - до лечения, 75,0 баллов – после ХЛТ; $p<0,01$), У (55,0 баллов - до лечения, 33,0 баллов – после ХЛТ; $p<0,01$), Б (41,5 баллов - до лечения, 0,0 баллов – после ХЛТ; $p<0,01$), Д (33,0 баллов - до лечения, 0,0 баллов – после ХЛТ; $p<0,05$). После ХТ статистически значимое улучшение КЖ было лишь по шкалам ЭФ (38,0 - до лечения, 66,5 – после ХТ; $p<0,05$) и Б (41,5 - до лечения, 0,0 – после ХТ; $p<0,05$).

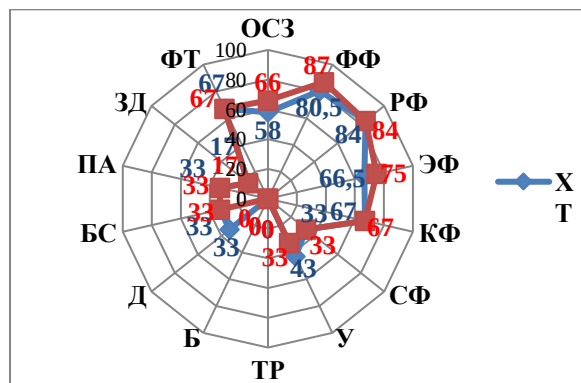


Рисунок 3 – Медианы значений по шкалам КЖ в двух группах женщин, больных ЛХ, после лечения

Опрос 30 пациенток, страдающих ЛХ о желании создания семьи, показал, что 30(100%) респондентов ответили «Да» на утверждение «Даже если бы я умерла молодой, я бы все равно хотела стать родителем» и 29(97%) согласились с утверждением «Я бы не хотела оставить своего партнера в одиночестве воспитывать маленьких детей, если бы со мной что-то случилось», что подтверждает важную роль сохранения фертильности у женщин страдающих онкологическим заболеванием после излечения.

Результатом настоящего исследования и проведенного опроса явились разработанные рекомендации по сохранению фертильности девочек-подростков и женщин, страдающих ЛХ, с учетом возраста, наличия полового партнера, состояния менструальной функции, желания пациентки, ее родственников. Проведенное исследование доказывает необходимость применения полного перечня услуг и стандартов, применяемых в развитых странах мира и странах СНГ по сохранению фертильности у больных, страдающих ЛХ в Республике Таджикистан (исследование антимюллеровского гормона, применение аналогов/антагонистов гонадотропин-релизинг гормона, криоконсервация тканей гонад, использование лапароскопического оборудования на базе специализированных учреждений). Наличие в республике Научно-Исследовательского Института акушерства, гинекологии и перинатологии, медицинского центра эндовидеохирургии и экстракорпорального оплодотворения «Насл», функционирующего с 2010 года, Республиканского онкологического научного центра, создает предпосылки для внедрения ВРТ в мероприятия по сохранению фертильности у данной категории онкологических больных и разработки, необходимых нормативно - правовых документов.

**QUALITY OF THE OF ADOLESCENT GIRLS AND WOMEN OF
REPRODUCTIVE AGE WITH HODGKINS LYMPHOMA**

Umarzoda S.G., Akhmedova Z.B., Umarova M.N.

*Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan
Republican Cancer Research Center, Tajikistan*

The study proves the need to apply a full list of services and standards used in different countries of the world to preserve fertility in patients suffering from.

**СИФАТИ ЗИНДАГОНИИ ДУХТАРОНИ НАВРАС ВА ЗАНОНИ
СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВӢ БО ЛИМФОМАИ ХОЧКИН.**

Умарзода С.Г., Ахмедова З.Б., Умарова М.Н.

*ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе, Тоҷикистон,
Маркази саратониносии ҷумҳуриявӣ, Тоҷикистон*

Тадқиқот зарурати татбиқи рӯйхати пурраи хидматҳо ва стандартҳо, ки дар кишварҳои мутараққии ҷаҳон татбиқ карда мешаванд барои ҳомиладоршавӣ дар беморони гирифтори Лимфомаи Хочкин, исбот мекунад.

УДК 618.14-006-089

**ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ (ЗНОРС) В
ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НЕОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Умарзода С.Г., Ходжиева М.М., Мухамади Н.

*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибн Сино, Душанбе, РТ;
Государственное учреждение Республиканский онкологический научный центр
Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ.*

Результаты представленного анализа указывают, что проблемы в ранней диагностике ЗНОРС обусловлены развитием и расширением возможностей частной медицины, лечением онкологических больных в непрофильных учреждениях у врачей не прошедших специальную подготовку по онкологии.

Ключевые слова: диагностика, лечение, злокачественные новообразования, репродуктивная система.

Основной задачей при диагностике злокачественных новообразований является определение топологии опухоли, ее характера, морфологической структуры и степени распространенности. В настоящее время внедрение программ интегрированного обследования больных с использованием новых ультразвуковых технологий (цветового и энергетического доплеровского картирования, трехмерной

реконструкции изображений), современных методов лучевой, эндоскопической и лабораторной диагностики позволило значительно повысить эффективность первичной диагностики и мониторинга больных со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы [1,2]. Несмотря на внедрение в повседневную практику

современных высокотехнологичных методов немаловажную роль имеют данные анамнеза и гинекологический осмотр. Гинекологический осмотр больных женщин позволяет дать оценку количественных и качественных параметров новообразования, выявить состояние смежных органов и обеспечивает визуальное представление об опухоли. Кольпоскопия как высокоинформативный и недорогой метод используется в диагностике заболеваний женщины с патологией шейки матки [3,4].

Эндоскопические методы, такие как лапароскопия, гистероскопия, цистоскопия и другие дают необходимую информацию о состоянии органов брюшной полости, позволяя осмотреть органы брюшной полости и взять материал для цито-морфологического исследования [5].

Компьютерная томография дает наиболее полную информацию о характере первичного патологического процесса, степени его распространенности и состоянии окружающих его тканей [6,7]. Магнитно-резонансная томография позволяет дифференцировать характер новообразований и выявить соотношение опухоли с соседними структурами. Недооценка клинических симптомов заболевания, анамнеза заболевания, нерациональное использование имеющихся ресурсов могут привести к различного рода диагностическим и тактическим ошибкам.

На протяжении многих лет в практической деятельности нам приходится сталкиваться с ошибками, допущенными врачами разного профиля в диагностике и лечении злокачественных новообразований, в том числе и органов репродукции у женщин. Однако до сих пор не изученными остаются причины и характер этих ошибок, не проведена также их систематизация, направленная на принятие каких-либо управленческих решений по их искоренению. В 1998 году в Республике Таджикистан принята Концепция реформирования системы здравоохранения, согласно которой, приоритетным направлением медицины является развитие службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), основанной на принципах семейной медицины. В связи с этим, ранняя диагностика злокачественных опухолей возлагается на медицинских работников общей лечебной сети, гинекологов и семейного врача. Разумеется, от грамотности и компетентности врача, первично принявшего пациента, уровня его знаний в области онкологии зависит судьба больного, обратившегося в учреждение ПМСП.

Для установления правильного диагноза, а также анализа допущенных диагностических и тактических ошибок при всех нозологиях ЗНОРС, мы уделяли первостепенное значение изучению анамнеза заболевания, уточняли длительность существующих симптомов, хронометраж обращения больных в медицинские учреждения, объем проведенных диагностических исследований и лечебных мероприятий до поступления в специализированное онкологическое учреждение.

Из 508 больных - 213 (41,9%) пациенток были направлены в ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ медицинским учреждением по месту жительства; 160 (31,5%) - различными медицинскими учреждениями, в том числе врачами УЗИ; самостоятельно обратились 135 (26,6%) больных.

Опрос, изучение медицинской документации больных позволил установить, что у 254 (50,0%) больных ЗНОРС имели место различные диагностические и тактические ошибки, допущенные врачами общего профиля и гинекологами (Таблица 1).

В структуре ошибок преобладают «лечение другой патологии» у 96 (37,8%) больных, «длительное необоснованное обследование» - у 70 (27,6%) больных, «нерадикальные оперативные вмешательства в непрофильных учреждениях» - у 43 (16,9%).

