



Сармухаррир:

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

Муовинони сармухаррир:

Мирзоева А.Б. – н.и.т.,
дотсент, муовини директор
оид ба корҳои илмӣ МД
ПАГваП

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

Котиби масъул:

Азимова Д.А. – н.и.т., ходими
илмӣ 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 тахририя:

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

№2, 2020

Шӯрои тахририя:

Қурбанова Муборак Ҳасановна – д.и.т., профессор, Академики
академияи мактаби олии байналмилалӣ (Душанбе).
Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна – д.и.т., профессор (Душанбе).
Рустамова Меҳриниссо Сангиниовна – 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)
Байкошкарлова Салтанат Берденовна – д.и.б. (Қазоқистон, Нурсултон)
Қудайбергенов Талгат Қапаевич – д.и.т., профессор (Қазоқистон,
Нурсултон)
Узокова Урунбиш Ҷурабоевна – н.и.т., дотсент (Душанбе).
Юнусов Абдуғани Ғафорович – н.и.т. (Душанбе).
Қурбонов Шамсиддин Мирзоевич – н.и.т., дотсент (Душанбе).



Главный редактор

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

Заместители главного редактора

Мирзоева А.Б. – к.м.н.,
доцент, заместитель дирек-
тора 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 регистриро-
ван в Министерством куль-
туры Республики Таджики-
стан 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 Муборак Хасановна – д.м.н., профессор, Академик
высшей международной школы (Душанбе)

Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна – д.м.н., профессор
(Душанбе)

Рустамова Мехриниссо Сангиновна – д.м.н., профессор
(Душанбе)

Жук Светлана Ивановна – д.м.н., профессор (Украина)

Камилова Мархабо Ядгаровна – д.м.н., Академик высшей
международной школы (Душанбе)

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – д.м.н., доцент
(Душанбе)

Ходжимуродова Джамила Амоновна – 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. (Ка-
захстан, Нурсултан)

Кудайбергенев Талгат Капаевич – д.м.н., профессор (Казах-
стан, Нурсултан)

Узакова Урунбиш Джурабаевна – к.м.н., доцент (Душанбе)

Юнусов Абдугани Гафарович – к.м.н. (Душанбе)

Курбанов Шамсиддин Мирзоевич – к.м.н., доцент (Душанбе)

Хайати тахририя:

Муминова Ш.Т. – н.и.т.

Пулатова А.П. – н.и.т.

Зурхолова Х.Р. – н.и.т., дотсент

Мардонова С.М. – н.и.т., дотсент

Расулова Г.Т. – н.и.т., дотсент

Бойматова З.К. – н.и.т., дотсент

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

Бойматова З.К., Гулакова Д.М., Нарзуллаева З.Р., Орипова Ш.Н., Сайдахмадова Ш.Дж. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы при гестационном сахарном диабете	4
Давлятова З.Д., Менгниязова З.Г., Зубайдова М.С., Касымова Ш.С. Результаты профилактики синдрома задержки развития плода у женщин сотягощенным репродуктивным анамнезом	8
Зурхолова Х.Р. Зарифова П.Г. Применения метода кенгуру среди маловесных новорожденных в отделении второго этапа выхаживания	13
Икромова З.М., Усмонова Н.К., Курбанова П.З., Коимдодова Б. К. Оптимизация диагностических методов исследования при гиперпластических процессах эндометрия	16
Каримова М.Т. Романова О.Г. Бердыева Н.Б. Синдром Гольденхара-гемифациальная микросомия (случай из практики)	20
Пулодзода Ф.П., Менгниязова З.Г., Бекзода Х.С., Гулакова Д.М. Перинатальные исходы при ранней беременности у подростков	23
Ходжимуродова Д.А, Гулакова Д.М., Ошурмамадова Р.Б., Бойматова З.К. Современная инновационная технология в диагностике женского бесплодия	27
Ходжамуродова Д.А., Ошурмамадова Р.Б., Одинаева З.С., Хайридинова С.С., Гулакова Д.М. Эффективность применения гормональной терапии при привычном невынашивании	32
Юнусов А.Г., Додхоев Дж.С., Зарифова П.Г., Бодурхонова Дж.А., Садриддинова Г.Н. Результаты мониторинга теплового режима в родовспомогательных учреждений Таджикистана в жаркое время года	39

УДК 618.3-06-036: 616.379-008.68

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ
И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

**Бойматова З.К., Гулакова Д.М., Нарзуллаева З.Р,
Орипова Ш.Н., Сайдахмадова Ш.Дж.**

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

Для изучения особенностей течения беременности, родов, периода новорожденности, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом проведен ретроспективный анализ 63 историй родов и историй развития новорожденных. Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии гестационного сахарного диабета на течение беременности: среди осложнений чаще диагностируется угроза прерывания беременности - 56,5%, умеренная преэклампсия - 30,4%. Ранний неонатальный период осложнился перинатальным поражением головного мозга 21,7%, неврологической симптоматикой в виде синдрома гипервозбудимости или угнетения (13,1%), мышечной гипотонией или гипертонусом (8,7%), диабетической фетопатией (21,7%). Число новорожденных с неосложненным периодом неонатальной адаптации составило 65,2%.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет (ГСД), неврологическая симптоматика, гипергликемия, инсулинорезистентность, перинатальные исходы, диабетическая фетопатия.

В последние годы в Республике Таджикистан отмечается стойкая тенденция к увеличению количества больных сахарным диабетом. Если в Республике Таджикистан в 2000 году на 100 000 населения приходилось 166,0 заболеваемости сахарным диабетом, то этот показатель в 2012 году возрос до 321,8 и в 2017 году достиг до 416,1 случая на 100 000 населения. Из общего количества 52,8 % приходится на долю женщин и 54,2% на долю женщин репродуктивного возраста. Сегодня сахарный диабет невозможно полностью вылечить, но вполне возможно уменьшить риск тяжелого воздействия на общее состояние здоровья, исключить появление сопутствующих заболеваний, осложнений с помощью препаратов, тщательного самоконтроля и физических нагрузок, образа жизни. Нарушения углеводного обмена во время беременности - патология, требующая от акушеров-гинекологов, эндокринологов и педиатров своевременной диагностики и правильного наблюдения за течением гестационного процесса и состоянием плода/новорожденного с позиции комплексного междисциплинарного подхода. Под термином гестационный сахарный диабет (ГСД) понимают заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям "манифестного" сахарного диабета [1,4,5,7,8,

9,10,14]. Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 20%, составляя в среднем 7%. Ежегодный рост числа беременных с данной патологией связан как с увеличением заболеваемости сахарным диабетом в популяции, так и с улучшением качества диагностики - введением новых критериев для постановки диагноза. С другой стороны - доказано, что беременность - это состояние физиологической инсулинорезистентности, поэтому сама по себе является значимым фактором риска нарушения углеводного обмена [4, 7, 8,9,10,11,12.].

Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД остается высокой [2,3,9,10]. Течение беременности осложняется развитием больших акушерских синдромов-преэклампсии, плацентарной недостаточности с формированием тяжелых форм, ухудшением состояния беременной/плода, что требует досрочного родоразрешения; растет число преждевременных родов, перинатальная заболеваемость и смертность [5,6,11,13,14].

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей течения беременности, родов, периода новорожденности у беременных женщин с гестационным сахарным диабетом.

Методика. Для решения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ 63 историй родов и историй развития новорожденных, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом в ТНИИ АГ и П. В основной группе 63 обследуемых и 40 женщин вошли в контрольную группу. Диагноз гестационного сахарного диабета был подтвержден данными комплексного клинко-лабораторного обследования, которое включало сбор анамнестических данных, оценку общего состояния, данных наружного и внутреннего акушерского обследования. Лабораторное обследование включало традиционные общеклинические методы: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (билирубин, мочевины, общий белок и белковые фракции, электролиты), а так же сахар крови натощак, гликемический профиль, тест толерантности к глюкозе. Критериями исключения из исследования были: диагностированная во время беременности манифестация сахарного диабета 2-го и 1-го типов [4,10,11,12].

Для оценки внутриутробного состояния плода проводилось УЗИ с использованием трансабдоминальных сканеров, доплерометрия. Кардиотокография в динамике выполнялась с 30 недель беременности с визуальным математическим подсчетом общепризнанных показателей. По показаниям проводилось ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ печени, почек,

щитовидной железы. Оценку состояния новорожденного проводили в родильном зале после рождения новорожденного в конце 1' и 5'-ой минуте по шкале Апгар. Наряду с этим проведен анализ физического развития новорожденных, осуществлялся клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг, в том числе динамическое наблюдение за гликемией в течение 5 суток. Осмотр и клинко-лабораторное обследование детей осуществляли по общепринятой методике.

Статистический анализ полученных результатов проведен с использованием программы Statistica 6.0 for Windows с учетом вычислительных методов, рекомендованных для биологии и медицины, с достоверностью различия значений при $p \leq 0,01$.

Результат исследования и их обсуждение.

Возраст обследованных женщин составил в среднем $30,1 \pm 4,3$ года. Социально-экономическое положение беременных данной группы было стабильным: 86,9% женщин состояло в браке; 78,2% занимались легким физическим трудом.

Среди пациенток данной группы преобладали первородящие женщины, уже имевшие в анамнезе одну и более беременностей – 56,5%. При анализе исходов предыдущих беременностей у пациенток отмечено, что в 53,8% имело место прерывание беременности в сроке до 12 недель, у 23,1% - самопроизвольный выкидыш, у 15,4% - неразвивающаяся беременность.

Частота экстрагенитальной патологии при ГСД

Таблица 1

Группа	Наименование патологии			
	Анемия	Избыточная масса тела	Заболевания ЖКТ	Заболевания ССС
Беременные женщины с ГСД, n=63	10 (15,3%)	22 (34,7%)	11 (17,4%)	14 (21,7%)
Контрольная группа n=40	5 (12,5%)	6 (15,0%)	2 (5,0%)	-
P	<0,05	>0,05	<0,05	-

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей

Частота осложнений беременности при гестационном сахарном диабете

Таблица 2

Нозология	Пациентки с ГСД (n=63)	Контрольная группа (n=40)	Хи-критерий с поправкой Йейтса	P
Угроза прерывания беременности	36(56,5%)	3 (7,5%)	0,6366	>0,05
Умеренная преэклампсия	9(15,3%)	1 (2,5%)	2,5399	<0,05
Тяжелая преэклампсия	3(4,3%)			

Первая беременность, первые роды имели место у 7 женщин – 30,4%, а первые роды в возрасте старше 30 лет встречались в более, чем половине случаев 16– 69,5%. Экстрагенитальные заболевания представлены следующим образом: избыточная масса тела у каждой третьей пациентки – 34,7%, патологией желудочно-кишечного тракта -17,4%, сердечно-сосудистой системы - 21,7%. Наследственность по сахарному диабету отягощена у каждой пятой – 17,4%. При изучении особенностей течения настоящей беременности выявлено, что у беременных чаще регистрировались - угроза прерывания беременности - 56,5%, анемия I степени - 15,3%, умеренная преэклампсия - 30,4%, с развитием тяжелой формы у одной пациентки - 4,3%.

Срок гестации к моменту родоразрешения составил $37,1 \pm 1,4$ недели. Преждевременные роды имели место в 21,8%, в срок – в 78,2%. Родоразрешение путем операции кесарева сечения имело место в 56,5% случаев, из них досрочно – 21,8%. Показаниями для оперативного родоразрешения во время беременности явилось в 100% случаев присоединение преэклампсии/гипертензии беременной. Крупный плод, наличие признаков диабетической фетопатии диагностировано – в 30,5%, рубец на матке – в 8,7%.

Показаниями для оперативного родоразрешения в родах в 66,7% случаев явился преждевременный разрыв плодных оболочек, 33,3% - слабость родовой деятельности.

Всего от матерей с гестационным сахарным диабетом родилось 63 новорожденных. Из них с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов родилось 44 новорожденных (73,3%), 6-7 баллов 17 детей – 29,9 %, <6 баллов 2 новорожденных – 3,17%. Клиническими проявлениями патологии в раннем неонатальном периоде явились перинатальное поражение головного мозга 21,7%, неврологическая симптоматика в виде гипервозбудимости или угнетения (13,1%), мышечная гипотония или гипертонус (8,7%), диабетическая фетопатия (диспропорциональное телосложение: маленькая относительно туловища голова, широкий плечевой пояс, большой живот, короткие конечности, маленькие кисти и стопы) - 21,7%. Изменения со стороны ЦНС новорожденного, которые описывались как церебральная ишемия I-II степени явились ведущими неспецифическими проявлениями. Частота такой симптоматики составила 26,0%. Число новорожденных с неосложненным периодом неонатальной адаптации составило 65,2%.

На грудном вскармливании находились 88,2% новорожденных на искусственном – 12,1%.

Заключение. Течение беременности у пациенток с гестационным сахарным диабетом осложняется наложением преэклампсии, плацентарной недостаточности, что усугубляет течение основного заболевания, формируется диабетическая фетопатия, нередко являющаяся показанием к досрочному оперативному родоразрешению. Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном течении раннего неонатального периода у новорожденных: наблюдаются перинатальное поражение головного мозга, неврологическая симптоматика в виде гипервозбудимости или угнетения, мышечная гипотония или гипертонус, изменения со стороны ЦНС новорожденного в виде церебральной ишемии I-II степени. Вышеизложенное указывает на необходимость проведения своевременной диагностики гипергликемии всем беременным с целью компенсации углеводного обмена и возможности минимизации осложнений у данного контингента беременных.

Список литературы

1. Ахмедова ТМ, Алиева РЯ, Кулобиева Р. Медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста, больных сахарным диабетом I-типа. *Материалы 6-го съезда акушеров-гинекологов республики Таджикистан, Душанбе, 2016*. С. 169-170.
2. Бондарь ИА, Малышева АС. Осложнения и исходы беременности при гестационном сахарном диабете. *Бюллетень сибирской медицины*. 2014; 2 (13): 5-9.
3. Бурумкулова ФФ., Петрухин ВА, Тишенина РС и др. Акушерские и перинатальные осложнения при гестационном сахарном диабете. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2011; 3 (LX): с 69-73.
4. Дедов ИИ, Краснопольский ВИ, Сухих ГТ и др. Российский национальный консенсус "Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение". *Сахарный диабет*. 2012; 4: 4-10.
5. Ибатуллин АГ, Тихонова ОА. Долговременная адаптация новорожденных детей от матерей с сахарным диабетом. *Вятский медицинский вестник*. 2015; 2: 51-3.
6. Карасева ЕВ, Гузий ЕА. Гестационный сахарный диабет и макросомия. *Журнал научных статей «Здоровье и Образование в 21 веке»*, 2018; 20(3): 57-60.
7. Назарова СИ. Акушерские и перинатальные исходы при гестационном сахарном диабете. *Вестник Авиценны*. 2012; 1: 72-8.

8. Назарова СИ. *Совершенствование организации медицинской помощи беременным женщинам с сахарным диабетом в регионе высокой рождаемости*, автореферат дисс.к.м.н ; 2014, 266 с.
9. Нейман ЕГ, Шитьковская ЕП, Ильенкова НА и др. Особенности неонатального периода у детей, рожденных от матерей с сахарным диабетом. *Сибирское медицинское обозрение*. 2014; 4: 75-8.
10. Нуриддинзода АД, Назаров МР, Бердиев ХЗ, Набиев Х. Диабети қанд ва ҳомиладорӣ. *Журнал Здравоохранения Таджикистана*, 2019; 2: 104-8.
11. Петрухин ВА, Бурумкулова Ф. Гестационный сахарный диабет. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева*. 2014; 1: 48-51.
12. Рагозин АК, Коллегаева ОИ, Демидова ИЮ и др. Новые критерии диагностики гестационного сахарного диабета. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2011; 3(LX): 122-9.
13. Эсмурзиева ЗИ, Кузьменко ЛГ. Состояние здоровья детей от матерей, больных сахарным диабетом. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2014; 1(16): 2-8.
14. Basri NI. et all. The WHO versus The LADPSG Diagnostic criteria of gestational diabetes and their associated maternal and neonatal outcomes. *Horm.Mol .Biol.Clin.Invtstid*. 2018; 34(1):1-9.

THE EFFECTS OF GESTATIONAL DIABETES ON PREGNANCY AND THE NEONATE: COMPLICATION AND OUTCOMES IN BIRTHS

Boymatova Z. K., Gulakova D.M., Narzullaeva Z.R., Oripova Sh. N., Saydahmadova Sh. J.

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

On the basis retrospective analysis of 63 case reports of labor and the neonatal with gestational diabetes on pregnancy (using criteria of the nonparametric statistics) are revealed development the effects of gestational diabetes on pregnancy and the neonate: complication and outcomes in 63 births. So, presence the effects of gestational diabetes on pregnancy has complicated of the present pregnancy: imminence miscarriages - 56,5 %, mild preeclampsia -30,4%. Early neonatal period was complicated by perinatal brain damage of 21,7 %, hyperexcitability or oppression - 13,1%, and hypotonia or hypertonicity - 8,7%, diabetic fetopathy - 21,7%. The number of neonatal with not complicated period has made 65,2 %.