Ошибки в диагностике и тактике лечения больных ЗНОРС до поступления в ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ

Таблица №1

Характер ошибок	Количество больных	
	абс.	%
Нерадикальные операции в непрофильных учреждениях	43	16,9
Назначение физиотерапевтических процедур	17	6,7
Длительное обследование	70	27,6
Лечение другой патологии	96	37,8
Нерациональное назначение гормонотерапии	9	3,5
Использование нетрадиционных методов лечения	19	7,5
ИТОГО	254	100

В связи с нарушениями менструального цикла и маточным кровотечением 9 (3,5%) больным была назначена нерациональная гормонотерапия. Врачами общего профиля физиотерапевтическое лечение было назначено 17 (6,7%) пациенткам.

Только у женщин постменопаузального возраста симптом «кровянистые выделения из половых путей или кровотечение в менопаузе» побуждало врачей гинекологов произвести целенаправленное обследование.

Наибольший процент диагностических и тактических ошибок наблюдается при диагностике трофобластической опухоли матки (ТОМ) – 27 (87,1%) и саркоме матки (СМ) – 24 (80,0%) (Таблица 2).

Частота диагностических ошибок в зависимости от локализации ЗНОРС

Таблица 2

Локализация ЗНОРС	Количество больных	
	абс.	%
ЗОЯ (n=117)	40	34,2
РМЖ (n=106)	32	30,2
РШМ (n=135)	52	38,5
РТМ (n=89)	46	51,7
СМ (n=30)	24	80,0
ТОМ (n=31)	27	87,1

Ошибки гинекологов в диагностике ТОМ сводились к многократным диагностическим выскабливаниям полости матки без морфологического исследования материала с диагнозом: «Неразвивающаяся беременность», «Остатки плодного яйца», «Нарушения менструального цикла». В 3 (10,6±3,54%) случаях выявлены ошибки морфологического характера.

Клинический пример: Больная М., 19 лет, обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на кровотечение из половых путей в течение 5 дней, общую слабость, головокружение и тошноту. Из анамнеза в течение последних 2-х месяцев менструации отсутствовали. При ультразвуковом исследовании установлен диагноз «Неразвивающаяся беременность 7-8 недель». Тест на беременность – положительный. Больной после предварительной подготовки в амбулаторных условиях произведено выскабливание полости матки. Однако через неделю пациентка вновь обратилась к гинекологу с жалобами на возобновление кровотечения из половых путей. При УЗИ – «Остатки плодных элементов, метрорезидюит». Больная повторно подвергнута выскабливанию эндометрия. Проведена противовоспалительная терапия в течение 10 дней. Через месяц, в связи с явлениями острого живота, обусловленного, внутрибрюшинным кровотечением, доставлена в гинекологическое отделение родильного дома, где была взята на экстренную операцию. Во время лапаротомии и ревизии установлен диагноз: «Хориокарцинома матки с прорастанием в серозный покров матки в области дна,

осложнившийся разрывом матки и внутрибрюшинным кровотечением». Для решения тактики хирургического лечения приглашен врач-онкогинеколог. Учитывая, ограниченный участок прорастания опухоли, молодой возраст и первую беременность, произведено ушивание дефекта стенки матки. В последующем больная получила химиотерапевтическое лечение в ГУ РОНЦ МЗ РТ до полного излечения. Через два года после завершения лечения молодая женщина родила здорового ребенка.

Многообразие морфологических типов сарком и клинических проявлений болезни обуславливают сложности диагностики. В 24 (80,0%) наблюдениях СМ были допущены ошибки. В связи с неполноценным обследованием и ошибочным диагнозом 9 (37,5%) больных подверглись нерадикальным оперативным вмешательствам, и 11 (45,8%) пациенток длительное время получали неадекватное лечение.

Клинический пример: Больная С., 47 лет, обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей, боли схваткообразного характера внизу живота, общую слабость.

Из анамнеза: в течение 5 лет состоит на учете по поводу миомы матки, однако за последние 6 месяцев при УЗИ-исследовании отмечается увеличение размеров матки. Больная направлена в гинекологическое отделение родильного дома для обследования и лечения. УЗИ-исследование показало наличие субмукозного узла по задней стенке матки размерами 67х58 мм гетерогенной структуры. После общеклинического обследования и коррекции показателей крови с диагнозом: «Миома матки, некроз узла» больной произведена операция в объеме над влагалищной ампутации матки с придатками. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8 сутки. Заживление раны первичным натяжением. На 9 сутки послеоперационного периода получено морфологическое заключение послеоперационного материала: Лейомиосаркома матки с участками распада. Больная направлена в онкологическое учреждение, где произведена повторная операция в радикальном объеме с последующей лучевой терапией.

До поступления в ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ в диагностике и тактике лечения 40 (34,2%) больных ЗОЯ имели место ошибки, среди которых 15 (37,5%) составили нерадикально произведенные операции в непрофильных учреждениях (Таблица 3).

Клинический пример: Больная К., 48 лет, была доставлена в ГУ РОНЦ МЗ РТ из НИИ гастроэнтерологии с жалобами на увеличение

живота в размерах, выраженную общую слабость, чувство дискомфорта в эпигастральной области.

**Ошибки в диагностике и тактике лечения
больных ЗОЯ до поступления в
ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ**

Таблица 3

Диагностические, тактические ошибки	Количество больных	
	абс.	%
Нерадикальные операции в непрофильных учреждениях	15	37,5
Назначение физиотерапевтических процедур	8	20,0
Длительное обследование/ лечение другой патологии	9	22,5
Нерациональное назначение гормонотерапии	5	12,5
Использование нетрадиционных методов	3	7,5
ИТОГО	40	100

При ультразвуковом исследовании в брюшной полости - асцит около 6 литров, в эпигастральной области наличие уплотнения и бугристого образования с неровными контурами. Произведена пункция передней брюшной стенки, асцитическая жидкость отправлена на цитологическое исследование. Результат цитологического исследования - метастаз аденокарциномы. Из анамнеза: 2 года назад по экстренным показаниям оперирована в областной больнице по месту жительства с диагнозом: «Миома матки. Киста яичника. Кровотечение». Результат гистологического исследования послеоперационного макропрепарата: серозная умеренно-дифференцированная аденокарцинома левого яичника, множественная фибромиома матки, фолликулярная киста правого яичника. Выписана из стационара домой на 9 сутки в удовлетворительном состоянии. Больная не направлена к онкологу для дальнейшего лечения. Через 2 года у больной наблюдалось прогрессирование заболевания, появился асцит с метастатическим поражением большого сальника, в связи с чем больная обратилась в НИИ гастроэнтерологии.

Несмотря на то, что у большинства больных РТМ предменопаузального возраста – 46 (51,7%), в течение длительного времени наблюдались различные нарушения менструального цикла, сопровождающиеся мено- и метрорагиями, для установления характера заболевания на первом этапе врачами не было произведено диагностическое выскабливание эндометрия с морфологическим исследованием соскоба. Эта группа больных в течение длительного времени наблюдалась и неадекватно лечилась

у гинекологов по поводу дисфункциональных маточных кровотечений, вторичного бесплодия, миомы матки, дисфункции яичников. Только у женщин постменопаузального возраста симптом «кровянистые выделения из половых путей или кровотечение в менопаузе» побуждал врачей гинекологов произвести целенаправленное обследование.

Результаты анализа 15 дефектных случаев диагностики злокачественных новообразований органов репродуктивной системы, поступивших больных в гинекологическое отделение ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ за 2018 – 2019 гг. еще раз подтверждают существование и сохранении негативной тенденции в данном направлении. Из 15 пациенток со злокачественными опухолями органов гениталий, госпитализированных в ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ в 13(86,6%) случаях произведены нерадикальные оперативные вмешательства в различных учреждениях неонкологического профиля. Из них 10 (76,9%) случаев при раке яичников, 3 (23,1%) - злокачественная опухоль тела матки (2 рак эндометрия и 1 саркома тела матки), и 1(7,7%) случай при раке шейки матки. Остальные 2 случая относятся к ошибкам организационного характера. В 1 случае пациентке с диагнозом «неразвивающаяся беременность» произведено выскабливание эндометрия без морфологического исследования материала. У пациентки установлена трофобластическая опухоль матки и в последующем больная получила курсы химиотерапии, выписана с выздоровлением. Другая больная радикально прооперирована в частной клинике, при морфологическом исследовании макропрепарата обнаружена злокачественная опухоль тела матки, однако на дальнейшее обследование, лучевое лечение в онкологический центр не направлена. В последующем у больной развилась рецидивная опухоль в культе влагалища, в связи с кровотечением из половых путей направлена в онкологический центр, начата химиолучевая терапия.