Key words: gestational diabetes, pregnancy, neonate outcomes, hyperglycemia, insulin resistance, perinatal outcomes, diabetic fetopathy.

ХУСУСИЯТҲОИ РАВАНДИ ҲОМИЛАДОРӢ, ТАВАЛЛУД ВА НАТИҶАҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ ҲАНГОМИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ ГЕСТАЦИОНӢ

Бойматова З.Қ., Гулакова Д.М., Нарзуллаева З.Р., Орипова Ш.Н., Сайдахмадова Ш.Ч.

МД Пажӯишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Барои омӯхтани хусусиятҳои равиши ҳомиладорӣ, зоиш ва натиҷаҳои перинаталӣ таҳлили ретроспективии 63 таърихи занҳо гузаронида шудааст. Натиҷаҳои таҳлил аз таъсири номусоиди диабети қанди гестационӣ ба равиши ҳомиладорӣ шаҳодат медиҳанд. Аз байни аворизҳои бештар вохуранда хатари искоти ҳамл - 56,5% преэклампсияи муътадил, -30,4%, дар наводон бошад аломатҳои неврологӣ, аз ҷумла синдроми барангезиши нейрорефлекторӣ ва ё синдроми мазлуми (13,1%), пастшавии туруввати мушакҳо ва ё баландшавии туруввати мушакҳо (8,7%), фетопатияи диабетӣ (21,7%). Шумораи наводон бо давраи мутобикташавии неонаталӣ беавориз 65,2% ташкил кард.

Калимаҳои калидӣ: диабети қанди гестационӣ, аломатҳои неврологӣ, гипергликемия, муқовимати инсулини, фетопатияи диабетӣ, ҳомиладорӣ, натиҷаҳои перинаталӣ.

УДК: 618.33-037(048.8)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ
РАЗВИТИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ
РЕПРОДУКТИВНЫМ АНАМНЕЗОМ**

Давлятова З.Д., Менгниязова З.Г., Зубайдова М.С., Касымова Ш.С.

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

Цель – изучить эффективность профилактики синдрома задержки развития плода (СЗРП) у беременных женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом (ОРА).

В статье изучена эффективность профилактики СЗРП в ранние сроки беременности дидрогестероном и донатором оксида азота у беременных женщин с ОРА. Показано, что профилактическое лечение статистически значимо снижает частоту субкомпенсированных форм плацентарной недостаточности и СЗРП в сроке 32 недели беременности. Полученные результаты позволяют считать, что своевременное обеспечение профилактики первичной плацентарной недостаточности у беременных с ОРА способствует снижению частоты СЗРП.

Ключевые слова: отягощенный репродуктивный анамнез, плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, профилактика, дидрогестерон, донатор оксида азота.

Актуальность. Синдром задержки развития плода (СЗРП) актуальная проблема как в научном, так и в практическом плане. Данная патология плода и новорожденного занимает ведущие позиции в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности. Активности по снижению перинатальной заболеваемости и смертности остаются приоритетными во всем мире. Частота СЗРП колеблется от 3% среди относительно здоровых беременных до 35% среди беременных, имеющих факторы риска развития данной патологии [6].

Последствиями СЗРП у выживших детей являются проблемы, связанные с физическим и психическим здоровьем: отставание в созревании центральной нервной системы, неврологические нарушения, инфекционные заболевания, нарушения поведения. Все эти синдромы характеризуются ранним проявлением, и часто сочетаются. У таких детей повышается риск заболеваемости и смертности на протяжении всей последующей жизни. Они имеют высокий риск гипогликемии, гипотермии, желтухи, некротического энтероколита, бронхолегочной дисплазии, сепсис, нарушений микробитического характера кишечника [1, 5, 7, 8].

Одним из доказанных факторов риска развития СЗРП является отягощенный репродуктивный анамнез (ОРА), включающий привычное невынашивание, бесплодие в анамнезе, мертворождения в анамнезе, рождение детей с СЗРП в анамнезе [2].

Одним из наиболее актуальных вопросов для научного изучения на сегодняшний день являются вопросы прогнозирования и профилактики плацентарной недостаточности и развития СЗРП. Это связано с тем, что при уже развившейся плацентарной недостаточности и СЗРП терапия, как правило, лишь приостанавливает процесс, а чаще бывает неэффективной [3, 4].

Все вышеизложенное определило цель настоящего исследования.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность профилактики плацентарной недостаточности и развития СЗРП у беременных с ОРА.

Материал и методы исследования. Обследованы 44 женщины с ОРА в сроке беременности 32 недели. Для оценки клинической эффективности и приемлемости профилактического лечения плацентарной недостаточности и развития СЗРП у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом нами отобраны 20 беременных в сроке 12 недель беременности. Критерии отбора - репродуктивный возраст, срок беременности 12 недель, отягощенный репродуктивный анамнез, добровольное согласие на проведение профилактического лечения. Критериями исключения явились - беременность после ВРТ, многоплодие, отказ от профилактического лечения. Среди женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом, получивших профилактическое лечение, бесплодие в анамнезе имело место у 4 (20%), привычное невынашивание – у

7(35%), мертворождения – у 5 (25%) и СЗРП в анамнезе у – 4(20%) женщин (рисунок 1). Среди женщин с бесплодием в анамнезе в 2 случаях имело место вторичное бесплодие, в 2 случаях – первичное бесплодие. Длительность бесплодия у всех этих женщин не превышала 5 лет. Женщины с привычным невынашиванием указали в анамнезе 2 выкидыша (4 женщины), 3 выкидыша (3 женщины). Мертворождения в анамнезе отметили 11 женщин, из которых 1 случай мертворождения имел место у 2 женщин, 2 случая – у 3 женщины. У всех 4 женщин с рождением маловесных детей в анамнезе имело место по 1 случаю.

Среди женщин с бесплодием в анамнезе в 2 случаях имело место вторичное бесплодие, в 2 случаях – первичное бесплодие. Длительность бесплодия у всех этих женщин не превышала 5 лет. Женщины с привычным невынашиванием указали в анамнезе 2 выкидыша (4 женщины), 3 выкидыша (3 женщины).

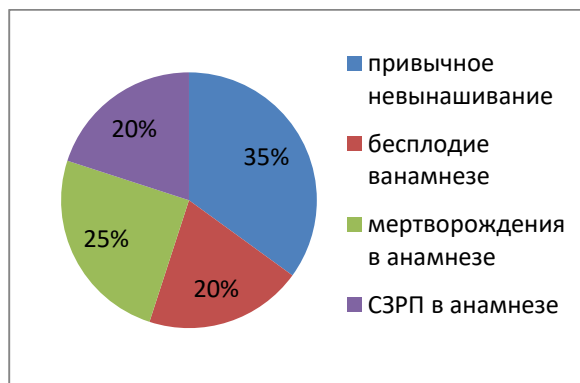


Рисунок 1. – Частота женщин, получивших профилактическое лечение, с различными нозологиями отягощенного репродуктивного анамнеза

Мертворождения в анамнезе отметили 11 женщин, из которых 1 случай мертворождения имел место у 2 женщин, 2 случая – у 3 женщины. У всех 4 женщин с рождением маловесных детей в анамнезе имело место по 1 случаю.

Среди обследованных женщин в 14(70%) случаях диагностирована анемия, в 7 случаях легкой степени, в 7 случаях - анемия средней степени тяжести. Диффузный нетоксический зоб диагностирован у 5 (25%) пациенток. Хроническую артериальную гипертензию отметили 2(10%) женщины среди обследованных и получивших профилактическое лечение (таблица 1). Анемия является краевой

патологией в Таджикистане, что и объясняет высокий процент данного заболевания среди обследованных женщин.

Частота соматической патологии у пролеченных пациенток

Таблица 1

Нозология	Кол-во, %	Абс., число	%
Анемия:		14	70
Легкой степени		7	50
Средней степени		7	50
Диффузный нетоксический зоб		5	25
Хроническая артериальная гипертензия		2	10

Особенностями течения первого триместра беременности у женщин получивших профилактическое лечение явилась высокая частота угрозы прерывания беременности – 13(65%). Ранний токсикоз в сроки от 4 до 11 недель беременности указали 9(45%) женщин, отобранных для профилактического лечения.

Профилактическое лечение было комплексным и включало применение дидрогестерона, прием которого начинали с момента установления беременности, донаторы оксида азота и антиоксиданты назначали в сроки 13-15 недель беременности на фоне продолжающейся терапии дидрогестероном. Являясь ретро прогестероном, который обладает большим сродством, чем сам прогестерон к прогестероновым рецепторам, дидрогестерон лучше связывается с прогестероновыми рецепторами в проблемном эндометрии и оказывает гестагенный, иммуномодулирующий (уравновешивает клеточный иммунитет и цитокиновый статус), токолитический эффект, что является профилактикой первичной плацентарной недостаточности. В литературе нет данных об отрицательном влиянии дидрогестерона при применении его во время беременности. Нами использован режим применения дидрогестерона по 20 мг в сутки.

Роль донаторов оксида азота заключается в его положительном влиянии на полноценность процессов инвазии трофообласта и на изменения в сосудистых стенках, обеспечивающих кровоток в системе «мать-плацента-плод». Доказана значимая роль сосудистого эндотелия в патогенезе развития дисфункции органов, в том числе и плаценты.

Дифференцированные подходы профилактики плацентарной недостаточности и СЗРП у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом

Таблица 2

	ОРА	ОРА+анемия	ОРА+ДЭЗ	ОРА+ХГ
Дюфастон 10 мг	+	+	+	+
Тивортинаспартат 4,2%питевая форма	+	+	+	+
Токоферрол 400 мг	+	+	+	+
Ферсинол 60мг		+		
Йодбаланс 250 мг			+	
Назначения кардиолога				+

Примечание: ОРА – отягощенный репродуктивный анамнез, ДЭЗ – диффузный эутиреоидный зоб, ХГ – хроническая гипертензия

Большое значение в поддержании нормального кровотока в системе мать-плацента-плод придается оксиду азота, который синтезируется эндотелием. При плацентарной недостаточности отмечается снижение образования оксида азота. Донаторы оксида азота восполняют этот недостаток. Режим применения донаторов оксида азота (тивортин – питьевая форма, 4,2% раствор) – по 1 столовой ложке 3 раза в день во время еды в течение 21 дня с 13 по 15 недели гестации. Режим применения антиоксидантов – витамин Е 400 МЕ по 1 капсуле 1 раз в день в течение 21 дня с 13 по 15 неделю гестации.

Женщинам с анемией назначали железо содержащие препараты с двухвалентным железом: при анемии легкой степени – по 100 мг в сутки, при

анемии средней степени тяжести – 200 мг в сутки до нормализации гемоглобина с последующим лечением в течение всей беременности и периода лактации по 60 мг в сутки. Женщинам с диффузным эутиреоидным зобом назначали препараты йода с момента установления беременности (йодбаланс по 250 мг в день в течение всей беременности). Женщины с хронической артериальной гипертензией были консультированы у кардиолога и принимали гипотензивные препараты по назначению смежного специалиста. Лечение рвоты беременных проводилось соответственно стандартам – применяли свечи допрокин (ректально), рекомендовали обильное питье малыми порциями и инъекции комплекса витаминов – кокарнит.

Средние значения углеводзависимых параметров в маточных артериях у женщин основной группы, получивших (подгруппа 1) и не получивших лечение (подгруппа 2)

Таблица 3

Группа параметр	Подгруппа 1 (n=20)	Подгруппа 2 (n=24)	Критерий Стьюдента	Уровень значимости
СДО	1,91±0,12*	2,17±0,08	2,5	0,016668
ПИ	1,23±0,05	1,27±0,05	0,57	0,574691
ИР	0,45±0,03*	0,53±0,02	2,22	0,032095

Примечание: * - $p < 0,05$ – статистически значимое отличие между показателями в контрольной и основной группах.

Результаты доплерометрического исследования женщин получивших и не получивших лечение, представлены в таблице 3. Имела место тенденция

снижения среднего показателя ПИ у женщин, получивших во втором триместре профилактическое лечение.

Среди женщин, получивших профилактическое лечение во втором триместре беременности в сроке 32 недели беременности статистически значимо снижались средние значения СДО и ИР маточных артерий по сравнению с соответствующими показателями у женщин не прошедших профилактической терапии.

Средние значения угол независимых параметров в артерии пуповины у женщин основной группы, получивших (подгруппа 1) и не получивших лечение (подгруппа 2)

Таблица 4

Группа параметр	Подгруппа 1 (n=20)	Подгруппа 2 (n=24)	Критерий Стьюдента	Уровень значимости
СДО	2,31±0,11*	2,89±0,09	4,08	0,000202
ПИ	0,92±0,03	0,99±0,05	1,20	0,236839
ИР	0,57±0,05*	0,68±0,02	2,04	0,0471553

Примечание: * $p < 0,05$ – статистически значимое отличие между показателями в контрольной и основной группах.

В аорте плода статистически значимо снижался средний показатель СДО после полученной профилактической терапии (таблица 5).

Из 20 пролеченных женщин в сроке 32 недели беременности диагностированы нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» в 10 (40%) случаях. Из этих 10 случаев компенсированные

Угол независимые параметры артерии пуповины в сроке 32 недели беременности менялись также после проведенного профилактического лечения – достоверно снижались средние уровни СДО и ПИ (таблица 4).

формы плацентарной недостаточности имели место в 6 случаях, субкомпенсированные формы – в 4 случаях, что составило в процентах 75% и 25% соответственно. В 2 (10%) случаях у пролеченных женщин развилось СЗРП, диагностированное ультразвуковым исследованием – фетометрия.

Средние значения угол независимых параметров в аорте плода у женщин основной группы, получивших (подгруппа 1) и не получивших лечение (подгруппа 2)

Таблица 5

Группа параметр	Подгруппа 1 (n=20)	Подгруппа 2 (n=24)	Критерий Стьюдента	Уровень значимости
СДО	5,79±0,12*	6,19±0,21	3,08	0,003718
ПИ	1,93±0,03	1,96±0,05	0,51	0,609668
ИР	0,72±0,04	0,79±0,01	1,70	0,097134

Примечание: * $p < 0,05$ – статистически значимое отличие между показателями в контрольной и основной группах.

Среди женщин, не получавших профилактического лечения в 17 (70,85) случаях развилась плацентарная недостаточность. При этом в 2 (11,8%) случаях – компенсированная форма, в 14 (82,4%) случаях – субкомпенсированная, в 1 (5,9%) случае – декомпенсированная. Среди женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом, не получавших профилактическое лечение, в 10 (41,7%) случаях развился СЗРП.

Субкомпенсированные формы плацентарной недостаточности развивались чаще у женщин не получавших терапию, по сравнению с соответствующим показателем у пролеченных женщин (критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса – 5,477, уровень значимости – 0,020). Частота развития

СЗРП статистически значимо повышалась среди женщин, не прошедших профилактического лечения по сравнению с соответствующим показателем среди женщин без терапии (критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса – 4,034, уровень значимости – 0,045).

Таким образом, профилактика плацентарной недостаточности и СЗРП во втором триместре беременности у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом статистически значимо уменьшает частоту субкомпенсированных форм плацентарной недостаточности и частоту развития СЗРП. Несмотря на отсутствие различий в частоте всех форм плацентарной недостаточности у пролеченных и не леченных женщин, результатами наших

исследований показано снижение частоты выраженных форм плацентарной недостаточности и СЗРП. По-видимому, компенсированные формы плацентарной недостаточности позволяют плаценте выполнять свои функции и обеспечивают плод кислородом и питательными веществами в достаточной степени. Применение донатора азота в период формирования сосудистой сети плаценты препятствует развитию и прогрессированию дисфункции эндотелия, играющей ключевую роль в развитии плацентарной недостаточности. Поэтому своевременное обеспечение L- аргинином организма беременных с факторами риска развития плацентарной недостаточности способствует снижению частоты СЗРП.

Список литературы

1. Блинецова ЕА, Антонова ЛК, Кулакова НИ. Особенности течения неонатального периода у недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития. *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2017; 3: 83–8.
2. Дегтярева ЕА, Захарова ОА, Куфа МА. Эффективность прогнозирования и ранней диагностики задержки роста плода. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2018; 63(3): 37-45.
3. Денисова ТГ, Васильева ЭН, Портнова ЕВ. Медикаментозная профилактика синдрома задержки роста плода. *Современные проблемы науки и образования*. 2013;1.; <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8306> (дата обращения: 05.01.2020).
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. Кириллова ЕА. Физическое и психомоторное развитие детей с задержкой внутриутробного роста. *Акушерство и гинекология*. 2015; 11: 23-7.
6. Стрижаков АН, Тимохина ЕВ, Игнатко ИВ, Белоцерковцева ЛД. *Патофизиология плода и плаценты*, М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 176 с.
7. Levine TA, Grunau RE, McAuliffe FM et al. Early childhood neurodevelopment after intrauterine growth restriction: a systematic review. *Pediatrics*. 2015; 135(1): 126–41. DOI: 10.1542/peds.2014–1143.
8. PhanDuy A, El Khabbaz F, Renolleau C, Aberchich J, Heneau A, Pham H, Baud O. Intrauterine growth retardation and the developing brain. *Arch. Pediatr*. 2013; 20(9): 1034–38.

THE RESULTS OF INTRAUTERINE RESTRICTION FETUS SYNDROME PROPHYLAXIS IN WOMAN WITH AGGRAVATING REPRODUCTIVE ANAMNESIS

Davlyatova Z.D., Mengniyazova Z.G., Zubaydova M.S., Kasimova Sh.S.

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

Aid – To study the effectiveness of intrauterine restriction fetus syndrome (IRFS) prophylaxis in woman with aggravating reproductive anamnesis (ARA). In article it was studied the effectiveness of intrauterine restriction fetus syndrome (IRFS) prophylaxis in woman with ARA in early pregnancy with dydrogesterone and nitric oxide donor. It was shown, that prophylaxis treatment decreases statistically significant the frequency of subcompensatory forms of placental insufficiency and IRFS in 32 weeks of gestation. The obtained results make it possible consider, that prophylaxis at time of primary placental insufficiency in pregnant woman with ARA conduce to decreasing of IRFS frequency.

Key words: aggravating reproductive anamnesis, placental insufficiency, intrauterine restriction fetus syndrome, prophylaxis, dydrogesterone, nitric oxide donor.

НАТИҶАИ ПЕШГИРИИ СИНДРОМИ СУСТ ИНКИШОҒӢИИ ТИФЛ ДАР ЗАНҲОИ БО АНАМНЕЗИ АВОРИЗНОКИ РЕПРОДУКТИВӢ

Давлатова З.Д., Менгниязова З.Г., Зубайдова М.С., Косимова Ш.С.

МД Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Дар мақола омӯхта шудааст; фоидаоварии пешгирии синдроми суст инкишофӣ ба дохили батнии тифл дар марҳилаҳои аввали ҳомиладорӣ бо дорувориҳои дидрогестерон ва донатори оксиди азот, дар занҳои

хомиладор бо анамнези аворизноки репродуктивӣ. Нишон дода шуд, ки табобати саривақти норасогии ҷамроҳақ ва сустинкишофёбии дохили батнии тифло дар 32- ҳафтаи хомиладорӣ паст мегардонад. Аз ҳулосаҳои ба даст омада маълум мегардад, ки пешгирии саривақтии норасогии ҷамроҳақ дар занҳое, ки бо анамнези аворизноки репродуктивӣ мебошанд нисбатан паст мегардонад синдроми сустинкишофёбии дохили батнии тифло.

Калимаҳои калидӣ: Анамнези аворизноки репродуктивӣ, норасогии ҷамроҳақ, синдроми сустинкишофёбии дохили батнии тифл, пешгирии дигрогестерон донатори оксиди азот.

УДК 616-053

**ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КЕНГУРУ СРЕДИ МАЛОВЕСНЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ ВТОРОГО ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЯ
Зурхолова Х.Р. Зарифова П.Г.**

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

Проведение метода Кенгуру маловесным детям показал, что индивидуальный уход матери за своим ребенком, кроме интенсивного наблюдения и терапии играет важную роль в вопросе выхаживания, формирования психоэмоциональной близости и профилактики назокомиальной инфекции в выхаживании маловесных детей.

Ключевые слова: метод Кенгуру, маловесные дети, недоношенные новорожденные.

Актуальность: В мире ежегодно рождается около 20 миллионов маловесных (МВР) детей по причине преждевременных родов или же задержки внутриутробного развития. Этот процесс в основном характерен для развивающихся стран. Маловесные и недоношенные дети, таким образом, ассоциируются с высоким уровнем неонатальной и младенческой смертности и заболеваемости. Из 4 миллионов неонатальных смертей, маловесные и недоношенные дети составили более пятой части [3,4]. Обычный уход за маловесными новорожденными детьми (вес которых составляет менее 2500 г) является дорогостоящим и требует, как высокой квалификации медицинского персонала, так и постоянной технической поддержки. Метод "Кенгуру" был предложен как альтернатива традиционному уходу за маловесными новорожденными детьми. Основным компонентом метода "Кенгуру" является контакт "кожа к коже" между матерью и новорожденным. Другие два наиболее частых компонента "Кенгуру" это исключительное или почти исключительное грудное вскармливание и попытка ранней выписки из больницы [1,2,3].

Последние исследования показывают, что данный метод распространён в более чем 82 % всех клиник

США. В России мало распространён на недоношенных детей, но используется для психологической адаптации мам к здоровым детям [4].

Цель исследования: Изучить результаты применения метода Кенгуру маловесным новорожденным в отделении второго этапа выхаживания.

Материалы исследования: Проведено наблюдение и анализ 30 маловесных новорожденных которым был применен метод Кенгуру.

Результаты исследования: Исследования было проведено в НИИ АГ и П в отделение второго этапа выхаживания маловесных новорожденных. Так как наше учреждение обслуживает все районы РТ паток преждевременных родов очень высок в нашем институте.

За год число недоношенных новорожденных составляет %, кроме этого также рождаются новорожденные от своевременных родов с задержкой внутриутробной развития различной степени. В отделение реанимации новорожденных нашего учреждения чаще всего из-за нехватки мест приходится уложить двух новорожденных в один кувез. Были попытки проведение метода Кенгуру в отделение реанимации, но не получилось так как состояние новорожденных не позволяло, а так же

отсутствие место для матери для проведение метода.

Все недоношенные и маловесные новорожденные менее 1500 гр после относительной стабилизации состояния переводятся в отделение второго этапа выхаживания. Мы решили проводить метод Кенгуру в этом отделении, так как все палаты в этом отделении боксированные и это очень удобно и комфортно для матерей. Впервые этот метод был апробирован в сентябре 1979 года докторами Эдгар Рей Санабриа и Гектор Мартинец Гомез в Боготе, Колумбия. Чтобы как-то компенсировать нехватку инкубаторов для выхаживания недоношенных детей и предотвратить распространение внутрибольничных инфекций, Рей и Мартинец попытались использовать тепло материнского тела для предупреждения гибели недоношенных детей от переохлаждения. В эксперименте участвовали малыши, состояние которых уже не вызывало беспокойства и оставалось только ждать, когда они наберут необходимый вес и подрастут. Примерно после полугода испытаний можно было говорить об устойчивых результатах. Метод "кенгуру" превзошел все ожидания. Он оказался гораздо более эффективен, чем стандартный инкубатор для выхаживания недоношенных: контроль температуры тела был гораздо лучше, а вкупе с грудным вскармливанием и бондингом он дал просто потрясающие результаты - и это независимо от стартового веса, возраста ребенка и клинических условий! Колумбийский опыт стали применять в беднейших странах Африки и Азии, в лагерях беженцев и в госпиталях в зонах военных действий. Появились первые отчеты, в которых сообщалось, что благодаря применению метода «кенгуру», удалось выходить даже недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000 грамм при отсутствии специального медицинского оборудования. Спустя 4 года в 1983 году ЮНИСЕФ привлек внимание общественности к этому методу, и в 1986 году колумбийскую инициативу подхватили в Европе, США и других странах. Сегодня этот метод все больше и больше набирает популярность, потому что не только заменяет инкубатор, но может дать гораздо больше, чем лекарства и современная медицинская техника.

Всем матерям перед тем как был проведен метод Кенгуру провели беседу о преимуществах этого метода и правиле проведения. Тело матери, находясь в тесном контакте с телом новорожденного обеспечивает максимальную защиту в течение всего пребывания в роддоме. Метод Кенгуру проводили каждый день регулярно принимали метод

«Кенгуру» начиная с 20 минут 2 раза за сутки до 2 часов 2 -3 раза в день. Во время наблюдения – у детей сосательный рефлекс появлялся быстрее на 6-7 сутки но независимо от срока гестации, гипотермии не наблюдалось ни у одного новорожденного, температура была стабильной. Физиологическая потеря восстановилась на 8-10 сутки. Антибиотикотерапия с целью профилактики присоединения инфекции не проводилась, смена антибиотикотерапии было отмечено только у 5 новорожденных. В ходе наблюдения не было зарегистрировано клинические реализации инфекции или присоединения госпитальной инфекции. Ухудшения состояния не отмечалось, со стороны матерей был индивидуальный уход, за каждым ребенком соблюдая принцип «чистые руки», наличия чистой воды. Ухудшение состояния не наблюдалось, дети были выписаны домой на 14-20 сутки.

Контакт «кожа к коже» имеет множество преимуществ для недоношенных младенцев и их родителей. Помогает нормализовать сердцебиение, дыхание и температуру тела малыша. Материнская грудь способна менять температуру, адаптируясь к потребностям ребенка — например, становиться холоднее, когда у него жар. Кроме того, младенец интуитивно синхронизирует сердечный ритм и дыхание с мамой или папой. Повышает насыщение организма кислородом. Глубокое размеренное дыхание обеспечивает достаточное потребление кислорода, который затем доставляется к внутренним органам и тканям, способствуя росту, развитию и набору веса.

Успокаивает малыша. Ребенок привыкает к сердцебиению и голосу мамы еще в утробе, поэтому после рождения близкий контакт с материнской грудью создает ощущение безопасности. Улучшает сон. Недоношенные малыши, имеющие много тактильных контактов с родителями, отличаются более спокойным и качественным сном, во время которого быстрее растут, развиваются и набирают недостающий вес.

Стимулирует мозговую активность. Хороший сон, минимизация стрессов и улучшение циркуляции кислорода благоприятно влияют на развитие мозга малыша. Укрепляет иммунную систему. Через кожу младенцу передаются полезные микроорганизмы, повышающие его иммунитет.

Способствует набору веса. Получая тепло от родительской груди, ребенок тратит меньше калорий на согревание организма. Кроме того, телесный контакт стимулирует физическое развитие, что тоже ведет к увеличению массы тела.

Уменьшает плаксивость. Поскольку малыш лучше спит и комфортнее себя чувствует, он реже плачет и легче успокаивается. Развивает эмоциональную связь с родителями. Когда младенец слушает дыхание и вдыхает запах кожи мамы и папы, закладываются основы привязанности и взаимопонимания. Помогает наладить грудное вскармливание. Благодаря частому контакту с материнской грудью новорожденный испытывает больше интереса к кормлению, а у мамы стимулируется выработка молока.

Таким образом, маловесные дети составляют группу высокого риска по перинатальной заболеваемости и смертности. Индивидуальный уход матери за своим ребенком, кроме интенсивного наблюдения и терапии играет важную роль в

вопросе выхаживания, формирования психоэмоциональной близости и профилактики назокомиальной инфекции. Одним из звеньев данного ухода является метод «Кенгуру», который должен широко использоваться в выхаживании маловесных детей.

Список литературы

1. Национальный стандарт по неонатологии. Душанбе. 2013. 224-5.
2. Касимова М. Д., Абдурахмонова С.К. и др. Метод Кенгуру и выхаживания маловесных детей. *Модар ва кудак*. 2014.
3. Юнусов А.Г., Умарзода С.Г. и др. Метод Кенгуру выхаживания недоношенных детей. Душанбе 2018г.
4. Lawn et al. "Kangaroo Mother Care" to Prevent Neonatal Deaths Due to Preterm Birth complications". 2010 April.

APPLICATION OF THE KANGAROO METHOD AMONG LOW-BIRTH-WEIGHT NEWBORNS IN THE SECOND-STAGE NURSING UNIT

Zurkholova H.R. Zarifova P.G.

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

Providing the Kangaroo method for low-birth-weight children showed that the individual care of a mother for her child, in addition to intensive observation and therapy, plays an important role in the issue of nursing, the formation of psycho-emotional closeness and the prevention of nasocomial infection. One of the links in this care is the "Kangaroo" method, which should be widely used in nursing small children.

Key words: Kangaroo method, low birth weight babies, premature newborns.

ИСТИФОДА БУРДАНИ УСУЛИ КЕНГУРУ БА НАВЗОДОНИ КАМВАЗН ДАР ШУЪБАИ ДУЮМИ НИГОХУБИНИ НАВЗОДОНИ КАМВАЗН

Зурхолова Х.Р. Зарифова П.Г.

МД Пажӯишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Кудакони камвазн гуруҳи баланди хавфи аворизаҳои бемориҳои перинаталӣ ва фавтро ташкил медиҳанд. Яке аз пешгириҳои чунин хавф новобоста ба таъобат, ин нигоҳубини кудакони камвазн аз тарафи модарон, меҳру муҳаббати онҳо муҳим ва ҳатмист. Яке аз чунин зинаи нигоҳубин - ин амали Кенгуру мебошад, ки дар байни кудакони камвазн ва норасидон васеъ истифода бурда мешавад.

Калимаҳои калидӣ: кудакони камвазн, усули Кенгуру, навзодони камвазн.

УДК 618.14

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Икромова З.М., Усмонова Н.К., Курбанова П.З., Коимдодова Б. К.

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

В данных исследованиях представлены оптимизация методов диагностики женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в различных возрастных группах. Установлено преимущества гистероскопического исследования в диагностике и лечении гиперпластических процессов эндометрия.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, гистероскопия, обследования.

Актуальность: В последние годы отмечается рост патологии эндометрия всех возрастных групп [1;2]. Что связывают с увеличением числа женщин с нейроэндокринными расстройствами, сопровождающимися нарушениями обмена веществ, увеличение числа хронических экстра генитальных заболеваний, со снижением иммунитета, а также увеличением продолжительности жизни. Важным патогенетическим звеном является резистентность клеток эндометрия к апоптозу, которая приводит к накоплению измененных и избыточно пролиферирующих клеток, а также относительной или абсолютной гиперэстрогении. Отсутствию антиэстрогенного влияния прогестерона или недостаточном его влиянии [3,8].

Клиническая значимость ГПЭ определяется, в первую очередь тем, что некоторые формы ГПЭ являются предраковым состоянием, либо могут сопутствовать раку эндометрия [4,10].

Гистероскопия визуальный метод осмотра цервикального канала и полости матки. Она является наиболее информативным методом для диагностики гиперпластических процессов эндометрия [5]. Эффективность гистероскопии при гиперпластических процессах составляет от 73% до 96% [6].

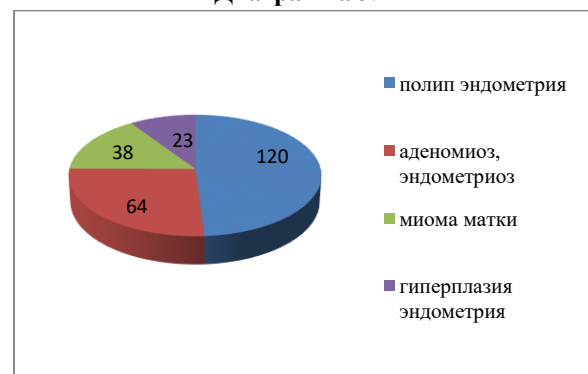
Цель исследования: оптимизация диагностики гиперпластических процессов эндометрия у женщин различных возрастных групп на основе применения современных эндоскопических технологий для определения характера пролиферативных процессов эндометрия, для улучшения ближайших и отдаленных результатов.

Материал и методы: В отделении эндохирургии НИИ АГиП обследовано 245 пациенток с различными гиперпластическими процессами эндомет-

рия. Всем пациенткам были проведены исследования: осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование, проведены общеклинические и биохимические исследования анализов крови, коагулограмма, проведены трансвагинальное УЗИ матки и придатков, иммуноферментный анализ крови гепатитов В, С, ВИЧ, сифилис. Всем обследованным женщинам было проведено гистероскопическое исследование, с последующим подтверждением патогистологического диагноза. Гистероскопия производилась с помощью лапароскопической установки фирмы "KarlStorz". В сомнительных случаях или при подозрении на патологический процесс эндометрия было произведено гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой матки и цервикального канала. Патогистологическое исследование забранного материала проводилось во всех случаях. Структура данной патологии разделилась следующим образом: полип эндометрия -120, аденомиоз, эндометриоз -64, миома матки -38 (%), гиперплазия эндометрия -23.

Данные представлены в диаграмме №1.

Диаграмма №1



При распределении пациенток по возрасту выявлено, что большинство пациентов находились в позднем репродуктивном возрасте (40,8%).

Распределение пациенток по возрастным группам

Таблица 1

Возраста	Количество	%
Ранний репродуктивный возраст	10	4,2
Активный репродуктивный возраст	89	36,4

Поздний репродуктивный возраст	100	40,8
Менопауза	45	18,6

Изучая гинекологический анамнез выявлено, что возраст наступления менархе составил 11 ± 2 года. Частота нарушения менструального цикла составило: по типу гиперполименореи (33%) и ациклических кровотечений (31%). Также отмечались другие виды гинекологических патологий. Из них пациенты с первичным бесплодием составляла (19%), вторичном бесплодием (23%).

Частота различных акушерско-гинекологических нарушений

Акушерский и гинекологический анамнез	Ранний репродуктивный возраст 17-24 лет %	Активный репродуктивный возраст 25-35лет %	Поздний репродуктивный возраст 35-45лет %	Менопауза %
Бесплодие I	2	9	6	2
Бесплодие II	1	14	5	3
Бесплодие I, II	1	6	1	1
Привычное не вынашивание	6	8	5	6
Медикаментозный аборт 1 и более	3	11	18	5
Неудовлетворительные перинатальные исходы беременностей	2	9	11	4

Необходимо отметить, что такие пациентки получали различные виды гормональной терапии. Репродуктивная функция пациентов в большинстве случаев отличалась первичным и/или вторичным бесплодием, многократными выкидышами и/или различными диагностическими манипуляциями в матке или придатках, а также в редких случаях большим количеством родов в анамнезе. Чаще всего при бесплодии с гиперпластическими процессами имело место гиперэстрогения, что влекло за собой хроническую ановуляцию как причину бесплодия.