Результаты представленного анализа указывают, что проблемы в ранней диагностике ЗНОРС обусловлены развитием и расширением возможностей частной медицины, лечением онкологических больных в непрофильных учреждениях у врачей не прошедших специальную подготовку по онкологии, не имеющих лицензию и не сертифицированных по предмету «онкология». Слабая деятельность службы ПМСП, недостаточная подготовка врачей ПМСП и гинекологов общего профиля в области онкологии, ослабление онкологической настороженности у медицинских работников

первичного звена, низкая информированность женщин об онкологических заболеваниях отрицательно сказываются на уровне диагностики злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы. Для улучшения ситуации необходимо пересмотреть и разработать квалификационные характеристики работников ПМСП, а также акушер-гинекологов по онкологии, повысить их уровень знаний через циклы УСО и повышения квалификации на базе кафедр онкологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров (ТИППМК) и Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ).

Список литературы

1. Ашрафян ЛА и др. Возможные пути реорганизации первичной медико-санитарной помощи в гинекологии в аспекте эффективной ранней диагностики рака репродуктивных органов. *Опухоли женской репродуктивной системы*. 2008; (4): 57-63.
2. Крючкян НГ, Базилян КГ. Возможности ультразвукового исследования в определении степени

распространенности рака тела матки. *Сибирский онкол. ж.* 2009; Прил. № 2: 112-13.

3. Бауэр Г. *Цветной атлас по кольпоскопии*. М., 2002. 247 с.
4. Стрижаков АН, Давыдов АИ, Белоцерковцева ЛД. *Клиническая кольпоскопия*. М.: Медицина, 2000. 91 с.
5. Кулаков ВИ, Тохиян АА. Проблемы злокачественных новообразований репродуктивной системы в практике гинеколога. *Акушерства и женских болезней*. 2001; 70(1): 9-12.
6. Туйчибоев ФХ, Каримова ФН, Сайфутдинова МБ. Значение компьютерной томографии в диагностике рака шейки матки. *Мат VI съезда онкологов стран СНГ*. Душанбе, 2010: 95.
7. Новикова ЕГ, Ронина ЕА. Особенности эпидемиологии и современные методы диагностики злокачественных опухолей яичников. *Гинекология*. 1999; 1(2): 42-4.

ERRORS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MALIGNANT NEOPLASMS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM ORGANS IN NON-ONCOLOGICAL MEDICAL INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Umarzoda S.G, Khojjeva M.M, Muhammadi N.

Avicenna, Tajik State Medical University

The results of the presented analysis indicate that the problems in the early diagnosis of malignant neoplasms of the reproductive system organs in are caused by the development and expansion of the possibilities of private medicine, the treatment of cancer patients in non-core institutions by doctors who have not received special training in oncology.

Key words: diagnosis, treatment, malignant neoplasms, reproductive system.

ХАТОГИҲО ДАР ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОМОСҲОИ БАДСИФАТИ УЗВҲОИ СИСТЕМАИ РЕПРОДУКТИВӢ ДАР МУАССИСАҲОИ ТАБОБАТИИ ҒАЙРИРАСМИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Умарзода С.Г., Хочиёва М.М., Мухаммади Н.

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино

Натиҷаҳои таҳлили пешниҳодшуда нишон медиҳанд, ки мушкилот дар ташхиси барвакти омосҳои бадсифати узвҳои системаи репродуктивӣ аз рушду густариши имкониятҳои тибби хусусӣ, табобати беморони саратон дар муассисаҳои ғайримутамарказ аз ҷониби табибоне, ки дар соҳаи саратоншиносӣ маълумоти махсус нагирифтаанд, вобаста аст.

Калимаҳои калидӣ: ташхис, табобат, омосҳои бадсифат, системаи репродуктивӣ.

УДК 618.11-006.03-053.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ ГУ «РОНЦ» РТ МЗ СЗН**Умарова М.Н., Умарова С.Г., Ахмедова З.Б.***ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ,
г. Душанбе, Таджикистан*

В данной статье представлены результаты исследования 25 клинических случаев злокачественных новообразований яичников детского возраста. С 2014 по 2019 год в условиях отделения детской онкологии ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ находились на обследовании, лечении и наблюдении пациентки в возрасте от 1 года до 16 лет. В структуре гистологических типов опухолей яичников наиболее часто встречалась тератобластома – 12 случаев. Все пациентки прошли комплексное обследование и получили комбинированное лечение, включающее хирургический этап и химиотерапию по схеме ВЕР. В процессе наблюдения у 24 пациенток отмечалась клиническая ремиссия, 1 пациентка погибла в течение 6 месяцев после начала терапии в связи с продолженным ростом опухоли.

Ключевые слова: злокачественные новообразования яичников, детский возраст, результаты лечения

Актуальность. 1-2% от всех видов злокачественных опухолей генитального тракта составляют злокачественные опухоли детского возраста (1-15 лет). Диагностика осложнена в связи с большим разнообразием гистологических вариантов. Заболеваемость опухолями яичников в детском возрасте составляет 2,6 случая на 100 000 девочек в год, 50% из них представлены злокачественными новообразованиями; 85% - герминогенные опухоли, 8% - эпителиально-клеточный рак и 5% опухоли полового стромального тяжа. (Lawtence A.E., 2019; Smith M.A., 2010; Ward E., 2014; Gatta G., 2014; Ximing J., 2012).

Дилемма о выборе тактики лечения, объема оперативного вмешательства, возможности сохранения репродуктивной функции стоит перед онкологами и по настоящий день. Однако, в последние годы имеются сообщения о высокой эффективности применения схемы химиотерапевтического лечения ВЕР в сочетании с органосохраняющими операциями. Приведенные выше данные явились поводом для анализа результатов лечения данной категории больных в наших условиях.

Цель. Изучить результаты лечения злокачественных новообразований яичников у девочек по данным обращаемости в отделение детской онкологии ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ за 2014-2019 гг.

Материал и методы исследования. С 2014 по 2019 года в отделении детской онкологии находились на обследовании и лечении 25 пациенток со злокачественными новообразованиями яичников.

Возраст пациенток варьировал от 1 года до 16 лет, возрастная структура была следующей: 1 ребенок – 1 год, 5 детей в возрасте от 7 до 10 лет, 5 девочек - 10-13 лет, 13 детей - 13-16 лет. По гистологическому типу злокачественные опухоли яичников распределились следующим образом: дисгерминома – 8 случаев, тератобластома – 12 случаев, эпителиальный рак яичников – 5 случаев.

Комплекс обследования включал сбор анамнеза, физикальное обследование, стандартные клинико-лабораторные исследования, лучевые методы диагностики (УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, МРТ органов брюшной полости и малого таза), иммунологические исследования (определялись показатели онкомаркеров в сыворотке крови до операции - АФП, СА-125), которые были проведены в условиях ГУ «РОНЦ».

Результаты исследования. Основными жалобами пациенток и их родителей были увеличение размеров живота, появление пальпируемой опухоли в животе, умеренный болевой синдром. При использовании лучевых методов исследования (УЗИ, МРТ) во всех случаях выявлялась опухоль малого таза больших размеров вероятно исходящее из яичников, в 3 случаях также наблюдался асцит. Исследование показателей онкомаркеров Са-125 и АФП в сыворотке крови показало повышение последних выше нормальных значений - у больных с тератобластомами и дисгерминомами показатели

АФП были выше 300 МЕ/мл, у больных с эпителиальным раком яичников показатели СА-125 также были выше нормативных показателей. В плане комбинированного лечения 15 больным проведена неадьювантная полихимиотерапия по схеме ВЕР + оперативное вмешательство + адьювантная химиотерапия по схеме ВЕР. 9 больным проведено оперативное вмешательство на первом этапе с последующей адьювантной полихимиотерапией по схеме ВЕР. Оперативное вмешательство носило радикальный характер (экстирпация матки с придатками, экстирпация большого сальника) в случае выявления у детей гистологических вариантов «тератобластома» - 12 случаев, «эпителиальный рак яичников» - 5 случаев. В остальных случаях оперативное вмешательство носило органосохраняющий характер (односторонняя аднексэктомия, резекция большого сальника) – 8 случаев.

Сроки наблюдения за пациентами составили от 6 месяцев до 55 месяцев, и в среднем составили 46 месяцев. 12 месяцев (1 год) без возврата заболевания жили 24 пациентки, 24 месяца жили 23 пациентки, 36 месяцев – 19 пациенток, и более 48 месяцев жили также 19 больных. На момент декабря 2019 года живы без рецидива заболевания 24 пациентки. 1 ребенок погиб в течение 6 месяцев от момента обращения и начала лечения в связи с прогрессированием заболевания. Изучение отдаленных последствий влияния химиотерапии на становление менструальной функции у группы больных после органосохраняющих оперативных вмешательств (8 человек) не выявило нарушений со стороны последней, в 1 случае пациентка в длительной ремиссии заболевания создала семью и имела нормальную беременность и роды.

Выводы. Своевременное обращение родителей при появлении у девочек и девушек-подростков характерных жалоб и симптомов заболевания, комплексное обследование и дифференцированный подход к комбинированному лечению (химиотерапия ВЕР + операция) данной категории онкопедиатрических пациентов с учетом биологических свойств опухоли, позволили достичь убедительных результатов в лечении злокачественных новообразований яичников, с сохранением фертильности во всех 8 случаях дисгермином. На данный момент 24 пациентки живы и находятся в клинической ремиссии, 1 пациентка погибла в течение 6 месяцев от момента выявления заболевания в связи с прогрессированием опухолевого процесса на фоне специализированного лечения.

Список литературы

1. Lawrence AE, Gonzalez DO, Fallat ME, et al. Factors Associated with Management of Pediatric Ovarian Neoplasms. *Pediatrics*. 2019; 144 (1).
2. Smith MA, Seibel NL, Altekruse SF, et al. Outcomes for children and adolescents with cancer: challenges for the twenty-first century. *J Clin Oncol*. 2010; 28(15): 2625-34.
3. Ward E, DeSantis C, Robbins A, et al. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*. 2014; 64(2): 83-103.
4. Gatta G, Capocaccia R, Botta L, et al. Burden and centralised treatment in Europe of rare tumours: results of RARECAREnet-a population-based study. *Lancet Oncol*. 2017; 18(8):1022-39.
5. Ximing J. Yang, Liang Cheng. Yolk sac Tumor Pathology. *medicine, medscape.com/article/1612196-Overview*. 2012.

НАТИҶАҶОИ ТАБОБАТИ ОМОСҶОИ БАДСИФАТИ ТУХМДОНҶО ДАР ДУХТАРОН ДАР ШАРОИТИ ШУЪБАИ ОНКОЛОГИЯИ КУДАКОНАИ ҶТ Умарова М.Н., Умарова С.Г., Аҳмедова З.Б

Шуъбаи онкологияи кудакона. Маркази саратоншиносии ҷумҳуриявӣ

Мурочиати саривактии волидайн дар вақти пайдо намудани шикоятҳо ва аломатҳои махсуси беморӣ дар кудакон, гузаронидани ташҳиси комплексӣ ва табобати комбиникӣ махсус (кимийӯдармонӣ бо нақшаи ВЕР бо ҷарроҳӣ) бо назардошти намудҳои гистологии омосҳои тухмдон, натиҷаҳои боварибахш дар табобати омосҳои бадсифати тухмдон бо ниғодоштани саломатии репродуктивӣ дар ҳолати дисгерминома (8 бемор) ба даст оварда шуд. Дар айни ҳол, 24 бемор зинда дар ремиссия мебошанд, аммо 1 бемор фавтид аз сабаби сабзиши бардавоми омос дар ҷараёни табобати махсус баъди 6 моҳ.

Калимаҳои калидӣ: омосҳои бадсифати тухмдонҳо, синну соли кудакона, натиҷаҳои табобат.

**RESULTS OF THE TREATMENT OF MALIGNANT NEOPLASMS
OF THE OVARIES IN GIRLS IN THE CONDITION OF THE DEPARTMENT
OF PEDIATRIC ONCOLOGY OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN**

Department of Pediatric Oncology Republican Cancer Center

The timely appeal of parents when girls show characteristic complaints and symptoms of the disease, a comprehensive examination and a differentiated approach to combined treatment (chemotherapy and surgery), taking into account the biological properties of the tumor, made it possible to achieve convincing results in the treatment of malignant ovarian neoplasms. While preserving fertility in all 8 cases with dysgermin tumors. At the moment, 24 patients are alive and in remission, 1 patient died 6 months from the start of treatment and associated with the progress of the disease.

Key words: malignant neoplasm of the ovary, childhood, treatment results.

УДК 618.14-006(075.8)

**ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КУЛЬТЫ ШЕЙКИ МАТКИ
У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ**

Хакимова Н.Т., Амирова Х.Д., Хушвахтова Э.Х.

*ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ,
г. Душанбе, Таджикистан*

Проводимое исследование показывает целесообразность динамического обследования не только пациенток с миомой матки без оперативного лечения, но и за женщинами с субтотальной гистерэктомии в анамнезе для выявления патологических процессов культи шейки матки с целью профилактики рака цервикса.

Актуальность. Диагностика и лечение фоновых заболеваний шейки матки относится к актуальной проблеме акушерство и гинекологии - за увеличение частоты рака шейки матки на фоне не онкологических процессов этого органа. С этой позиции вопросы ранней диагностики фоновых процессов шейки матки является актуальным. Особенности заболевания шейки матки при миоме матки является в том, что миома матки относится к наиболее часто встречаемой доброкачественной опухолью репродуктивной системы женщин. При этом около 95% операции у женщин репродуктивного возраста проводится по поводу миомы матки. Нередко миома матки сочетается с заболеваниями цервикса. Но нет целенаправленных исследований состояние шейки матки у женщин после субтотальной гистерэктомии.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояние шейки матки во время осмотра влагалищной части цервикса в зеркалах для решения вопроса о дальнейшем объёме и методики обследования, данной групп пациенток.

Материал и методы. Согласно поставленной целью нами обследовано 57 пациенток. Из них 31(I группа) женщина после субтотальной гистерэктомии и 26(II группа) женщин с миомой матки, которые находились под диспансерном наблюдением.

Во время осмотра влагалищной части шейки матки в зеркалах у обеих групп женщин самой часто встречающей патологией был цервицит – у каждой пятой женщин первой группы (8- 25,8%) и у каждой третьей пациенток второй группы (9- 34,6%). Также почти у каждой пятой женщины обеих групп была выявлена железисто-мышечная гипертрофия (6 – 19,4% и 6 – 23,1% соответственно) и рубцовая деформация шейки матки (7 – 22,6% и 5 –19,2% соответственно по группам). Сочетание гипертрофического удлинения и рубцовой деформации шейки матки имело место в 16,1%(5) случаях у женщин после гистерэктомии и у 15,4%(4) - у пациенток с миомой матки. Эктопия шейки матки на фоне гипертрофического удлинения и рубцовой деформации выявлена у

каждой десятой женщины первой и второй группы - 3- 9,7% и 3- 11,5% соответственно. Визуальный осмотр выявил эктропион в 6,4%(2) и 11,5%(3) случаях у обследуемых женщин в группах. Наботовы кисты цервикса объективно установлены у 16,1% (5) женщин первой группы и 19,2% (5) пациенток второй группы. Общеизвестно, что при разрывах шейки матки, обуславливающих зияние наружного зева, или возникшем эктропионе, нарушаются бактерицидные свойства цервикальной слизи, что является условием для развития воспалительных процессов шейки матки. Кольпиты встречались в два раза чаще у пациенток с миомой матки, по сравнению с женщинами после операции суправагинальной гистерэктомии: 11(42,3%) и 7(22,6%) соответственно. Полип цервикального канала имел место у одной женщины первой группы и у двух пациенток второй группы.