Экстрагенитальная патология у данной групп пациенток отличалась частотой заболеваний, связанных с обменными процессами, такими как ожирение, патология щитовидной железы, заболеваниями желудочно-кишечного тракта такие как хронический панкреатит, холециститы, ЖКБ, гастриты, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, энтероколиты и др. Терапия этих заболеваний велась совместно со смежными специалистами. Необходимо отметить, что наиболее часто экстрагенитальная патология встречается в позднем репродуктивном возрасте и менопаузе.

Таблица 3

Экстрагенитальные заболевания	Ранний репродуктивный возраст 17-24 лет %	Активный репродуктивный возраст 25-35лет %	Поздний репродуктивный возраст 35-45 лет %	Менопауза %
Железодефицитная анемия	5	10	9	12
Заболевания щитовидной железы	7	12	7	4
Ожирение	2	11	15	10
Заболевания ЖКТ	3	7	9	11

Заболевания почек	5	12	19	9
Заболевания ССС	1	9	12	13

Результаты исследования: В ходе проведенных гистероскопических исследований в полости матки отмечалась разнообразная патология эндометрия. Она зависела от характера и распространенности процесса, а также от продолжительности патологического процесса. Гистероскопически выделяли простую, кистозную и полипозную форму гиперплазии. Простая гиперплазия эндометрия характеризовалась отсутствием кровотечения в анамнезе и образованием неравномерного эндометрия с очаговым разрастанием от 3-х миллиметров до 15 миллиметров, в отличие от общей поверхности эндометрия, которые имеет более бледную окраску и равномерно распределенный эндометрий, данные очаговые разрастания отличались более выраженной гиперемией, эта патология составила (43%). Сосудистый рисунок в таких случаях резко выражен, выводные протоки желез отчетливо визуализируются, местами расширены. Кистозная гиперплазия эндометрия, сходна с простой формой гиперплазии, но отличалась множеством кистозных разрастаний с обилием поверхностных сосудов и обилием желез. Данная патология составила 19%. Клинические проявления кистозной гиперплазии эндометрия часто сочеталась с различными видами кровотечений от нарушений менструального цикла по типу гиперполименореи до ациклических кровотечений. Полиповидная гиперплазия эндометрия характеризовалась неровной поверхностью слизистой (наличие множества полиповидных разрастаний), более 15мм, с резко выраженным сосудистым рисунком. Выводные протоки желез не визуализируются. Полипы эндометрия - это одна из форм полиповидной гиперплазии эндометрия, которая характеризуются более выступающей частью над поверхностью, связанной с так называемой (ножкой). Они отличались большим разнообразием размеров и конфигурацией, по цвету полипы отличались от слизистой оболочки бледно-розовым, желтоватым, сероватым оттенком, но значительно светлее окружающего эндометрия. Чаще всего наблюдалось центральное расположение полипов, однако отмечалось некоторое количество претрубно-расположенные полипы, которые возможно могли быть причиной бесплодия.

На слизистой оболочке матки встречались единичные полипы, либо диффузное поражение – полипоз. Гистероскопически в последнем случае картина была идентична полиповидной ГПЭ, поэтому заключение морфолога являлась решающим. Фиброзные полипы визуализировались в виде округлой, овальной формы, бледно-розового цвета, с гладкой поверхностью и чаще с широким основанием. Сосудистый рисунок был нечетким, ткань данного полипа более плотной структуры, расположение его чаще изолировано, размеры не более 15мм.

Железисто-кистозные полипы эндометрия отличались от фиброзных большим размером разрастаний патологического очага, вариативностью форм.

Описанные выше состояния объединяет то что, они относятся к доброкачественным процессам эндометрия, и подтверждается патогистологическим исследованием.

Аденоматозные полипы эндометрия чаще локализовались в участках ближе к устью маточной трубы. Для них были характерны небольшие размеры, а также неровная поверхность с более тусклым серым оттенком, рыхлой консистенцией, легко разрушающейся при удалении. Данная патология встречалась в 9% случаев. Гистероскопические признаки гиперплазии эндометрия верифицировались патогистологическим исследованием в 93% случаев. Гистероскопическая картина гиперпластических процессов в постменопаузе особо не отличалась от картины в репродуктивном возрасте и пременопаузе. При полипах эндометрия независимо от морфологического типа патологического образования, прогностическая ценность гистероскопии составляет около 93,8%.

Гистероскопия имеет основное преимущество, так как позволяет четко визуализировать многие виды внутриматочной патологии в 90% случаев.

При сочетании гистероскопии с кюретажем матки точность диагностики повышается с 72% до 96%.

По результатам многочисленных исследований, о сопоставлении диагностической значимости разных методов диагностики патологии эндометрия показали, что точность клинической диагностики ГПЭ и рака составляет 46,4%, трансвагинальный ультразвуковой -88,4%, эндоскопической -89,4%.

**Информативность и диагностическая ценность различных методов
в диагностике патологии эндометрия**

Таблица 4

Патология эндометрия	Метод диагностики и его информативность, %		
	Клиническое исследование	Гистероскопия	Транс вагинальная эхография
Полипы эндометрия	24,1	48,9	42
Гиперплазия	11,0	30,6	18,7
Рак	0	0,8	0,4

Результаты выполненного нами исследования подтверждают высокую информативность гистероскопического метода исследования, при определении характера пролиферативных процессов эндометрия у женщин различных возрастных группах, а также для определения и улучшения ближайших и отдаленных результатов.

Список литературы

1. Шешукова НА, Макаров ИО, Овсянникова ТВ. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности пролиферативной активности при сочетании с хроническим эндометритом. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2016; 5(3): 10-5.
2. Acmaz G, Aksoy H, Albayrak E et al. Evaluation of endometrial precancerous lesions in postmenopausal obese women-a high risk group. *Asian. Pac. J. Cancer Prev*. 2014; 15(1). 195-8.
3. Jankowska AG, Andrusiewicz M, Fischer N et al. Expression of hCG and GnRHs and their receptors in endometrial carcinoma and hyperplasia. *Int J Gynecol Cancer*. 2015; 20(1): 92-101.
4. Closon F., Tulandi T. Future research and developments in hysteroscopy. *Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2015; 31(15): 55-63.

5. Цахилова СГ, Торчинов АМ, Течиева ЖС, Балиос ЛВ, Гогичаев ТК, Габараева МР. Гистероскопия в диагностике гиперпластических процессов эндометрия. *Проблемы репродукции*. 2018; 24(4):37-40.
6. Кулакова ВИ, Манухина ИБ, Савельевой ГМ. *Гинекология: национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1072 с.
7. Яковлев ИА, Кукутэ БГ, *Морфологическая диагностика предопухолевых процессов и опухолей матки по биопсиям и соскобам*. Кишинев: Штиинца, 2017. 148 с.
8. Orvieto R. et. al. Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 2016; 10: 883-6.
9. Хужокова И.Н. *Диагностическая и лечебная тактика при полипах эндометрия*: Автореф. дис. канд.мед.наук. М., 2011. 24 с.
10. Кулакова ВИ, Адамян ЛВ (под ред.). *Эндоскопия в гинекологии. Руководство для врачей*. М.: Медицина, 2014. 384 с.
11. Мардынский Ю.С. и др. *Рак эндометрия: клиника, диагностика, лучевое и комбинированное лечение*. Обнинск: МРНИЦ; 2012. 104 с.

**OPTIMIZATION OF DIAGNOSTIC RESEARCHS IN ENDOMETRIAL
HYPERPLASTIC PROESSES**

Ikromova Z.M, Usmonova N.K., Kurbanova P.Z., Koimdodova B.K.

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

All the women examined had a hysteroscopic examination followed by a histopathological diagnosis.

Key words: hysteroskopiya, endometrial, hyperplastic processes, examination, diagnostic methods.

**МУНОСИБГАРДОНИИ УСУЛҲОИ ТАШХИСӢ ДАР ҶАРАӢНИ
ГИПЕРПЛАСТИКИИ ЭНДОМЕТРИ**

Икромова З.М., Усмонова Н.К., Қурбанова П.З., Қоимдодова Б.К.

МД Пажӯишиҳои акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Дар мақолаи пешниҳодшуда, намудҳои гуногуни ташхиси занон бо ҷараёнҳои гиперпластикӣ ва табобати онҳо бо ҷараёнҳои гиперпластикӣ дар синну соли гуногун қайд шудааст. Дар тадқиқот бартарияти муоинаи гистероскопӣ дар ташхис ва табобати ҷараёнҳои гиперпластикии эндометрӣ дарҷ гаштааст.

Калимаҳои калидӣ: гистероскопия, раванди гиперпластикии эндометрӣ, муоина, намудҳои ташхис.

УДК 616.007.21+616-008.1-053.2

СИНДРОМ ГОЛЬДЕНХАРА - ГЕМИФАЦИАЛЬНАЯ МИКРОСОМИЯ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Каримова М.Т. Романова О.Г. Бердыева Н.Б.

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

В статье описывается редкий синдром Гольденхарау новорожденного имевший место в клинике ГУ ТНИИ АГиП. Возможно описание синдрома в данной публикации поможет практическим врачам в их повседневной работе.

Ключевые слова: окуло-аурикуловертебральная дисплазия, гемифациальная микросомия, микроотия, дермоиды лица.

Впервые, как самостоятельный синдром описан в 1952 г. M.Goldenhar на основании анализа 19 случаев. Синонимами данного синдрома являются: манди булофациальный дизастоз с эпидуральными дермоидами, окуло-аурикуло-вертебральная дисплазия, синдром первой и второй жаберных дуг.

По данным зарубежных авторов частота рождения новорожденных с данным синдромом 1:45000 - 1:70000, соотношение полов М1:Ж1. Отечественных эпидемиологических исследований по заболеванию синдрома Гольденхара нет. В практике медико-генетического консультирования в нашей клинике за последние 25 – 30 лет работы мы наблюдаем лишь 2 случая данного синдрома у новорожденного. Актуальность темы обусловлена трудностью диагностики вследствие существования множества клинических синдромов при лицевой патологии.

Синдром Гольденхара необходимо рассматривать как заболевание, наследуемое не только по аутосомно-доминантному типу, но и аутосомно-рецессивному типу наследственной передачи. Ген заболевания картирован на хромосоме 5p15 и 14q32. В некоторых случаях встречается, также хромосомная aberrация, что подтверждает природу генетической гетерогенности [1,4].

Аномалии развития лица и ушной раковины возникает на ранних стадиях эмбриогенеза (2-4

неделя). Так из 1 –й жаберной дуги на 3-й недели гестации формируется лоб, глазница, нос, средние части верхней челюсти и губы. В формировании ушной раковины принимают участие 1-я и 2-я жаберные дуги. Из 1-й дуги образуется 1/3 наружного уха, козелок и ножка завитка. Срастание производных обеих дуг происходит к 8-й недели гестации, когда первичная ушная раковина оказывается уже сформированной [4].

Основные критерии диагноза: микроотия (недоразвитие ушной раковины), эпibuльбарные липодермоиды глаз, гемифациальная микросомия (односторонняя гипоплазия нижней челюсти и лица), аномалии развития позвоночника.

При клиническом осмотре больных с данным синдромом обращает на себя внимание чаще одностороннее поражение лица, гипоплазия мышц лица, костей лицевого скелета, наличие дермоидных выростов.

Микроотия-недоразвитие и деформирование ушной раковины (80%), аномальное расположение. В 40% случаев обнаруживается атрезия или сужение наружного слухового прохода фистулы в преаурикулярной области. Характерны также дермоидные выросты округлые или плоские, на ножке, симметричные, с обеих сторон или асимметричные. Выросты часто наблюдаются на линии соединяющие козелок уха и угол рта. Отчетливая

асимметрия лица из-за одностороннего недоразвития верхней и нижней челюсти (85%), а также мышц лица (45%) приводит к макростомии (чрезмерно увеличенная ротовая щель) т.е. состояние открытого прикуса (30%). Слабость половины языка вызывает нарушения артикуляции, нарушения координации языка вызывает проблемы с питанием. Новорожденные, у которых во время кормления возникает кашель или поперхивание должны обследоваться на предмет трахеопищеводной фистулы [2].

Поражение глаз в виде дермоидных наложений на склеру (40%), микрофтальмия (5%), колобома радужки (25%). У каждого второго больного с данной патологией имеются пороки развития других органов (скелета, сердца, легких, центральной нервной системы, желудочно-кишечного

тракта). Синдром сопровождается изменениями экстракраниального скелета позвоночника (40-60%) в виде сращения первого шейного позвонка с затылочной костью или сращением других позвонков между собой, ребер. В 30% случаев встречается врожденные пороки сердца (дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, тетрада Фалло). В 45% случаях описаны пренатальная гипотрофия, аномалия почек [2-3].

Анализируя фенотипические сходства ряда симптомов фациальных дизостозов, их объединили общим термином – «окуло-аурикуловертебральный спектр» [4]. Классификация для изучения первой ступени до генетического изучения патологии.



Рис.1

Симптомокомплекс синдрома Гольденхара

Анатомическая область	Аномалия развития
Лицо	Асимметрия разной степени выраженности с односторонней гипоплазией, выступающий лоб, гипоплазия скуловой кости, скошенный подбородок, большая ротовая щель(макростомия)
Уши	Гипоплазия и деформация ушной раковины(микротия); сосцевидные выросты на коже вдоль линии, соединяющей наружный слуховой проход и угол рта; преаурикулярные фистулы; аномалии среднего уха иногда атрезия слухового прохода, глухота
Рот	Аномалии структуры и функции языка, недоразвития мягкого неба, уменьшение или отсутствие секреторной околоушной железы, иногда расщепление твердого неба или губы
Глаза	Эпibuлярный дермоид или липодермоид, микрофтальмия, косоглазие, колобома, птоз, экзофтальм, атрофия радужной оболочки, офтальмоплегия(вследствие ядер глазодвигательных нервов)

Сердце	Дефект межжелудочковой перегородки, открытый боталлов проток, тетрада Фалло, коарктация аорты
Позвоночник	Сращение I шейного позвонка с затылочной костью-окципитализация атланта.
Центральная нервная система	Иногда гидроцефалия (вследствие миеломенингоцеле или стеноза сильвиева водопровода), аринэнцефалия. Иногда умственная отсталость.
Другие органы и системы	Пороки развития желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной системы, пороки почек (гипоплазия, деформация лоханок), пороки скелета

Дифференциальный диагноз проводится с мандибулофациальным дизастозом Франческетти, синдромом Таунса-Брока, хромосомные аномалии делеции хромосома 22q11, синдром Тричера Коллинза (мутация гена TCOA1 в локусе 5q 32-31., синдрома Ламбера, Нагера).

Приводим пример синдрома Гольданхара собственного наблюдения.

Больная А. девочка, родилась через естественные родовые пути, в сроке 39 недель масса при рождении 2400г., длина тела 46см, окружность головы 34см, окружность груди 35см. Брак не родственник, беременность вторая, срочные роды вторые. Матери 24 года в анамнезе один здоровый ребенок. Со слов матери беременность протекала без патологии.

При осмотре новорожденного отмечаются: признаки внутриутробной гипотрофии II ст., пороки развития ушной раковины слева, двусторонние преаурикулярные выросты, дермоидные выросты на лице на правой кисти между первой и второй фалангой. Головка новорожденного приведена к левому плечу, шейные отделы позвоночника пальпируются с трудом вследствие резкого его укорочения. (см. рис1.) Ребенок слабо сосет грудь матери из-за выраженной асимметрии лица, недоразвития верхней и нижней челюсти слева, нарушении координации языка, докармливается из рожка. При пальпации костей черепа отмечается расхождение по сагитальному шву, кости черепа податливые. Выслушивается грубый локальный шум на верхушке сердца, при нагрузке и беспокойстве усиливается общий цианоз. Проведенное обследование: нейросонография видимой патологии мозга на момент осмотра не выявлено,

на Эхо – КГ выявлено атрезия трехстворчатого клапана, открытое овальное окно (дефект 6-7мм). Узи внутренних органов печени желчного пузыря селезенки без патологии, почки – расширение чашечно-лоханочной системы слева до 0,6мм, признаки пиелозктазии.

Данный случай свидетельствует о необходимости комплексного обследования в неонатальном периоде для проведения своевременных лечебных мероприятий.

Лечение симптоматическое, хирургическое удаление дермоидов глаза и в области ушных раковин, при нарушении слуха показана хирургическая пластика.

Прогноз при данном синдроме в основном зависит от степени поражения внутренних органов.

Профилактика: медико-генетическое консультирование.