Анализ патологии шейки матки показал, что такие заболевания, как рубцовая деформация и железисто-мышечная гипертрофия шейки матки чаще встречаются у женщин многократными родами, частым искусственным прерыванием беременности путем искусственного аборта и вакуум-аспирации в анамнезе.

Результаты исследования свидетельствовали, что фоновые патологии встречаются с одинаковой частотой у всех групп женщин. Наши исследования показали, что необходимо дальнейшее комплексное обследование этих женщин с применением инструментальных методов, таких как расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование эндо- и экзоцервикса, ультразвуковое исследование цервикального канала на предмет полипа, забор биопсии тем пациенткам, у которых имелись кольпоскопические и цитологические изменения.

BACKGROUND DISEASIS OF THE CERVICAL STUMP IN WOMEN AFTER SUBTOTAL HISTERECTOMY

Hakimova N.T., Amirova Kh.D., 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

Thus, the conducted study shows the feasibility of dynamic examination not only of patient with uterine fibroids without surgical treatment, and of women with a history of subtotal hysterectomy to identify pathological processes of the cervical stump in order to prevent cervical cancer.

Key words: cervical stump, subtotal hysterectomy, background diseasiness of the cervixes.

БЕМОРИҲОИ ПЕШ АЗ САРАТОНИИ МУНЧАИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ПАС АЗ ГИСТЕРЭКТОМИЯИ СУБТОТАЛӢ

Ҳакимова Н.Т., Амирова Х.Д., Хушвахтова Э.Х.

Ҳамин тариқ, таҳқиқотҳои гузаронидашуда муҳимияти таҳхиси на танҳо занҳои гирифтори миомаи бачадонро бидуни табобати ҷарроҳӣ, инчунин занони дорои гистерэктомияи субтоталӣ дар анамнез доштара барои муайян кардани равандҳои патологӣ танаи бачадон бо мақсади пешгирии саратони гарданаки бачадон, нишон медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: танаи гарданаки бачадон, гистерэктомияи субтотали, бемориҳои пеш аз саратонӣ.

УДК 616.1 /4

ПРИМЕНЕНИЕ ХЕЛАТОВ В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ НГА

Ходжаева Н.Н., Исмоилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А.

Кафедра детских болезней №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Наблюдение в динамике за больными НГА, получающими в комплексном лечении хелаты, позволило сделать вывод об эффективности применения этой группы препаратов для данного контингента детей.

Цель. Оценить эффективность применения хелатов в лечении больных с НГА.

Материал и методы. Нами была исследована 35 пациентов с наследственной гемолитической анемией в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Диагноз был установлен на основании анамнеза, жалоб, клиники и параклинических методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Пациенты были распределены в следующим образом: первая группа- гемоглобинопатии -23 человека (65,7%), Вторая группа- ферментопатии -9 пациентов (25,7%), третья группа – мембранопатии-3 ребенка (8,5%). Все дети поступили в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, обусловленном признаками глубокой анемии, гемолитическим кризом. Всем детям была проведена метаболитная, антиоксидантная, симптоматическая терапия, заместительная терапия отмытыми эритроцитами. Наряду с проводимым лечением были подключены хелаты:

десферал внутривеннокапельно, оксиджид парентерально.

Больные были разделены на две группы. В первую группу входили пациенты, получающие стандартную терапию без применения хелатов. Вторая группа, наряду с обычной терапией получала хелаты. В процессе наблюдения за детьми в обеих группах отмечалось что пациенты второй группы восстанавливались в 1,5-2 раза быстрее. Клинический это выражалось в улучшении общего состояния больных НГА: уменьшались признаки гемолитического криза в виде анемии, желтушного синдрома, макрогематурии и гепатоспленомегалии.

Выводы. Наблюдение в динамике за больными НГА, получающими в комплексном лечении хелаты, позволило сделать вывод об эффективности применения этой группы препаратов для данного контингента детей.

THE USE OF CHELATES IN THE THERAPY OF CHILDREN WITH NHA

Khodzhaeva N.N., Ismoilov K.I., Mukhammadnabieva F.A.

*Avicenna, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino,
Department of Pediatric Diseases No. 2.*

Observation in dynamics for patients with NHA receiving complex drugs chelates, ensuring the effectiveness of the use of a group of drugs in the contingent of children.

ИСТИФОДАИ ХЕЛАТҶО ДАР ТЕРАПИЯИ КӯДАКОНИ ДОРОИ КМГ(КАМХУНИИ МОДАРЗОДИИ ГЕМОЛИТИКӢ)

Хочаева Н.Н., Исмоилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А.

Кафедраи бемориҳои педиатрии No2, ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

Мушохида дар динамикаи беморони гирифтори анемии гемолитикии ирсӣ, ки дар табобати комплексӣ хелат мегирифтанд, имкон дод, ки дар бораи самаранокии истифодаи ин гурӯҳи доруҳо барои ин контингенти кӯдакон ҳулоса барорем.

УДК 616.15.194.8-053.2-07-084-085

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

Ходжаева Н.Н., Исмоилов К.Н.,

Бергер И.В., Назарбекова С.Д., Фирузова Ф.Ф.

Кафедра детских болезней №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Комплексное лечение детей с анемией средней и тяжелой степени тяжести привело к значительному улучшению не только лабораторных, но и клинических показателей у данного контингента больных, что свидетельствовало об улучшении качества жизни этих пациентов.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, среднетяжелая, тяжелая степень распространенность, качество жизни.

Актуальность. Анемия - патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина в единице объема крови. По данным ВОЗ, анемия имеет чрезвычайно широкое распространение: в отдельные возрастные периоды в развивающихся странах она выявляется практически у половины населения. Дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека - им страдают более 3 млрд человек на Земле. Наиболее высок риск развития ДЖ, как латентного (ЛДЖ), так и манифестного (железодефицитная анемия - ЖДА), у детей (особенно первых двух лет жизни) и женщин репродуктивного возраста. Железодефицитная анемия составляет 90% всех анемий детского возраста. Согласно отчетам ГУ НМИЦ «Шифобахш» в 2019 году в отделение детской гематологии было госпитализировано 48 пациентов с ЖДА тяжелой степени с целью проведения трансфузий по жизненным показаниям, более 507 пациентов с ЖДА легкой и средней степени тяжести обратились за консультативной помощью на приеме у гематолога.

Развитие ЖДА у детей раннего возраста обусловлено комплексом причин, включающих как неблагоприятное течение беременности родов, алиментарный фактор, повышенные потребности ребенка в железе в периоды интенсивного роста. Значимым является также отсутствие специфической профилактики дефицита железа у детей в группе риска по его развитию. Железо необходимо для нормального функционирования структур головного мозга, при его недостаточном содержании нарушается нервно-психическое развитие ребенка. Установлено, что у детей, имевших в младенчестве железо-

дефицитную анемию, в возрасте 3–4 лет определяются нарушения передачи нервных импульсов от центров головного мозга к органам слуха и зрения из-за нарушения миелинизации и, как следствие этого, нарушение проводимости нервов.

Цель исследования. Улучшить качество жизни пациентов с железодефицитной анемией.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных в работе задач было проведено комплексное обследование 54 детей с анемией средней и тяжелой степени за 2019 г, находившихся на стационарном лечении в детском гематологическом отделении НМИЦ РТ «Шифо-бахш». Контрольную группу составили 30 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу.

Результаты и их обсуждение. В группе больных с ЖДА была 54 (46,2%) мальчиков и 29 (53,8%) девочек. Диагноз основывался на данных анамнеза, клинических и лабораторных методах исследования. В первую группу входили 24 детей, у которых отмечались выраженные нарушения общего состояния: значительная вялость, апатия, адинамия, плаксивость, резкое снижение аппетита. Кожа сухая (62,3%), волосы редкие, тусклые, тонкие. Язык обложен, отмечается атрофия сосочков (24,8%). Пульс оказался частым на верхушке сердца, прослушивался нежный систолический шум функционального характера. В гемограмме количество эритроцитов составляло $2,3-3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 70-89 г/л, цветной показатель – 0,6-0,8. У 11 больных встречались умеренно выраженные анизо- и пойкилоцитоз эритроцитов. Следует отметить появление в периферической крови у 3 детей юных клеток и миелоцитов, что свидетельствует о напряженности гемопоэза. Остальные показатели

гемограммы данной категории детей были в пределах нормы. Уровень сывороточного железа составил 8,9-7,7 мкмоль/л.

Вторую группу составили 30 больных. Клиническая картина тяжелой степени ЖДА у детей проявлялась резкой заторможенностью, отсутствием аппетита, запорами. У детей старшего возраста имела место геофагия – стремление есть графит, землю, глину (31,5%). Кожа бледная с восковидным оттенком. Нередки изменения ногтей (29,6%) (койлоникии, истончение, слоистость) и волос (тусклость, аллопеция) (14,8%). В углах рта заеды, язык становится лакированным. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечалась тахикардия, систолический шум на верхушке сердца, хлопающий первый тон, яремные вены набухают. Нередко появляется одутловатость лица и пастозность нижних конечностей, умеренная гепатоспленомегалия. Наблюдались следующие изменения в периферической крови: число эритроцитов составляло $1,7-2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 40-69 г/л, цветной показатель 0,5-0,6. Умеренно и значительно выраженные анизо- и пойкилоцитоз выявлены у преобладающего большинства детей (74%). Уровень сывороточного железа значительно снижен по сравнению с нормой (7,0-4,8 мкмоль/л). При морфологическом исследовании эритроцитов были выявлены характерные изменения: снижение среднего содержания гемоглобина в одном эритроците ниже 29 Пг (у 21 из 25 чел. – 83,3%), среднего диаметра эритроцитов – ниже 6,9 мкм, а также среднего объема эритроцита (менее 75 мкм³). Микроцитоз составлял от 19 до 40%, при норме 12%. Причем, степень снижения данных показателей была пропорциональна степени тяжести патологического процесса.

Исследование костномозгового пунктата показало гипохромию эритроцитов, гиперплазию красного

ростка, причем в 50% случаев отмечено сужение белого ростка кроветворения.



Рис1. Мальчик 5 лет, с анемией средней тяжести



Рис2. Девочка 4,5 года, с анемией тяжелой степени

Число митозов красной крови составляло 1,5–5%, что свидетельствует о напряженности гемопоэза, которая возникает в ответ на длительную гипоксию органов и тканей.

Лечение ЖДА у детей было комплексным и базировалось на основных принципах: нормализации режима и питания ребенка, коррекции причины железодефицита, назначении препаратов железа, трансфузии эр массы или отмытых эритроцитов и сопутствующей терапии. Важнейшим фактором коррекции железодефицита является сбалансированное питание, для детей первого года жизни – в первую очередь грудное вскармливание. Проведенные клинические наблюдения за больными анемией по сравнению с детьми контрольной группы, продемонстрировали положительную динамику у детей 1 группы, состоящую не только в достоверном уменьшении клинических проявлений анемического синдрома, но и в снижении частоты повторных респираторных заболеваний (табл. 1).

Частота выявления клинических симптомов заболевания у детей с ЖДА до и после лечения

Таблица №1

Группы больных		Симптомы			
		Снижение аппетита (%)	Бледность (%)	Слабость (%)	Частые ОРВИ (%)
		ЖДА	ЖДА	ЖДА	ЖДА
1	До лечения	56,1	92,7	88,6	73,3
	После лечения	24,8	46,4	15,3	37,4
p		<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
2	До лечения	41,6	98,6	84,6	40,5
	После лечения	1,7	1,6	2,0	16,1
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p – уровень значимости различий частоты выявления клинических симптомов до и после лечения; 1 группа - больные, получившие базисную терапию; 2 группа - больные, получившие базисную терапию и гемотрансфузии.

У детей, получавших общепринятую терапию, к моменту выписки в 24,8 и 46,2% случаев сохранялись жалобы на снижение аппетита, а в 15,3 и 48,2% (соответственно) - на общую слабость. При проведении гемотрансфузий в лечении больных с анемией (ЖДА) полностью нормализовался аппетит, улучшилось самочувствие, исчезли жалобы на

слабость. При этом бледность кожных покровов уменьшилась в 6,2 раза; частота ОРВИ при наблюдении в катамнезе в течение 3-6 месяцев после выписки снизилась практически в 3 раза.

Однако, на наш взгляд, наиболее привлекательно выглядела динамика основных лабораторных критериев анемического синдрома (табл. 2).

Гематологические показатели у больных анемией в динамике наблюдения (M±m)

Таблица №2

Показатели крови	Период	Группы больных	
		1	2
		ЖДА	ЖДА
Уровень гемоглобина (г/л)	До лечения	64,1±0,18	43,2±0,24
	После лечения	103,8±0,12	101,4±0,28
p		<0,01	<0,01
Количество эритроцитов (x1012/л)	До лечения	2,0±0,07	1,7±0,09
	После лечения	3,33±0,09	3,52±0,12
p		<0,05	>0,05

Примечание: p – уровень значимости различий лабораторных симптомов до и после лечения;

1 группа – больные, получившие базисную терапию; 2 группа – больные, получившие базисную терапию с гемотрансфузией.

Так, до лечения уровень гемоглобина и количество эритроцитов в общем анализе крови у детей, с ЖДА, были достоверно более низкими. После лечения во всех группах больных уровень гемоглобина приблизился к нормальным показателям. Однако, нами были отмечены существенные различия в темпах нарастания данного показателя. По нашему мнению, объяснение данного факта следует искать в существующей концепции патогенеза анемии у детей, с учетом выявленных нами особенностей ЖДА.

Выводы. Комплексное лечение детей с анемией средней и тяжелой степени тяжести привело к значительному улучшению не только лабораторных, но и клинических показателей у данного контингента больных, что свидетельствовало об улучшении качества жизни этих пациентов.

Список литературы

1. Румянцева АГ, Зхаровой ИН (под ред.). Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков (пособие для врачей). М.: КОНТИПРИНТ; 2015. 76 с.
2. Румянцева АГ, Масчана АА, Жуковской ЕВ (под ред.). Клинические рекомендации. Детская гематология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 656 с.
3. Румянцев АГ, Захарова ИН, Чернов ВМ и др. Распространенность железодефицитных состояний и факторы, на нее влияющие. *Медицинский совет*. 2015; (6): 62-6.
4. Воробьева АИ (под ред.). Руководство по гематологии. Издание 3-е. М.: Ньюдиамед; 2005. 409 с.
5. Эрман МВ. Железодефицитные анемии у детей. *Вопросы практической педиатрии*. 2014. 9(1): 1-4.

SOME ASPECTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH IRON DEFICIENT ANEMIA

Khodzhaeva N.N., Ismoilov K.N., Berger I.V., Nazarbekova S.D., Firuzova F.F.

Avicenna, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino,
Department of Pediatric Diseases No. 2.

Complex treatment of children with moderate and severe anemia led to a significant improvement in not only laboratory, but also clinical indicators in this contingent of patients, which indicated an improvement in the quality of life of these patients.

Key words: iron deficiency anemia, moderate, quality of life, severe prevalence, risk factors.

БАЎЗЕ ҶАНБАҶОИ ТАБОБАТИ БЕМОРОН БО КАМХУНИИ НОРАСОИИ ОҶАН

Хочаева Н.Н., Исмоилов К.Н., Бергер И.В., Назарбекова С.Д., Фирӯзова Ф.Ф.

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2, МТД ДДТТ ба номи Абуалӣ Ибни Сино

Табобати маҷмӯи кӯдакони гирифтори камхунии миёна ва вазнин боиси он гардид, ки на танҳо нишондиҳандаҳои лабораторӣ, балки нишондиҳандаҳои клиникӣ дар ин контингенти беморон ба таври назаррас беҳтар карда шуданд, ки аз беҳтар шудани сифати зиндагии ин беморон шаҳодат дод.

Калимаҳои асосӣ: камхунии норасоии оҳан, паҳншавии мӯътадил, сифати зиндагӣ, шадид, омилҳои хавф.