Список литературы

1. Барашнев ЮИ, Бахарев ВА. *Эмбриофетопатия. Диагностика и профилактика аномалий Центральной нервной системы и скелета*. М., Триада-х; 2010. 480 с.
2. Баранова АА, Каганова БС, Шиляева РР (под ред. ЛВ Новикова). *Руководство по педиатрии. Т: Врожденные и наследственные заболевания*. М.: Издательский Дом «Династия»; 2007. 544 с.
3. Маринчева ГС, Гаврилов ВИ. *Умственная отсталость при наследственных болезнях*. М.: Медицина; 1988. 256 с.
4. Козлов СИ, Семанова ЕЕ, Демикова НС. *Справочник «Наследственные синдромы». Медико-генетическое консультирование*. Л.: Медицина; 1987. 320 с.

GOLDENHARSYNDROME - HEMIPHACIALMICROSOMY (CASEFROMPRACTICE)

Karimova M.T., Romanova O.G., Berdyeva N.B.

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

In the article describes a rare syndrome of Goldenhar in a newborn that took place in the clinic TNII AG and P. Possibly the description of the syndrome in the publication of the disease will help the publication of the syndrome.

Key words: oculo-auriculo vertebral dysplasia, hemifacial microsomia, microtia, face dermoids.

**СИНДРОМИ ГОЛДЕНХАР - МИКРОСОМИИ ГЕМИФАЦИАЛИ
(ХОЛАТИ АЗ ТАҶРИБА)**

Каримова М.Т. Романова О.Г. Бердыева Н.Б.

МД Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Дар мақола доир ба синдроми Голденхар миёни навродон, ки дар клиникаи пажӯишгоҳ ба қайд гирифта шудааст, маълумот оварда шудааст. Пешкаш намудани нишонаҳои ин беморӣ ба мутахассисони амалияи клиникӣ сари масъалаи муоина ва таҳсис кӯмак мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: дисплазияи акуло-аурикуловертебралӣ, микросомияи гемифациалӣ, микротия, дермоиди руй.

УДК 618-2-2053.6.

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ РАННЕЙ
БЕРЕМЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ**

Пулодзода Ф.П., Менгниязова З.Г., Бекзода Х.С., Гулакова Д.М.

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

Результаты нашего исследования показали, что чем моложе возраст у матери, тем чаще выявлены такие осложнения: синдром дыхательных расстройств, синдром задержки развития плода и нарушения мозгового кровообращения.

Ключевые слова: новорожденный, подростки, беременность, роды, перинатальные исходы.

Актуальность. В Республике Таджикистан замужество до достижения 18 – летнего возраста является реальностью для многих девушек. Беременность в возрастной группе 15-19 лет составляет от 12,1 до 14,9% (отчет Национального Центра репродуктивного здоровья за 2012 -2016гг). В ранние браки вступают молодые девочки – подростки, в основном по желанию родителей, из сельской местности, как правило, необследованные на экстрогенитальные заболевания, характерные для нашего региона (анемия, йододефицитные заболевания, заболевания почек) [2,6].

Перед беременными подростками встают многие из тех же самых акушерских вопросов, как и перед 20-30-летними женщинами: выкидыш, аборт, вынашивание беременности. Однако по отношению к более молодым матерям, в особенности к тем, которые моложе 15 лет, и которые проживают

в развивающихся странах, возникают дополнительные медицинские опасения [2]. Материнское и перинатальное здоровье — предмет особой заботы среди подростков, кто беремен или имеет ребёнка. По всему миру показатель частоты преждевременных родов и низкого веса новорождённого выше среди матерей-подростков [1,2,5,8]. Исследование указывает на то, что беременные подростки реже получают перинатальное обслуживание, прибегают к нему часто только в третьем триместре беременности, если пользуются им вообще [5]. Многочисленные исследования в различных странах, свидетельствуют о том, что у подростков гораздо чаще встречаются такие осложнения беременности, как преэклампсия, анемия, невынашивание, гестационный пиелонефрит, а в родах — преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовых сил и асфиксии [5,6,7,8,9,10].

Среди неблагоприятных факторов рождения детей с низкой массой тела преэклампсия и эклампсия в сочетании с экстра генитальными заболеваниями занимает особое место, и относятся к факторам высоко риска по перинатальной заболеваемости и смертности. Уровень перинатальной смертности, связанный с тяжелой преэклампсией, в последние годы не имеет отчетливой тенденции к снижению, и продолжает колебаться от 10-38% [5].

Цель. Изучить перинатальные исходы при ранней беременности у подростков.

Материал и методы исследования. С помощью анализа историй родов было изучено исходы беременности и родов у 63 несовершеннолетних беременных, родивших в течение 4 лет за период с 2014 по 2018гг в клинике НИИ АГ и П, и РРП (основная группа). Контрольную группу составили беременные активного репродуктивного возраста – 30 пациенток. Основная группа была разделена в две группы: В 1 группу вошли юные беременные в возрасте 15-16 лет, Вторую группу составили юные беременные в возрасте 17-18 лет. Критерием включения в основную группу были юные беременные в возрасте 15-18 лет, в контрольную группу активный репродуктивный возраст. Критерием

исключения были резус отрицательная принадлежность крови, многоплодная беременность, острые респираторные вирусные инфекции. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Aloka-650 SSD», снабженным доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр 100 Гц, конвексный датчик 3.5 МГц и транс вагинального датчика частотами 5–6,5–7,5 МГц).

Результаты и их обсуждение. Результаты ретроспективного анализа показали, что средний возраст юных матерей составил $17,9 \pm 0,5$. Все беременные младшей возрастной группы были перво беременными. В старшей возрастной группе 5 (12,5%) были повторно беременными.

Наиболее часто встречающимся экстрагенитальным заболеванием у юных матерей явилось анемия 40 (63.4%), с заболеваниями мочевыводящей системы зарегистрировано у 29 (46.0%) и заболевания щитовидной железы имело место у 28 (44,4%). Проведенное ультразвуковое доплерометрическое исследование плода показало на нарушение плодово-маточного кровотока в – 32 (50,7%) случаях, выраженное нарушение у - 20 (31,7%), критические нарушения плодово-маточного кровотока у-12 (19,0%).

Частота осложнений беременности среди обследованных групп

Таблица 1

Осложнения беременности	Юные беременные (n=63)	%	Контрольная группа (n=30)	%	p
Угроза прерывания беременности	35	$55,5 \pm 6,20$	3	$10,0 \pm 5,4$	$<0,01$
Рвота беременных	24	$38,0 \pm 6,11$	5	$16,6 \pm 6,8$	$<0,05$
Умеренная преэклампсия	19	$30,1 \pm 5,7$	-	-	
Тяжелая преэклампсия	11	$36,6 \pm 8,7$	-	-	
Маловодие	19	$30,1 \pm 5,7$	2	$6,66 \pm 4,51$	$<0,05$
Многоводие	18	$28,5 \pm 5,69$	1	$3,33 \pm 3,27$	$<0,01$
СЗРП	28	$44,4 \pm 6,20$	-	-	
ПОНРП	3	$4,76 \pm 2,68$	-	-	

Примечание: p- статистическая значимость различия показателей.

Особенности течения настоящей беременности у юных пациенток представлены в таблице 1. Как видно из представленных данных, угроза прерывания беременности наблюдалось у 35 ($55,5 \pm 6,20\%$), умеренная преэклампсия у 19 ($30,1 \pm 5,7\%$), рвота беременных у 24 ($38,0 \pm 6,11\%$), тяжелая преэклампсия у 11 ($36,6 \pm 8,7\%$), маловодие у 19 ($30,1 \pm 5,7\%$) и многоводие у 18 ($28,5 \pm 5,69\%$) пациенток. При этом, у каждой третьей беременной зарегистрировано СЗРП (28 - $44,4 \pm 6,20\%$) и

ПОНРП наблюдалось у 3 ($4,76 \pm 2,68$) юных беременных.

Проведенный анализ показал, что преэклампсия у подростков с ранней беременностью способствует увеличению преждевременных родов (34. 9%). Установлено, что чем юнее беременная высокий риск рождения недоношенных детей (56,5%).

В процессе родов у юных женщин выявлены такие патологии как: обвитие пуповины вокруг шеи плода – в 20 (31.7%), длинная пуповина – в 5 (7,9%),

короткая – в 4 (6,3%) случаях. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод у 18 (28,5%), аномалией родовой деятельности у 6 (9,5%) женщин, гипотоническое кровотечение наблюдалось у 8 (12,6%) женщин.

Роды закончились абдоминальным путем у 10 (15,8%) рожениц. При этом показанием для операции кесарева сечения явилось внутриутробная гипоксия плода и осложнения тяжелой преэклампсии. При ведении родов через естественные родовые пути вакуум-экстракция плода произведена в 6 (9,5%) случаях. Срочные роды произошли у 41 (65,0%), преждевременные у 22 (34,9%) женщин.

Масса новорожденных при преждевременных родах среди юных матерей с преэклампсией

Таблица 2

Масса тела в гр.	15-16 лет (n=13)		17-18 лет (n=9)	
	Абс.	%	Абс.	%
<1000	1	7,7	-	-

Частота неонатальной заболеваемости среди юных матерей

Наименование заболеваний	1-я группа (15-16 лет) n= 23		2-я группа (17-18 лет) n=40		P
	n	M ± m %	n	M ± m %	
Синдром дыхательных расстройств	8	34,7±9,9%	7	17,5±6,0	>0,05
СЗРП	6	26,0±9,4%	5	12,5±5,2	<0,05
Кефалогематома	3	13,0±7,2%	3	7,5±4,16	>0,05
Нарушение мозгового кровообращения	5	21,7±8,8%	4	10,0±4,74	>0,05

Примечание: p- статистическая значимость различия показателей.

Перинатальные потери имели место в 4 (13,3±4,3%) случаях в младшей возрастной группе и в 2 (5,2±2,2%) случаях в старшей возрастной группе. Интранатальная гибель плода произошла у 1 (5,0±2,8%) беременной в старшей возрастной группе. Ранняя неонатальная гибель зарегистрировано у 3 (8,3±3,5%) новорожденных в младшей возрастной группе у которых течение беременности осложнилось критическим нарушением плодово-плацентарного кровотока. Неблагоприятные перинатальные исходы у юных матерей с преэклампсией в 19,0% обусловлены критическими нарушениями кровотока во время беременности. Таким образом, результаты исследования показали, что чем моложе возраст у матери, чаще выявлены осложнения у новорожденных такие как: синдром дыхательных расстройств, синдром задержки

1000-1499	2	15,4	1	11,1
1500-1999	4	30,8	3	33,3
2000-2499	6	46,1	5	55,6

Как видно из таблицы 2 чрезвычайно малая масса тела (менее 1000 гр.) имело место у 7,7% новорожденных, очень малая масса (1000-1499 гр) имело место у 15,4% новорожденных.

Анализ перинатальных исходов представлено в таблице 3, который показал, что синдром дыхательных расстройств у новорожденных в 1-й группе составил- 34,7±9,9%, во 2-й группе 17,5±6,0% случаев. Синдром задержки развития плода от матерей I-ой группы зарегистрировано у-6 (26,0±9,4%), во 2-й возрастной группе у-5 (12,5±5,2%) новорожденных. Нарушение мозгового кровообращения у детей в 1-й группы отмечено у – 5(21,7±8,8%) и во 2-й группе у – 4 (10,0±4,74%) новорожденных. Кефалогематома у новорожденных чаще наблюдалось у матерей 1-й возрастной группы и составила 13,0±7,2%.

Таблица 3

развития плода, нарушения мозгового кровообращения.

Выводы.

1. Преэклампсия у подростков с ранней беременностью способствует увеличению преждевременных родов (34. 9%). Установлено, что чем юнее беременная, высокий риск рождения недоношенных детей (56,5%).
2. Неблагоприятные перинатальные исходы у юных матерей с преэклампсией в 19,0% обусловлены критическими нарушениями кровотока во время беременности.
3. При рождении среди недоношенных детей СЗРП диагностировано у каждого четвертого новорожденного (26.0%).
4. Синдром дыхательных расстройств больше отмечено среди новорожденных от матерей младшей возрастной группы (15-16 лет) -34,7%. Более 30%

детей имели при рождении асфиксию средней и тяжелой степени.

5. Поражение ЦНС плода и новорожденного определяют развитие инвалидизирующей патологии у большинства таких новорожденных.

Список литературы

1. Айламазян ЭК, Кулаков ВИ, Радзинский ВЕ, Савельева ГМ. *Акушерство. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 1200 с.
2. Кадырова СГ, Додхоева МФ, Олимова ЛИ, Абдуллоева РА. *Течение беременности и послеродового периода у подростков. Материалы VI съезда акушер гинекологов РТ*. Душанбе; 2016. с.67-71.
3. Подростковая беременность. ВОЗ. 11 сентября, - 2015. 120 с.

4. Серов ВН, Сухих ГТ. *Акушерство и гинекология*. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014. 1024 с.

5. Стратегия государственной молодежной политики до 2020 года (Постановление Правительства РТ от 04.10.2011г.№480). Душанбе.

6. Якубова ЗХ, Умарова МФ. Репродуктивное здоровье девочек с нетоксическим зобом. *Журнал Мать и Дитя*; 2012. 2: 40-2.

7. McCracken KA, Loveless M. Teen pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014; 26(5): 355-9.

8. Ganchimeg T., Ota E., Morisaki N. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014. 121: 40-8.

PERINATAL OUTCOMES IN YOUNG PREGNANT

Pulodzoda F.P., Mengniyozova Z.G., Bekzoda H.C., Gulakova D.M.

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

Result studies has shown that beside minor expectant mothers more often in contrast with pregnant senior are group are revealed complications beside newborns such as syndrome respiratory strustation syndrome of the delay of the development of the fruit of the breach brain blood system.

Key words: newborn, teenager pregnancy, birth before nataly, upshots.

ИСТИЗАҶОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ҲОМИЛАДОРОНИ НАВРАС

Пулодзода Ф.П., Менгниязова З.Г., Бекзода Х.С., Гулакова Д.М.

МД Пажӯишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Натиҷаҳои тадқиқот нишон дод, ки дар наврасони ҳомиладорони синну соли 15-16 бештар аворизҳо дар навзодон дида мешаванд назар ба модарони синну соли 17-18 сола монанди синдроми норасоии нафасгирӣ, синдроми суст инкишофёбии дарунибатни, вайроншавии гардиши хуни мағзи сар.

Калимаҳои калидӣ: навзод, но болиғ, ҳомиладорӣ, таваллуд, оқибатҳои перинаталӣ.

УДК 618.177

СОВРЕМЕННАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Ходжимуродова Д.А, Гулакова Д.М., Ошурмамадова Р.Б., Бойматова З.К.

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

Актуальность проблемы женского бесплодия обусловлена широкой распространенностью данной патологии среди женщин и инновационные технологии в диагностике женского бесплодия в свою очередь в настоящее время имеют важное практическое и научное значение. В статье приведены этиопатогенетические аспекты развития женского бесплодия и показаны современные методы в диагностике женского бесплодия.

Ключевые слова: женское бесплодие, современные подходы, ВРТ, инновационные технологии, СПКЯ, ЩЖ.

Современная медицина даже в самых сложных ситуациях дает женщине возможность иметь собственного ребенка. Сегодня мы поговорим о причинах возникновения женского бесплодия и критериях диагностики на современном этапе с применением инновационной технологии.

В настоящее время бесплодием страдает свыше 15% семейных пар. Эта цифра имеет тенденцию к постоянному неуклонному росту. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, на сегодняшний день выявлено 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. В нашей статье речь пойдет о женском бесплодии. Женское бесплодие – неспособность женщины к зачатию в течении 1 года регулярной половой жизни без контрацепции. Различают первичное и вторичное бесплодие. Первичное бесплодие определяется как «неспособность женщины родить ребенка из-за неспособности либо забеременеть, либо доносить и родить живого ребенка». Иногда этому дается другое определение – «первичная стерильность». Одним словом у тех женщин беременность которых заканчивается спонтанным выкидышем или рождением мертвого ребенка, если у них никогда не было живорожденного ребенка, можно назвать «первично бесплодными». Вторичное бесплодие определяется как «неспособность женщины родить ребенка из-за ее неспособности либо забеременеть, либо доносить и родить живого ребенка. Поэтому, тех женщин, у которых происходит спонтанный выкидыш или рождается мертвый ребенок, но при этом у них предыдущая беременность или они смогли ранее доносить и

родить живого ребенка, можно назвать «вторично бесплодными» [18,20,21].

Причины женского бесплодия разнообразны. Различают следующие группы женского бесплодия: 1) Связанные с отсутствием овуляции. Нарушение гормональной регуляции с отсутствием или нерегулярными овуляциями-поликистоз яичников, заболевание гипофиза, надпочечников, метаболические расстройства при избыточном или недостаточном весе и стрессовые состояния, влекущие за собой расстройства центральных нейро-регуляторных механизмов.

2) Бесплодие трубного происхождения. Механические факторы, препятствующие развитию беременности, непроходимость маточных труб, спаечный процесс в малом тазу, вызванный воспалительными состояниями или эндометриозом, повреждение шейки матки и полости во время хирургических манипуляций, патологические образования матки и яичников-опухолями и врожденными дефектами строения.