УДК 61.618. 11.- 006.2

АЦИКЛИЧЕСКИЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Юсуфбекова У.Ю., Болиева Г.У.,

Мамедова З.Т., Азимова Д.А.

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

В статье представлен обзор различных вариантов медикаментозной терапии обильных менструаций. Показаны преимущества гонадотропин-рилизинг гормона-диферилин и левоноргестрела (Мирена), имеющего показания к применению с лечебной целью.

Ключевые слова: миома, аденомиоз, полипы эндометрия, медикаментозная терапия, обильные месячные.

Актуальность. Гормональные колебания в организме женщины происходят на протяжении всего периода. На полное угасание репродуктивной функции уходит несколько лет, так как этот процесс проходит постепенно. Именно такая картина может наблюдаться у здоровых женщин. Если начало климакса пришлось на сорок лет, то его завершение можно ожидать примерно к сорока пяти годам. Месячные полностью зависят от этих колебаний уровня гормонов в крови. Объём теряемой крови каждый месяц находится примерно на одном уровне. Любые отклонения от нормы могут быть признаками патологии [1,3].

Начиная с сорока лет отработанный механизм может дать сбой. Выразаться он будет обильными кровотечениями. В основе происходящих изменений могут лежать как патологические, так и физиологические изменения. Начиная с сорока лет включается механизм, отвечающий за постепенное затухание детородных функций. Климакс у женщин, наступает примерно в 45-52 года, а иногда и раньше [4].

Причины маточного кровотечения у женщин после 40 всегда связаны с патологией. В зависимости от характера нарушений выделяют различные симптомы АМК: гиперменорея (меноррагия) – чрезмерные (более 80 мл) или длительные менструации (более 7 дней) с регулярным интервалом в 21-35 дней;

метроррагия – нерегулярные, межменструальные кровянистые выделения;

менометроррагия – нерегулярные, длительные маточные кровотечения;

полименорея – частые менструации с интервалом менее 21 дня.

Наиболее частыми причинами таких кровотечений являются:

1. Гормональный дисбаланс у женщины в юном возрасте или во время менопаузы – самая частая причина обильных менструальных кровотечений. В юности, когда у женщины начинаются первые месячные и за несколько лет до начала менопаузы, уровень гормонов в организме колеблется, что часто становится причиной обильных вагинальных кровотечений. Лечение таких кровотечений

обычно проводится с помощью гормональных средств;

2. Другая частая причина маточных кровотечений – доброкачественная опухоль матки – фибромиома. Чаще всего фибромиома встречается у женщин в возрасте 30–40 лет. Хотя точная причина фибромиомы еще не выяснена, известно, что рост этих опухолей зависит от гормона эстрогена. Фибромиома лечится хирургическими методами, такими, как миомэктомия, абляция эндометрия, эмболизация маточных артерий, а также гистерэктомия (удаление матки). Кроме того, существуют и нехирургические методы лечения данной патологии: применение гонадотропин-рилизинг гормонов, оральных контрацептивов, андрогенов (мужских половых гормонов) и гестринона. У некоторых женщин в лечении фибромиомы эффективен натуральный прогестерон. При умеренных симптомах врач может посоветовать выжидательную тактику. Во время менопаузы фибромиома обычно самостоятельно рассасывается [5.6];

3. Полипы эндометрия. Это доброкачественное разрастание, происходящее из внутренней оболочки матки. Причина их возникновения еще не выяснена до конца, однако известна их связь с повышенным уровнем эстрогенов в организме женщины при лечении некоторыми гормональными препаратами и некоторых гормональных опухолях яичников. Лечение полипов эндометрия проводится с помощью гистероскопической техники и заключается в их иссечении, например, с помощью электрохирургической петли и т.д;

4. Рак шейки матки. Рак шейки матки исходит из клеток эпителия влагалищной части шейки или ее канала. Почти в 90 % случаев этой патологии причиной служит вирус папилломы человека. Рак шейки матки занимает третье место по смертности от гинекологических опухолей. Лечение этого заболевания хирургическое, химиотерапия и лучевая терапия, либо комбинация этих методов.

5. Рак эндометрия. Рак эндометрия развивается из клеток внутреннего слоя матки. При этом он может расти как в просвет матки, так и «пропитывать» толщу стенки матки, а также переходить на соседние органы. Причина рака эндометрия не выяснена, однако известно, что чаще всего это заболевание встречается у женщин после 50 лет, страдающих гиперплазией эндометрия или часто применявших гормональную заместительную терапию. Лечение этой формы рака – удаление матки;

6. Эндометриоз может быть причиной обильных месячных со сгустками после 40 лет чаще всего бывает разрастание слизистой матки. Начавшийся

в этот период эндометриоз может полностью изменить характер месячных. Основным признаком этого заболевания является непомерное разрастание слизистой матки [4];

7. Нарушения свертывания крови. Существует несколько типов таких болезней, и одним из частых из них является болезнь Виллебранда. При этой патологии отмечается нехватка факторов свертывания. Лечение этого заболевания складывается из заместительной терапии этими факторами.

Для лечения заболевания применяются следующие препараты:

Гемостатики (Этамзилат, Менадион). Повышают свертываемость крови и тонус мышц матки, останавливая кровотечение.

Препараты прогестерона (Левоноргестрел). Применение гормонального средства помогает остановить кровотечение, не поддающееся лечению гемостатиками.

Гестагены (нарколут) используются для устранения слабых выраженных кровянистых выделений.

Препараты железа (Тотема) Восполняют дефицит железа, устраняя признаки анемии. Прием этих средств дополняют введением витаминов группы В, фолиевой и аскорбиновой кислоты.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения маточных кровотечений у женщин старше 40 лет.

Материал и методы. Обследованы 70 женщин позднего репродуктивного возраста которые были разделены на 3 группы:

I группа - 20 пациенток с миомой матки;

II группа – 20 пациенток с аденомиозом, которые обратились с кровянистыми выделениями;

III группа – 30 женщин с полипами шейки матки, цервикального канала и эндометрия.

Критериями исключения являются-множественная миома матки, большие размеры миоматозных узлов и рак эндометрия.

При поступлении в стационар изучали анамнестические и объективные данные, особенности и характер менструальной и репродуктивной функций.

Проводили анализ развития настоящего заболевания: время появления первых симптомов, длительность процесса, количество рецидивов, эффективность проведенного лечения.

Полученный при диагностическом выскабливании соскоб из полости матки, шейки матки и цервикального канала подвергался гистологическому исследованию.

Основными жалобами пациенток, вошедшими в исследование, стали обильные и длительные менструации, нерегулярный менструальный цикл, боли в области шейки матки и выделения из влагалища.

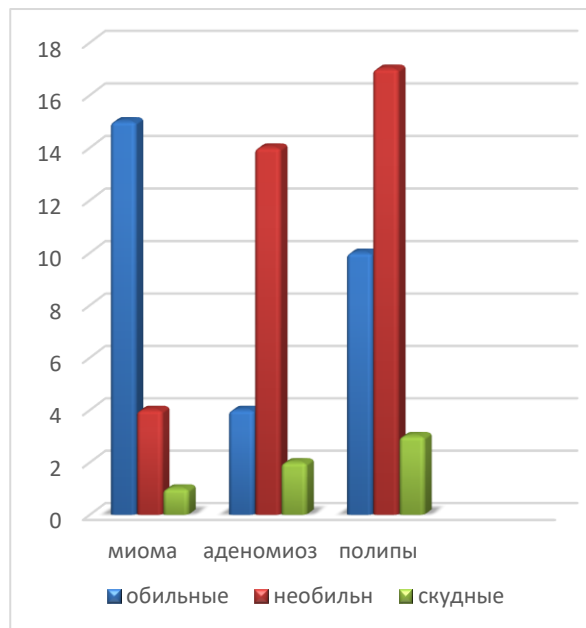


Рисунок 1. Характер менструальных кровотечений.

В I группе с миомой матки обильные менструации наблюдались у 15(75%) пациенток, что превалирует над обеими группами: с полипами эндометрия - III группа – 10(33%) и во II группе с аденомиозом – 4 (20%) пациенток. (Рис.1). Необильные менструации отмечаются в III группе с полипами эндометрия, что составляет -17(56%).