3) Воспалительные заболевания, которые с одной стороны приводят к спаечному процессу и с другой стороны патогенных микро гранул, находящихся в репродуктивном тракте женщины, препятствующих имплантации и развитию эмбриона. 4) Сниженный овариальный резерв – недостаточное количество яйцеклеток в яичнике, обусловленный прежде всего генетическими факторами, а также повреждением яичников во время хирургических вмешательств, химиотерапией и облучении при различных онко заболеваниях. 5) Синдром поликистоза яичников – одно из самых распространенных

эндокринных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста, на долю которого приходится 15-20% случаев бесплодия. Согласно Международному консенсусу по лечению синдрома поликистозных яичников, если у пациенток не наступила беременность после нескольких курсов лечения кломифенцитратом и экзогенными гонадотропинами им показано лечение бесплодия методами ВРТ [29,30].

5) Генетические заболевания, при которых нарушается баланс генетического материала в половых клетках, и после оплодотворения яйцеклетка не в состоянии сформировать жизнеспособный и полноценный эмбрион.

6) Нарушение свертывающей системы крови с преобладанием процессов тромбообразования (тромбофилл), повышением вязкости крови и ухудшением кровообращения в мелких сосудах в зоне имплантации эмбриона и формировании плаценты. 7) В ряде случаев не удается выявить конкретную причину – бесплодие неясного генеза, при котором отсутствует явная причина.

Дифференциальная диагностика этиологии бесплодия включает:

- сбор анамнеза и осмотр врачом репродуктологом
- исследование гормонального статуса (половые гормоны, гормоны щитовидной железы, надпочечников и др)
- УЗИ органов малого таза, позволяющее определить патологию матки и придатков.
- Гистеросальпингография (определение проходности труб и внутриматочной патологии)
- Гистероскопия, лапароскопия.

Основной причиной женского бесплодия является трубно-перитонеальный фактор. Его частота по данным разных авторов достигает 35-40%. Отдельные источники указывают цифру 60-74 % (15,20). Из них 42-83 % вторичное (13,27). Данная патология обусловлена нарушением проходности маточных труб или их функциональной способностью, а также спаечным процессом органов малого таза. В такой ситуации даже при регулярной овуляции и фертильной сперме оплодотворение невозможно. Рубцевание тканей, отложение фибрина, гиперпродукция соединительно-тканых компонентов является следствием воспалительного процесса, его завершающей стадией. При этом воспалительный процесс возможен различной этиологии-инфекционной, ятрогенной, асцитической.

Инфекции, передаваемые половым путем – составляют глобальную угрозу репродуктивному

потенциалу страны. Зачастую инфекции происходят в раннем репродуктивном возрасте с последующим развитием хронического воспалительного процесса и формированием необратимых структурных изменений в женской половой сфере, которые диагностируют лишь спустя длительное время, когда перед женщиной встает вопрос реализации материнства, ее настоящее предназначение природой. Наиболее распространенным среди инфекций передаваемых половым путем являются хламидиоз (16,96%), трихомониаз (14,7%), уреаплазмоз (12,7%) (12,3%), а среди инфекций напрямую не относящийся к группе ИППП, как кандидоз (16,7%), гарднереллез (15,7%) часто встречаются в виде микст-инфекций. (16)

По данным российских ученых инфицированность ИППП девушек до 22 лет в 2009 году в частности достигло 22,8% (2,19).

По мнению специалистов, ведущим фактором женского бесплодия остается трубно-перитонеальный, обусловленный непроходимостью или отсутствием маточных труб либо выраженным спаечным процессом в малом тазу (60-70%). Высокая частота бесплодия трубно-перитонеального генеза является закономерным следствием широкого распространения ИППП среди девушек и женщин еще не реализовавших свои репродуктивные планы. Известно, что хламидиоз характеризуется повреждающей способностью в отношении маточных труб. Речь идет не только о формировании непроходимости маточных труб, но и о нарушении их функциональности.

Маточная труба в норме осуществляет захват яйцеклетки из брюшной полости и транспорт эмбриона на этапе раннего развития в полость матки. Эта функция осуществляется за счет сокращений мышечной стенки и работы ворсинчатого эпителия маточных труб. Важную роль в этом процессе играет секрет маточной трубы, который состоит из двух фракций различного состава. Ворсинки эпителия погружены в менее вязкую фракцию секрета и совершают в ней возвратно-поступательные движения, перемещая тем самым более вязкую фракцию, лежащую отдельным слоем ближе к центру просвета трубы. Достаточно действия незначительных повреждающих факторов, чтобы нарушить этот тонкий механизм. В таком случае труба может оставаться анатомически проходной, однако ультраструктурные изменения не позволяют ей полноценно выполнять свою функцию [26].

На втором месте стоит эндокринная форма бесплодия, связанная с ановуляцией (20-25%) [10].

Причинами секреторного бесплодия со стороны эндокринной системы могут быть гипоталамо-гипофизарная недостаточность, гиперпролактинемия, гипотиреоз и тиреотоксикоз, аденогенитальный синдром. Выявленные нарушения гормональной регуляции требуют соответствующей коррекции. При гипоталамо-гипофизарной недостаточности проводят заместительную терапию аналогами ЛГ, ФСГ и хориогонического гонадотропина [1,14,20].

Эндокринный фактор встречается у 25,5% случаев бесплодия. Эта патология полиморфна. Рассмотрим основные закономерности, так, независимо от уровня нарушений гормональной регуляции непосредственной причиной бесплодия являются ановуляция. Ановуляция может быть следствием патологии области (гиполамический синдром, центральным функциональным, гипогонадотропные аменореи, опухоли, травмы, разрывы ножки или некроз гипофиза), патологии яичников (СПКЯ), синдром резистентных яичников. Синдром поликистозных яичников представляет собой мульти факторное заболевание с генетической предрасположенностью, которое развивается при действии неблагоприятных факторов. Одним из важнейших факторов, провоцирующих гиперандрогенную ановуляцию при СПКЯ является патологическая инсулинорезистентность, возникающая у предрасположенных лиц на фоне избыточного питания и недостаточной физической активности. Синдром поликистозных яичников и заболевания щитовидной железы – два наиболее распространенных эндокринных нарушений у населения [24,25].

Йоддефицитные состояния также являются пусковым механизмом в развитии женского бесплодия. Йод является неотъемлемым субстратом для синтеза гормонов щитовидной железы. Недостаток йода приводит к снижению продукции тиреоидных гормонов и развитию йоддефицитных заболеваний. Согласно исследованиям А.Кlibanski эндокринное бесплодие (гиперпролактинемия, гиперандрогенемия, хроническая ановуляция неясного генеза) в 46,1 % случаев сопровождается патологией щитовидной железы (ЩЖ), при этом гипотиреоз наблюдается в 2,5 раза чаще, чем гипотиреоз [22,23,28].

Важным фактором, препятствующим беременности являются полипы эндометрия. Встречаются полипы на ножке или на широком основании, единичные или множественные, различных размеров. Информативность метода УЗИ в отношении полипа эндометрия зависит от разделительной

способности аппарата, фазы менструального цикла, плотности ткани образования и его размеров. Так микрополипоз эндометрия, представляющий собой большое количество мелких полипов, на УЗИ не визуализируется. Полипы эндометрия подлежат гистероскопическому удалению с коагуляцией ножки и последующим патогистологическим исследованием. Миома матки также является широко распространенной патологией среди женщин с бесплодием. Негативное воздействие фибромиомы заключается в деформации полости матки, нарушении эластичности стенок матки и нарушения кровотока в миометрии и эндометрии. В возрасте до 40 лет оперативному вмешательству подвергаются до 24-26,8% больных миомой. Однако удельный вес миомэктомии до настоящего времени остается небольшим и составляет по данным различных источников от 8,2-18,9% до 28%. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе имеется большое количество исследований, посвященных реконструктивно-пластическим операциям на матке больных с миомой матки. В зависимости от размеров и локализации субсерозных и интрамуральных узлов эти вмешательства осуществляются лапароскопическим или лапаротомическим доступом. Трудно статистически оценить эффективность таких операций в восстановлении репродуктивной функции, так как миома матки в подавляющем большинстве является не единственным фактором бесплодия. Однако благоприятная роль подобного лечения бесценна [3,11]. Субмукозные и субмукозно-интрамуральные фиброматозные узлы также препятствуют беременности, деформируя полость матки. Методом выбора в отношении субмукозных узлов является гистероскопическое их удаление. Интрамурально-субмукозные узлы требуют гибкой тактики лечащего врача с учетом глубины поражения и предполагаемого объема рубцевания в случае удаления такого узла. В подавляющем большинстве был выявлен интрамуральный тип миоматозных узлов (40%), интрамурально-субмукозный тип миомы матки с деформацией полости матки встречался в 36% случаев [17]. В структуре причин бесплодия аденомиоз составляет 20% [4,6]. При этом первичное и вторичное бесплодие в четыре раза чаще первичного, что обусловлено высокой частотой осложненного течения родов (в 2 раза) и аборт (в 4 раза) у женщин этой патологии. Аденомиоз – это доброкачественное заболевание, которое характеризуется наличием гетеротопических эндометриальных

включений и нарушением архитектоники миометрия из-за гиперплазии и гипертрофии гладкомышечной ткани. Аденомиоз занимает третье место в структуре гинекологической патологии после воспалительных заболеваний и миомы матки [4,5]. Чаще аденомиоз выступает в роли одного из сочетанных факторов и не является абсолютной причиной бесплодия. Бесплодие встречается у 9-40% больных аденомиозом [2,7]. Субэндометриальные очаги аденомиоза подлежат коагуляции в ходе гистероскопии. В лечении аденомиоза применяют гормональные препараты различных групп: гестагены, антиэстрогены, эстроген-гестагенные препараты, антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов, ингибиторы ароматаз. Несмотря на разноречивые данные литературы, бесспорной остается необходимость включения гормональной терапии аденомиоза в комплекс мероприятий, направленных на преодоление женского бесплодия как при консервативном ведении, так и в плане подготовки к ЭКО.

В настоящее время современными высоко технологичными методами лечения бесплодного брака являются ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) - методы преодоления бесплодия, в которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляется вне организма женщины.

Среди программ ВРТ наиболее широко используется экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)-технология оплодотворения яйцеклеток женщины *in vitro* спермой мужа (донора) с последующим переносом полученных эмбрионов в полость матки матери. Этот метод лечения появился в результате многолетней работы английских ученых, акушера-гинеколога П.Стептоу и эмбриолога Р.Эдварса, в клинике Борн-Холл (Великобритания), где в 1978 году родился первый в мире ребенок “из пробирки”-Луиза Браун (8,13). В настоящее время ЭКО широко используется в современной практической медицине, тем самым решая проблемы бесплодного брака. Если на первых этапах развития метода ЭКО показанием к этому виду лечения был исключительно трубный фактор (непроходимость или отсутствие маточных труб после оперативных вмешательств), то в настоящее время круг показаний все больше расширяется-помимо трубно-перитонеального бесплодия в него включены бесплодие, обусловленное эндометриозом (при неэффективности других методов лечения в течении двух лет и более), эндокринное бесплодие (при невозможности достижения беременности с помощью гормональной терапии в течении шести

месяцев и более), бесплодие, обусловленное мужским фактором, сочетанные формы идиопатического бесплодия более двух лет, то есть все виды бесплодного брака, не поддающиеся терапии или имеющие большую вероятность преодоления с помощью ЭКО, чем при лечении другими методами [9,12].

В настоящее время к методам ВРТ относятся не только ЭКО в классическом варианте, но и инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида –ICSI, ИКСИ), донация ооцитов, спермы и эмбрионов, суррогатное материнство, преимплантационная генетическая диагностика (ПГД), а также индукция овуляции и искусственная инсеминация спермой мужа(донора).

В заключение хочется отметить, что на сегодняшний день женское бесплодие—это патологическое состояние, которое поддается лечению. Правильно разработанный алгоритм диагностики и лечения позволяет решить вопрос реализации репродуктивной функции женщин в оптимальные сроки. Главным принципом является не упустить ничего важного и не делать ничего лишнего. Диагностику женского бесплодия нужно начинать с основных вопросов –проходимость маточных труб и наличия овуляции.

Необходимо помнить, что существуют формы бесплодия, которые являются прямым показанием к использованию вспомогательных репродуктивных технологий (непроходимость или отсутствие маточных труб, тяжелый мужской фактор).

На современном этапе развития репродуктивных технологий практически любая форма бесплодия может быть преодолена с помощью методов ВРТ. Вспомогательные репродуктивные технологии являются методами преодоления бесплодия у женщин с различными факторами бесплодия, изучение которых на данный момент времени остается актуальным и интересным направлением медицины.

Внедрение в практику инновационной технологии в диагностике женского бесплодия и широкий спектр методов лечения позволяет справиться с самыми сложными ситуациями и дает возможность женщине реализовать мечту материнства-ее основное предназначение природой.

Список литературы

1. Агаркова ЛА. *Сравнительная оценка лечения воспаления придатков матки с применением различных факторов физического воздействия*; Автореф канд.мед.наук. 2000:15-8.

2. Адамян ЛВ, Гаврилов ТЮ, Степанян АА, Яровая ГА. Система протеолиза в генезе аденомиоза. *Акушерство и гинекология*. 2005; 5: 22-5.
3. Адамян ЛВ, Кулаков ВИ. *Эндометриозы*. М., 1998. 317 с.
4. Адамян Л.В., Осипова АА, Сонова ММ. Эволюция гормональной терапии эндометриоза. *Проблемы репродукции*. 2006; 5: 11-7.
5. Анциферова Ю.С. Регуляция экспрессии молекул FAS и FASL-эндометриозными стромальными клетками при эндометриозе.
6. Анциферова ЮС, Сотникова НЮ, Лосисеева ЛВ, Богатова ИК. *Медицинская иммунология*. 2004; 6(3-5): 373.
7. Боярский КЮ, Гайдуков СН, Чукаели АС. Факторы, определяющие овариальный резерв женщины (обзор литературы). *Журнал Акушерства и Женских Болезней*. 2009; 58(2):65-71.
8. Витязева ИИ. ФГУ “Эндокринологический научный центр”, г.Москва, Россия. *Международный эндокринологический журнал* 7 (31), 2010
9. Данкович НА, ВН Воробей-Виховская. Современные возможности и лечение женского бесплодия. УДК.618, 177, 2013 Национальная академия последилового образования им Шупика П.Л. г.Киев.
10. Здановский ВМ, Витязева ИИ. Течение и исход беременностей после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции. *Проблемы репродукции*. 2000; 6(3): 55-6.
11. Коржув СИ. *Реабилитация репродуктивной функции после миомэктомии*. Автореф.дисс. канд.мед.наук. Волгоград. 2010
12. Киракосян КЭ. Женское бесплодие как медико-демографическая проблема в республике Армения. *Росс.вестник акушер-гинеколога*, 2012;12(2): 4-7.
13. Мазитова МИ, Ляпихин АБ. Репродуктивное здоровье женщин после трубной беременности. *Трудный пациент*, 8. 2010.
14. Рудакова ЕБ, Семченко СИ. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие. *Гинекология*, 2004; 6(3): 132-5.
15. Сметник ВП, Тумилович ЛГ. *Неоперативная гинекология*. М. 2002, с.366-374.
16. Сергиенко МЮ, Яковлева ЭБ, Шпатусько НИ, Кузнецова ИВ. Репродуктивное здоровье девочек Донецкой области. *Здоровье*. 2009; 8:181-2.
17. Сафарова СМ, Сангинова ФДж, Болиева ГУ, Кармишева МН, Мамедова ЗТ. *Преодоление бесплодия после выполнения консервативной миомэктомии лапаротомным доступом. Сборник трудов научно-практической конференции молодых ученых и специалистов*. Душанбе, 2017, с.194-200.
18. Руководство ВОЗ для лабораторного исследования и обработки человеческой спермы, 2010.
19. Товстановская ВА, Сахарова ИА, Воробей-Виховская ВН, Крук ОЮ, Прохорова ИН. *Причины возникновения дисплазии шейки матки у девочек-подростков*, 2010. с.212.
20. Хусайнова ВХ, Федоров ТА, Волков НИ. Диагностика, лечение и профилактика спаечного процесса в малом тазу у женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия. *Гинекология*, 2003; 2:58-62.
21. Хилькевич ЕГ. *Клиника, диагностика и современная технология в лечении бесплодия у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий*, 2005, автор.канд дис. 26 с.
22. Ходжамуродова ДА, Косимова СИ, Одинаева ЗС. *Клинические особенности гиперпролактинемии у женщин с бесплодием при йоддефицитных заболеваниях. Сборник трудов Республиканской научно-практической конференции, посвященной 35-летию Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии, «Здоровье матери и ребенка-залог здоровой семьи»*. 2015, с.116-9.
23. Ходжамуродова ДА, Косимова СИ, Хайридинова СС. Гиперпролактинемия и бесплодие в регионе йодной недостаточности. *Известия Академии наук Республики Таджикистан*; 2015. 2 (190):72-7.
24. Хайридинова СС. Оптимизация диагностики и лечения синдрома поликистозных яичников у женщин с бесплодием в регионе йодной недостаточности. Автореф канд дисс. 2016.
25. Ходжамуродова ДА, Хайридинова СС, Нарзуллаева ЗР. *Клиническое течение синдрома поликистозных яичников у женщин с бесплодием в регионе йоддефицита. Научно-практическая конференция посвященная 35-летию Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии*. Душанбе 2015. с.120-3.
26. Шуршалина АВ, Ежова ЛС. Патогенетические подходы к терапии хронического эндометрита. *Акушерство и гинекология*; 2004, 6:54.
27. Healy DL, Trounson AO, Andersen AN. Female infertility-cause and treatment. *Lancet*; 1994. 343;1539-44.
28. Klibanski, Prolactinomas. *N.Engl.J.Med.*; 2010. 362(13):1219-26.
29. Rajashekar L, Krishna D., Patil M. Polycystic ovaries and infertility-Our experience. *J. Hum. Reprod. Sci.*; 2008. Jul.1(2):65-72.
30. Tarlatzis B.C. et. al. The Assisi ESHRE \ ASRM- Sponored PCOS Consensus Workshop Group Collaborators (31) Consensus on infertility treatment

related to polycystic ovary syndrome. *Hum.Reprod.*;
2008; Mar.-23(3): 462-77.