Отмечен рецидивирующий характер течения заболевания (неоднократные диагностические выскабливания матки, попытки гормональной терапии) на фоне прогрессирующей прибавки массы тела и симптомов метаболического синдрома. Длительность заболевания в группах составила от 2 - 5 лет.

Все пациентки в анамнезе имели различные гинекологические заболевания. Наиболее часто отмечены хронические воспалительные процессы органов малого таза: хронический сальпингоофорит, хронический эндометрит, хронические цервициты, первичное и вторичное бесплодие (рис 2).

Среди хронических воспалительных заболеваний органов малого таза преобладают хронические эндометриты – у 50(71,4%) пациенток, хронические цервициты- у 34(48,5%) пациентки и вторичное бесплодие встречалось в 23(32,8%) случаев.



Рисунок 2. Хронические воспалительные процессы органов малого таза

Для выявления заболевания были применены следующие диагностические процедуры:

- ультразвуковое исследование органов малого таза, помогающее оценить состояние матки и придатков;
- кольпоскопическое и цитологическое исследование шейки матки;
- гистологическое исследование эндометрия (направлено на обнаружение признаков злокачественного перерождения).

Простая и расширенная кольпоскопия (с применением эпителиальных тестов: 3% уксусной кислоты и 2% Люголя) выполнялась на цифровом видеокольпоскопе Sony-200. Всем пациенткам выполнялось цитологическое исследование мазков экзо-и эндоцервикса по Папаниколау (Pap-test).

Результаты исследования и обсуждение. Проведенный нами сравнительный анализ клинко-анамнестических данных выявил возраст начала половой жизни 23,2+1,5года во всех группах.

Все пациентки (n=55) жаловались на кровянистые выделения из половых путей умеренного характера -13(26,6%), болезненный половой акт-13(26,6%), жжение и зуд во влагалище-14(25,4%) и контактные кровотечения-9(16,3%) соответственно.

При кольпоскопическом обследовании у всех пациенток с полипами эндометрия (n=20) на влагалищной части шейки матки отмечалось наличие эктопии различных размеров, эрозии, эктропиона и встречались аномальные кольпоскопические картины. Очаги гиперкератоза, тонкого ацетобелого эпителия наблюдались в 1,8% случаев. Проба Шиллера во всех случаях демонстрировала крапчатость, когда на фоне неоднородной окраски многослойного плоского эпителия оставались йоднегативные мелкие множественные крапления.

Цитологическое обследование шейки матки (табл.3) было проведено у всех пациенток. При этом LSIL расценивалось в 21(38,1%) наблюдениях, в 3(5,4%) случаях обнаружился HSIL, в 14(25,4%) - ASCUS и NILM наблюдался в основном в контрольной группе и составлял – 20 (36,3%) случаев (рис 3).

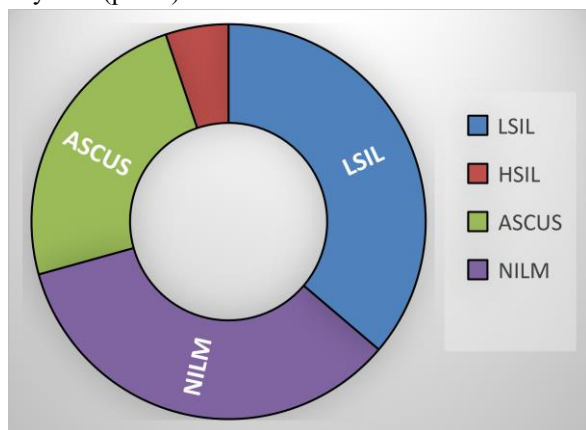


Рисунок 3. Цитологическое обследование

Гистологическое исследование показало, что у пациенток I группы (n=20) с миомой матки отмечалась в основном железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, миоматозные узлы обнаружались разные по характеру (лейомиома, фибромиома) или хронический продуктивно-полипозный эндометрит.

У пациенток с аденомиозом - II группа (n=20) наблюдалось явление железисто-кистозной гиперплазии эндометрия или части железистого полипа эндометрия.

У пациенток III группы (n=30) с полипами выявлялись железистые и фиброзно-железистые полипы цервикального канала и эндометрия с явлениями хронического воспаления.

При чрезвычайно обильном кровотечении в зависимости от М-эха эндометрия (>20) проводилось раздельное диагностическое выскабливание из цервикального канала и полости матки для выяснения причины нарушения и для купирования кровотечения. Соскоб всегда отправляли на патогистологическое исследование.

После выскабливания пациенткам давали гормональный препарат нарколут в течение 6 месяцев, иногда до 1 года. Тем пациенткам, которым не подходил препарат нарколут и вновь отмечался рецидив кровотечения направляли на лабораторное обследование и подготавливали на оперативное лечение. В нашем исследовании из общего числа пациенток (n=70) ампутация матки с придатками проводилась у 17 (24,3%) пациенток, экстирпация – у 9 (12,8%) женщин с неудовлетворительной

кольпоскопической картиной. У 6(20%) пациенток с полипами ш/м проводилась диатермо-коагуляция шейки матки (рис 4).

Рис 4. Комплексное лечение



Консервативное лечение проводилось гестагенами (нарколут), аналогами гонадотропин релизинг-гормона (Диферелин 375мг) и левоноргестрелом (Мирена). Эффективность нарколута отмечалась у 26(37,1%) пациенток, рецидив кровотечения у данных больных не наблюдался, Диферелин оказался успешным у всех пациенток, что составлял 5(7,1%) женщин, но не все женщины в нашем исследовании смогли его приобрести из-за дороговизны и отсутствия препарата в Республике Таджикистан. Мирена - в 6 (8,5%) случаях оказалась эффективной.

Таким образом, каждый из этих методов имеет свои преимущества и не лишен недостатков и ограничений, что определяет их выбор в конкретной клинической ситуации.

Всегда выбор делается в пользу пациентки исходя из ее потребностей и индивидуальных особенностей.

Список литературы

1. Андреева ЕН. Фармокоэкономическая оценка использования различных методов лечения меноррагий. *Проблемы репродукции*. 2011; (4): 48-55.
2. Роговская СИ. Микробиоценоз влагалища и цервикальная патология. *Consilium medicum* 2014; 6(16):51-5.
3. Прилепская ВН. Натуральная оральная контрацепция-новый стиль и качество жизни женщины. Клиническая лекция. Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. 2012. 75(7): 46-8.
4. Татарчук ТФ, Косей НВ, Тутченко ТН, Капшук ИН. Современная диагностика и лечение аномальных маточных кровотечений. *Репродуктивная эндокринология*. 2012; (1): 74-8.

5. Савельева ГМ, Курцер МА, Краснова ИА, Аксенова ВБ. Диагностика и лечение миомы матки. Актуальные вопросы. Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. 2008. (6): 45-51.

6. Стрижаков АН, Давыдов АИ, Лебедев ВА, Пашков ВМ. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008; (4): 7-18.

HEAVY MENSTRUAL BLEEDING: TREATMENT OF WOMEN UNDER 40

Yusufbekova U.Yu., Bolieva G.U., Mamedova Z.T., 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*

This paper reviews the evidence base for using various medication regimens to treat heavy menstrual bleeding in women after 40. The authors describe the advantages of a combined desferelin and levonorgestrel to be used as a therapeutic treatment for this problem.

Key word: myoma, adenomyosis, polypus, menstrual bleeding, therapeutic treatment.

ХУНРАВИИ АСИКЛИКИИ БАЧАДОН ДАР ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВИИ ДЕРИН, ТАШХИС ВА ТАБОБАТ

Юсуфбекова У.Ю., Болиева Г.У., Мамедова З.Т., Азимова Д.А.

МД Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе

Дар мақола таҳлили гуногуни ташхис ва табобати хунравии асикликии бачадон оварда шудааст. Бартарияти гонадотропин-рилизинг гормон-диферилин ва левоноргестрел (Мирена), ки нишондодҳои табобатиро барои истифода бурдан дорад, оварда шудааст.

Калимаҳои калидӣ: миома, аденомиоз, полипҳои эндометрий, табобати доругӣ, хунравии асикликии.