MODERN INNOVATIVE TECHNOLOGY IN THE DIAGNOSIS OF FEMALE INFERTILITY

Khojimurodova D.A., Gulakova D.M., Oshurmamadova R.B., 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*

The problem of female infertility widespread and have our time important practical and scientific value. The article presents etiopathogenetic aspects of female genital absence.

Key words: female infertility, modern innovative, POS, thyroid.

ТАШХИСИ БЕЗУРЌИИ ЗАНОН БО ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИРИ ИННОВАТСИОНӢ

Хочимуродова Д.А., Гулакова Д.М., Ошурмамадова Р.Б., Бойматова З.К.

МД Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Проблемаи бенаслии занон яке аз проблемаҳои мубрами замона мебошад ва технологияи муосир дар навбати худ дар таҳхисоти бенаслии занон нақши ниҳоят муҳими илмӣ-амалӣ мебозад. Дар мақола оиди сабабҳо, патогенез ва аз технологияи муосири таҳхисоти бенаслии занон сухан меравад.

Калимаҳои калидӣ: бенаслии занон, равишҳои муосир, технологияи репродуктивии иловагӣ, технологияи инноватсионӣ, синдроми поликистози тухмдонҳо, ғадуди сипаршакл.

УДК: 618.39

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ

Ходжамуродова Д.А., Ошурмамадова Р.Б., Одинаева З.С.,
Хайридинова С.С., Гулакова Д.М.

*Отдел гинекологической эндокринологии и репродуктологии ГУ
«Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии»*

Исследование показало, что молодые женщины региона в возрасте раннего и активного репродуктивного возраста страдают невынашиванием беременности, часто по причине прогестероновой недостаточности в ранние сроки гестации. Применение прогестерон содержащих препаратов для сохранения беременности, при начавшемся выкидыше в первом и втором триместре следует считать целесообразным, о чем свидетельствуют благоприятные перинатальные исходы беременности для матери и плода. Выявлена высокая клиническая эффективность гормонального лечения в 92,3% (84/91) случаев сохранения (прогрессирование) беременности у больных с отягощенным анамнезом по невынашиванию.

Ключевые слова: привычное невынашивание, репродуктивные потери, гормональное лечение, бесплодный брак.

Актуальность: Одной из основных причин бесплодного брака, является привычное невынашивание. Также привычное невынашивание (ПН), является причиной ранних репродуктивных потерь, в связи с хромосомными aberrациями вызывающих нежизнеспособность эмбриона. В случаях наступления и прерывания беременности, оно является очень важным фактором риска формирования плацентарной недостаточности, что в будущем может привести к неблагоприятным исходам для матери и плода [1,2,3,5]. ВОЗ подразумевает под привычным выкидышем, наличие в анамнезе у женщины подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель беременности [2]. По результатам многочисленных исследований, по проблеме невынашивания беременности, доказано, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычного выкидыша с последующим обязательным обследованием супругов и проведением комплекса мер по подготовке к будущей беременности. Частота привычного невынашивания на протяжении многих лет остаётся стабильной и составляет 15-25% от всех желанных беременностей. Чаще всего привычные выкидыши происходят в первом триместре беременности, что в основном связано с эмбриональной стадией развития плодного яйца и его высокой чувствительности к факторам окружающей среды [1;3].

Изучению причин привычного невынашивания посвящено огромное количество работ [3,4,5]. В структуре привычных потерь беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные и иммунологические факторы. В последние годы, наряду с традиционными причинами невынашивания беременности, выделена группа наследственных и приобретенных дефектов гемостаза. Отдельно выделена и изучается группа генетических причин невынашивания беременности. Установлено, что самопроизвольный аборт чаще всего является следствием не одной, а нескольких причин, действующих одновременно или последовательно [3,5,6,7]. Привычное невынашивание (ПН), является полиэтиологическим осложнением течения беременности, значимыми факторами в возникновении и реализации которого являются нарушения иммунной и эндокринной регуляции гестации, которые, зачастую, связаны прогестероновой недостаточностью и дисбалансом биологически активных медиаторов иммунных и межклеточных взаимоотношений [3,4,7].

Доказано, что несмотря на множество профилактических мероприятий и схем лечения, частота прерывания беременности в ранние сроки, снизившись до определенного уровня, длительное время остается постоянной и не зависит от успехов фармакотерапии [4,5,6,7].

По некоторым данным, гормональная поддержка прогестероном, очень эффективное средство в группе высокого риска у женщин с привычным невынашиванием – доказана достоверно, что снижает риск повторных преждевременных родов на 35%. Прогестерон назначается при снижении уровня эндогенного (плацентарного) прогестерона, укорочении шейки матки менее 20 мм по данным УЗИ в сроках от 19,0 до 23,6 недель. Назначается минимум с 4 недели гестации и до полной плацентарной компенсации [1,4,5,6,7].

В настоящее время применение натурального вагинального прогестерона одобрено для сохранения беременности в первом и втором триместре у пациенток, получающих лечение вспомогательными репродуктивными технологиями в США, Европе и других странах. Профиль безопасности этого препарата хорошо изучен. Однако, установлено, что прогестерон и его производные менее эффективны при многоплодной беременности, а также при наличии преждевременных родов в анамнезе [4,7].

Несмотря на многочисленные исследования в мире и в стране, по проблеме невынашивания беременности, не снижается количество больных с невынашиванием беременности, которые влияют на психологию, качество жизни семьи, разводы и т.д.

Всё это обуславливает необходимость оптимизировать диагностику и лечение у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе в ранние сроки беременности, и при угрозе прерывания данной беременности. Вышеперечисленные факты и обусловили цель настоящей научной работы.

Цель работы: Изучить клиническую эффективность гормонального лечения у беременных с угрозой самопроизвольного выкидыша и привычным невынашиванием беременности в анамнезе.

Материалы и методы исследования: Проводились исследования беременных, поступивших в отделение эндокринной гинекологии НИИ АГиП с клиническими признаками начавшегося выкидыша за период 2017–2019 годы. Всем женщинам проводилось ультразвуковое исследование, а также общеклинические, лабораторные и гормональные исследования. Критериями отбора послужило,

наличие у женщин в анамнезе одного или более выкидышей на данном сроке беременности. Также учитывалось то, что при предыдущих беременностях женщина не принимала препараты прогестеронового ряда.

Было обследовано 91 беременных, с признаками угрозы прерывания беременности и признаками начавшегося выкидыша в сроках гестации от 3 до 18 недель, которые разделились на 3 основные группы в зависимости от срока гестации.

I группа включала 8 женщин со сроком беременности до 5 недель гестации в 8,8%(8/91) случаев;

II группа – 66 женщин срок беременности 5-12 недель беременности в 72,5%(66/91) случаев;

III группа – 17 беременных срок гестации от 12 -18 недель в 18,7%(17/91) случаев;

Статистическая обработка полученных результатов настоящего научного исследования проводилась с использованием метода программы персонального компьютера IBM SPSS Statistics 20. Количественные показатели представлены в виде среднего

значения и его стандартной ошибки ($M \pm m$), Для сопоставления количественных показателей между несколькими клиническими группами применяли Н - критерий Крускала – Уоллиса, а для межгрупповых сравнений применяли U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты клинического исследования и обсуждение. По статистическим данным нашего исследования, установлено, что количество госпитализированных женщин с отягощенным невынашиваем беременностями в сроке гестации от 5 -12 недель составило 72,5% (66/91) и превалирует над частотой беременных в сроке гестации до 5 недель и от 12-18 недель (8,8%(8/91) и в 18,7%(17/91) случаев, соответственно ($p < 0,01$). Возраст пациенток колебался от 20 до 42 лет, средний возраст обследованных беременных составил 27,5 лет. Распределение беременных по возрасту представлено в таблице №1.

Возрастная характеристика обследованных беременных(п-91)

Таблица 1

Возраст	I группа (n-8)	%	II группа (n-66)	%	III группа (n-17)	%	p
до 20 лет	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
20-24	3	37,5	19	28,8	8	47,1	<0,05
25-29	3	37,5	21	31,8	7	41,2	<0,05
30-34	2	25,0	17	25,8	1	5,9	<0,05
35-39	0	0,0	7	10,6	1	5,9	<0,05
40-44	0	0,0	1	1,5	0	0,0	<0,01
45-49	0	0,0	1	1,5	0	0,0	<0,01
Всего:	8		66		17		

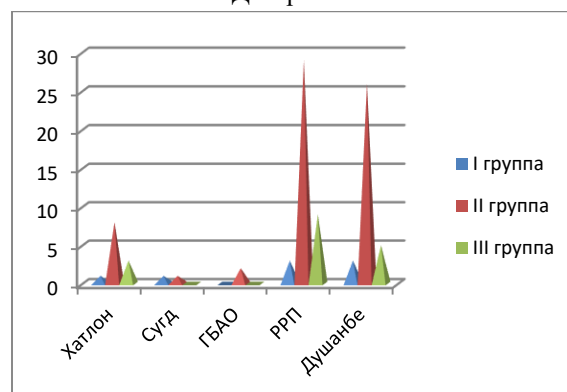
Выявлена высокая частота репродуктивных потерь у обследованных пациенток раннего и активного репродуктивного возраста во всех клинических группах. А также, она превалирует над частотой встречаемости у беременных позднего репродуктивного возраста (89,0% (81\91) случаев; 10/91(11,0%), соответственно $p < 0,01$.

Структура региональная обращаемости больных за медицинской помощью женщин с анамнезом репродуктивных потерь предоставлена в диаграмме №1.

Данное распределение свидетельствует о том, что чаще всего за медицинской помощью обратились беременные, проживающие в городе Душанбе, а также в ближайших районах республиканского подчинения. Так, установлена высокая частота

поступление в стационар по поводу невынашивания беременности у беременных во 2 клинической группе (в сроке гестации 5-12 недель)

Диаграмма 1

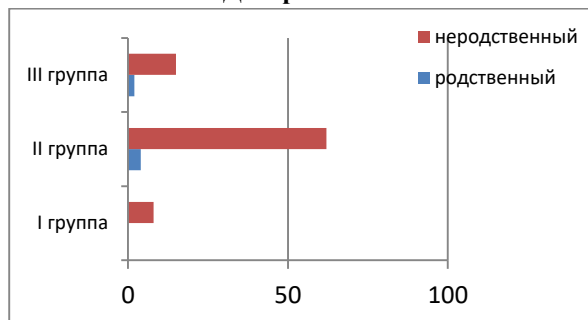


Региональное распределение больных в группах исследования

из РРП и г. Душанбе (43,9% (29/66)/39,4% (26/66), соответственно.

Анализ степень родства брака обследованных беременных в данной группе, представлены в диаграмме 2.

Диаграмма 2



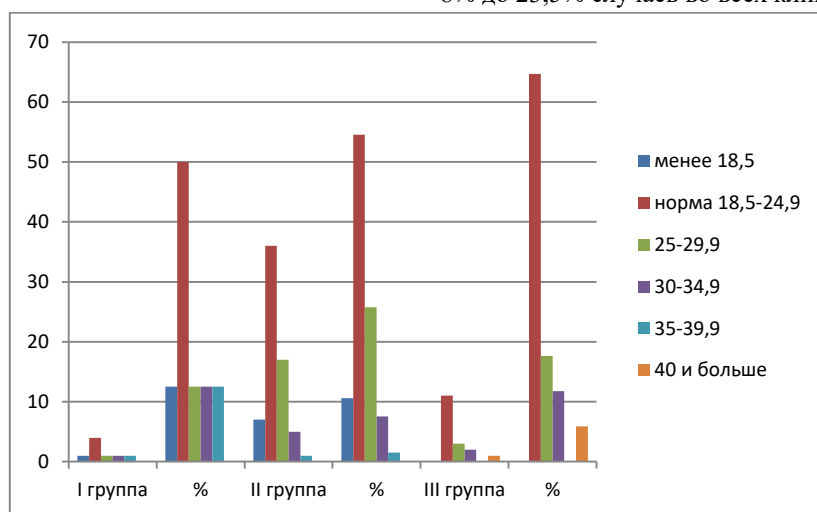
Степень родства брака в группах с привычным невынашиванием

Из представленных данных следует, что обследованные беременные в 6,6% (6/91) случаев находились в родственном браке и частота

встречаемости родственного брака была выше во 2 клинической группе в 4,3% (4/66) случаев в сравнение с пациентами в 1 и 3 клинических групп.

Анализ ИМТ женщин показал, что по данным диаграммы №.3, частота исследуемых беременных с нормальной массой тела (ИМТ) составила 56,1% (51/91) случаев, пациентки с избыточным весом и ожирением суммарно составили 35,2% (32/91) случаев. Частота пациенток с избыточной массой тела превалировала во второй клинической группе 34,8% (23/66) случаев по сравнению с первой и третьей группой в 2 и 2,5 раза. В нижеследующей таблице 2 приведены данные по паритету настоящей беременности у беременных с НБ.

Как видно из таблицы 2, обращаемость больных за медицинской помощью была высокая после второго выкидыша в анамнезе и такая высокая частота наблюдаются во всех клинических группах: в 1 клинической группе 50%(4/8) случаев; во 2 группе в 31,8%(21/66); в 3 группе 47,1% (8/17) случаев. Частота обращаемости беременных с НБ после 3 и 4 выкидышей в анамнезе составляет от 11,8% до 23,5% случаев во всех клинических группах.



ИМТ у исследуемых больных

Паритет беременных в группах исследования (n-91)

Таблица 2

Количество беременностей	I группа (n-8)	%	II группа (n-66)	%	III группа (n-17)	%	P
2	1	12,5	17	25,8	2	11,8	<0,05
3	4	50,0	21	31,8	8	47,1	<0,01
4	1	12,5	9	13,6	4	23,5	<0,04
5	1	12,5	8	12,1	2	11,8	<0,05
6	0	0,0	4	6,1	0	0,0	<0,01
7	0	0,0	6	9,1	0	0,0	<0,01
8	1	12,5	0	0,0	1	5,9	<0,01

9	0	0,0	1	1,5	0	0,0	<0,01
Всего:	8		66		17		

Как упоминалось ранее, в анамнезе беременных исследованных групп отмечалось разное количество ранних выкидышей в различные сроки гестации, что являлось основным критерием включения их в группы исследования, так и при наличии

признаков начавшегося выкидыша (кровянистые выделения и схваткообразные боли внизу живота). Количество предыдущих выкидышей в анамнезе приведены в таблице ниже.

Частота репродуктивных потерь предыдущих беременностей у обследованных больных (n=91)

Таблица 3

Количество выкидышей в анамнезе	I группа (n-8)	%	II группа (n-66)	%	III группа (n-17)	%	P
один	2	25,0	31	46,97	7	41,2	<0,04
два	4	50,0	22	33,33	8	47,1	<0,05
три	1	12,5	8	12,12	2	11,8	<0,05
четыре	0	0,0	2	3,03	0	0,0	<0,1
Пять	1	12,5	3	4,55	0	0,0	<0,1
Всего:	8		66		17		

Как видно из таблицы выше, в первой и третьей группе преобладают женщины в анамнезе которых было два выкидыша в 50%(4/8) и 47,1%(8/17) случаев, соответственно, во второй группе с одним выкидышем в 46,97%(7/17) случаев. Частота больных с тремя выкидышами в анамнезе были одинаковы во всех клинических группах от 11,8 до 12,1% случаев.

Всем пациенткам в отделение было проведено ультразвуковое исследование трансвагинальным и трансабдоминальным путем для подтверждения соответствующего срока гестации и состояние внутриутробного плода и наличия осложнений беременности. Ниже следующей таблице 4 приведены структура осложнений беременности в исследуемых группах.

Структура осложнений в группах

Таблица 4

Данные УЗИ	I группа	%	II группа (n-66)	%	III группа (n-17)	%
Гипертонус стенок матки (длина шейки матки 2,5 см и менее)	2	28,6	31	47,0	11	64,7
Частичная отслойка плодных оболочек	1	14,3	13	28,3	1	7,1
Беременность двойней	1	14,3	1	2,2	2	14,3
Миома матки	1	14,3	1	2,2	0	0,0
Двуорогая матка	2	28,6	0	0,0	0	0,0

Как видно из таблицы во всех группах, УЗИ подтверждает клинические жалобы исследуемых больных на угрозу прерывания беременности. УЗИ установил гипертонус стенок матки с укорочением шейки матки, составляя в среднем $2,2 \pm 0,3$ см. Необходимо отметить, что выявлена высокая частота беременных с гипертонусом матки и с

укорочение шейки матки во второй и третьей клинических группах 47,0% (31/66); 64,7% (11/17), соответственно. У беременных первой клинической группы осложнения течения беременности как укорочение длины шейки матки, частичная отслойка плодного яйца и наличие у больной

миома матки, двурогая матка от 14,3% до 28,6% случаев.

В связи с чем, с учетом у больных в анамнезе невынашивания беременности в ранние сроки, проводилась гормональная терапия с использованием прогестерон содержащих препаратов (утрожестан, маржестин, дюфастон), а также гемостатический препарат (дицинон-2.0мл) в первые 3-5 дней после поступления, и йодистые препараты (йодид 200 мкг в сутки) и фолиевая кислота 400 мг в сутки.

Схема введения гестагенов была дифференцирована индивидуально в зависимости от степени выраженности клинических симптомов, от длины шейки матки и от уровня содержания прогестерона в крови: 1 схема-суточная доза вагинального утрожестана или маржестина составила от 200 до 600 мг; 2 схема комбинированная схема (утрожестан или маржестин) и дюфастон 10 мг во внутрь. Вторая схема лечения, с учетом наличия ранних симптомов гестоза (тошнота и рвота беременных), в связи с чем ночная доза путём вагинального введения прогестинсодержащего препарата.

В нашем исследовании была проведена оценка эффективности лечения угрозы прерывания беременности при лечении микронизированным прогестероном (утрожестан, маржестин, дюфастон) в сочетании с гемостатическим препаратом (дицинон).

Результаты исследования оценивались по следующим клиническим критериям эффективности: отсутствие жалоб больной, исчезновение боли внизу живота, отсутствие вагинальных кровянистых выделений, УЗИ -отсутствие признаков гипертонуса мускулатуры матки и длина шейки более 2,8 см., сохранение и прогрессирование беременности.

Во всех исследуемых группах в 86,8%(79/91) случаев отмечалось прекращение кровянистых выделений из половых путей на первые сутки после применения выше описанной схемы препаратов, и у 12/91(13,2%) больных на 3-4 сутки. Боли внизу живота и гипертонус матки продолжались еще у 19/91 (20.9%) больных. Среднее пребывание беременных с невынашиванием в стационаре составило $9,1 \pm 3,4$ дней. Полученные результаты данного исследования представлены в таблице 5.

Исходы лечения в группах исследования

Таблица 5

Результаты	I группа (n=8)	%	II группа (n=66)	%	III группа (n=17)	%
Сохранение и прогрессирование беременности	6	75,0	62	93,9	16	94,1
Самопроизвольный выкидыш на фоне лечения	1	12,5	2	3,1	1	5,9
Неразвивающаяся беременность	1	12,5	2	3,1	0	0,0
Всего:	8		66		17	

Как видно из таблицы, во всех клинических группах у большинства беременных (84 /94,1%) удалось сохранить беременность, учитывая тот фактор, что при предыдущих беременностях, такие симптомы без применения прогестерона заканчивались в большинстве случаев самопроизвольным выкидышем. Высокая клиническая эффективность сохранения (прогрессирования) добились во 2-ой клинической группе у беременных в сроках гестации 5-12 недель в 93,9% (62/66) случаев и 3 клинической группе в 94,1% (16/17). В первой группе были выявлены неразвивающаяся беременность и самопроизвольный выкидыш на фоне лечения в 25%(2/8) случаях, у больных с наличием миомы матки и аномалией развития матки.

Следовательно, применение препаратов прогестеронового ряда в сочетании с гемостатическим и йодсодержащим препаратом эффективно на ранних сроках гестации у беременных с невынашиванием беременности с целью сохранения и пролонгирования беременности.

Список литературы

1. Ткаченко ЛВ, Костенко ТИ, Углова НД, Шкляр АЛ. Невынашивание беременности. *Вестник Волг ГМУ*. 2015; 1(53): 3-9.
2. Сухих ГТ (под ред. акад.). Преждевременные роды. Клинический протокол /колл. авт. ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздрав России, ИЗС; М., 2014.

3. Сидельникова ВМ, Сухих ГТ. Невынашивание беременности. М., 2010.
4. Усова АВ, Соколова ТМ, Фоляк ЕВ, Мухамедшина В. Фармакологическая коррекция привычного невынашивания беременности гестагенами при угрозе преждевременных родов. ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава (г. Новосибирск) №4. 2009.
5. Renzo GD, Cabero Roura L. et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labour: Identification of preterm premature rupture of membranes and preventive tools for preterm birth. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, DJMF. 2010-0489. R1. 2011.05.
6. Davey M, Watson L et al. Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated outcomes (review). *Cochrane review*. 2011.11.
7. Romero R, Ncolaidis K, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the mid trimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: Asystematic review and meta-analysis of individual patient data. *AJOG*. 2011.12.

THE EFFECTIVENESS OF HORMONE THERAPY IN HABITUAL MISCARRIAGE

Khojamurodova J.A., Oshurmamadova R.B., Odinaeva Z.S., Khayridinova S.S., Gulakova D.M.

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

Study showed that young women in region at an early and active reproductive age suffer from miscarriage due to progesterone deficiency in the early stages of gestation.

The use of progesterone during pregnancy with a miscarriage in the first and second trimester should be considered appropriate, as indicated by favorable perinatal pregnancy outcomes for the mother and fetus. High clinical efficacy of hormonal treatment was revealed in 92.3% (84/91) cases of pregnancy preservation (progression) in patients with a history of miscarriage.

Key words: habitual miscarriage, reproductive loss, hormonal treatment, barren marriage.

САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ ТАБОБАТИ ГОРМОНАЛИ ҲАНГОМИ ИСҚОТИ ҲАМЛИ ОДАТШУДА

Хочамуродова Ҷ.А., Ошурмамадова Р.Б., Одинаева З.С., Хайридинова С.С., Гулакова Д.М.

МД Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Тадқиқот нишон дод, ки занони ҷавони синну соли барвақт ва фаъоли репродуктивии минтақа аз сабаби норасоии прогестерон дар муҳлати барвақти ҳомиладорӣ гирифтори исқоти ҳамли одатшуда мебошанд. Истифодаи прогестерон барои нигоҳдории ҳомиладори ҳангоми саршавии исқоти ҳамл дар семоҳаи аввал ва дуюм самаранок ҳисобида шавад, ки натиҷаҳои мусоиди перинаталӣ барои модар ва тифл нишонан он мебошанд. Самаранокҳои клиникӣ баланди табобати гормоналӣ мушоҳида шудааст дар 92,3% (84/91) ҳолатҳо нигоҳдории ҳомиладори (давомёбӣ) дар беморон бо анамнези аворизноки акушерӣ дида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: исқоти ҳамли одатшуда, талафотҳои репродуктивӣ, табобати гормоналӣ, оилаи безуриёт.

УДК 616-053

**РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ТЕПЛОВОГО РЕЖИМА В
РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ТАДЖИКИСТАНА
В ЖАРКОЕ ВРЕМЯ ГОДА**

**Юнусов А.Г., Додхоев Дж.С., Зарифова П.Г.,
Бодурхонова Дж.А., Садриддинова Г. Н.**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ,
Кафедра детских болезней №1 Таджикского государственного
медицинского института*

Исследования показывают, что гипотермия новорожденных встречается в любых климатических условиях, как с низкой, так и с высокой температурой окружающей среды. Несоблюдение определенных правил для поддержания нормальной температуры тела новорожденного может привести к гипотермии даже в летний период времени, что может стать причиной заболеваемости и смертности новорожденных.

Ключевые слова: гипотермия, новорожденный.

Актуальность. Гипотермия – это состояние, которое приводит к заболеваемости и смертности, особенно среди недоношенных детей. О необходимости поддержания оптимальной температуры тела у новорожденных, и особенно у недоношенных новорожденных, специалисты знают уже на протяжении около 200 лет, что и отразилось в изобретении и модификации куветов с конца XIX века [Stem L., 1980]. Поддержка нормальной температуры является основным компонентом рутинной помощи новорожденным детям. Жаркая погода не должна вводить специалистов в заблуждение. Исследования в африканских странах экваториальной Африки (Нигерия, Эфиопия, Конго, Танзания) показали, что в этих странах гипотермия привела к гибели около 1,1 миллиона новорожденных в 2011 году. [Onalo R., 2013].

Цель исследования. Выявить причины нарушения теплового режима в родовспомогательных учреждениях.

Материалы и методы исследования. Проведен мониторинг ряд Областных родовспомогательных учреждений Таджикистана.

Результаты и их обсуждение. Летние мониторинги по регионам Таджикистана показали, что медицинский персонал родовспомогательных учреждений, несмотря на наличие протоколов по тепловой цепочке, исходя из жаркого климата, не уделяют должного внимания требованию национального стандарта по температурному режиму.

Специалисты считали, что жара $+38,0^{\circ}\text{C} - +45,0^{\circ}\text{C}$ препятствует гипотермии новорожденных и поэтому внимание к требованиям тепловой цепочки в летний период оказалось ослабленным. В большинстве родовспомогательных учреждениях были зафиксированы сквозняки, как во время родов, так и в палатах совместного пребывания, а также в реанимационных палатах. Были выявлены случаи, когда в родильном зале были установлены кондиционеры, которые работали во время родов, охлаждая помещения до $+18,0^{\circ}\text{C} - +22,0^{\circ}\text{C}$. Температура в операционных, в которых проходят операции кесарева сечения также охлаждались кондиционерами до $+18,0^{\circ}\text{C} - +22,0^{\circ}\text{C}$. Во многих палатах совместного пребывания оказались включенными вентиляторы. Замеры температур у доношенных новорожденных, особенно в палатах совместного пребывания выявили у двух из трех (67% случаев) холодовой стресс (t° тела от $36,2$ до $36,4^{\circ}\text{C}$) несмотря на то, что температура в палатах была выше $+30,0^{\circ}\text{C}$. У некоторых детей холодовой стресс проявлялся в виде беспокойство или вялости, появление «гусиной кожи», что и заставило представителей мониторинговых групп начать тотальный замер температур в палатах совместного пребывания. Можно констатировать, то что наши специалисты обращают внимание на требования по выполнению тепловой цепочки только в осенне-зимне-весенний период времени, а в летний период – выполнение национального стандарта не отвечает требованиям.

ОСНОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ

У новорожденных система терморегуляции имеет свои особенности и в отличие от взрослого организма имеет ограниченные возможности. До родов плод получает тепло из организма мамы через плаценту и стенки матки, при этом его температура оказывается на 0,3-0,5°C выше температуры мамы. Во время родов новорожденный очень быстро теряет тепло при перемещении из теплого влажного внутриутробного окружения в сравнительно холодную сухую внешнюю окружающую среду, теряя тепло через очень интенсивное испарение [Power, G.G., 1989; Asakura, H., 2004]. При рождении здорового новорожденного в родильном зале с температурой 23,0°C, ребенок ощущает холод эквивалентно тому как ощущает холод взрослый человек, находящийся голым при температуре 0°C.

Основная концепция заключается в том, чтобы сохранить тепло новорожденного, а именно выполнить компоненты тепловой цепочки, это:

Теплый родильный зал (более 25,0°C для доношенных и 28,0°C для недоношенных);

Реанимация в тепле;

Немедленное обсушивание;

Контакт «кожа-к-коже»;

Грудное вскармливание;

Отложенное (отсроченное) купание;

Теплые распашонка, ползунки, шапочка, носочки и пеленки;

Совместное пребывание матери и ребенка;

Обученный медперсонал мерам профилактики гипотермии новорождённого;

Теплая транспортировка.

Очень важно расположение пеленального и/или реанимационного столика в родильной комнате. Он должен находиться у внутренней стены, если такой возможности нет, то от внешней стены расстояние до пеленальника должно быть не менее 1,5 м. Термометр должен располагаться на стене на высоте 30-40 см от поверхности пеленального или реанимационного столика.

Необходимо помнить, что основной размах температуры для новорожденных детей определен Всемирной организацией здравоохранения и находится в пределах от 36,5°C до 37,5°C и определила уровни тяжести гипотермии у новорожденных:

Гипотермия легкой степени (холодовой стресс) находится в пределах от 36,0°C и до 36,4°C;

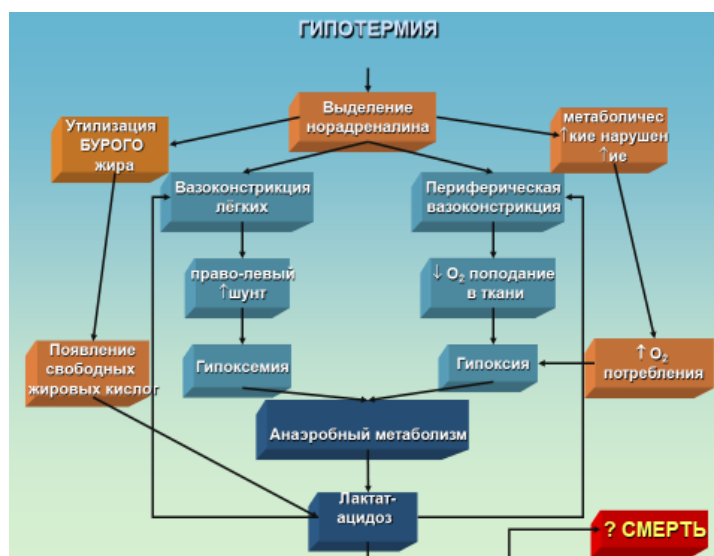
Гипотермия средней тяжести находится в пределах от 32,0°C и до 35,9°C;

Гипотермия тяжелой степени находится в пределах ниже чем 32,0°C [WHO, 1997].

Как было указано ранее, один из путей теплопродукции является дрожание. Однако, мышцы новорожденных незрелые в связи с чем дрожания не происходит [Herpin, P., 2002] и основным источником тепла у новорожденных является бурый жир [Cannon, B., Nedergaard, J., 2004]. Бурый жир начинает скапливаться после 28 недели гестации в области лопаток, почек, надпочечников, шеи и подмышек. Тепло продуцируется совместно с синтезом АТФ через окисление жирных кислот бурого жира в митохондриях [Matthias, A., 2000]. Рассмотрим индивидуально реакции на холодовой стресс (гипотермия от 36,0°C и до 36,4°C) здоровых доношенных новорожденных.

Первая реакция – периферическая вазоконстрикция, т.е. спазм сосудов в руках и ногах. Это механизм сохранения тепла и манифестирует как акроцианоз. При длительной вазоконстрикции, в тканях, не получающих обогащенной кислородом крови, тканевое питание переходит на аэробный путь гликолиза с образованием молочной кислоты, которая является для организма токсичной, и наряду с этим вызывает болевые ощущения. Следующие механизмы – это механизмы теплопродукции. К ним относятся мышечная активность и метаболизм бурого жира. Ребенок с холодовым стрессом имеют мышечную флексию и повышенную двигательную активность. Мышечная флексия вначале приводит к уменьшению общей площади испарения. Далее двигательная активность и плач приводит теплопродукции в мышцах. Поэтому новорожденные дети не должны быть запеленованы. [STABLE].

И основная реакция – метаболизм бурого жира. Необходимо помнить, что в этот момент повышается потребление как глюкозы, так и кислорода в производстве АТФ (цикл Кребса) за счет повышенного выделения норадреналина. Образование тепла с помощью бурого жира в зарубежной литературе называется “non-shivering thermogenesis” (теплопродукция без дрожания). Такие состояния как гипоксия (недостаточность кислорода) и гипогликемия (недостаточность глюкозы) препятствуют метаболизму бурого жира, эти состояния способствуют гипотермии. [STABLE].



Еще одним компонентом теплопродукции является грудное вскармливание, которое с одной стороны приводит к мышечной активности всего организма ребенка, с другой стороны является источником питательных веществ для расщепления. Процесс расщепления веществ проходит с высвобождением большого количества энергии, что является одним из источников тепла.

Таким образом, исходя из вышесказанного можно сделать вывод что гипотермия новорожденных встречается в любых климатических условиях, как с низкой, так и с высокой температурой окружающей среды. Несоблюдение определенных правил для поддержания нормальной температуры тела новорожденного может привести к гипотермии даже в летний период времени, что может стать причиной заболеваемости и смертности новорожденных.

Список литературы

1. Национальные стандарты по неонатологии. с.35-50. Душанбе. 2019.

2. Onalo R. Neonatal hypothermia in sub-Saharan Africa: a review. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2013; 16(2): 129-38.

3. Sahni R, Schuilze K. Temperature control in newborn infants. In: Polin R.A., Fox W.W., Abman S.H. eds. *Fetal and Neonatal Physiology*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011:624-48.

4. World Health Organization: Thermal Protection of the Newborn: A Practical Guide. Report No.: WHO/RHT/MSM/97.2. Geneva, World Health Organization, 1997.

5. Karlsen KA. The S.T.A.B.L.E. Program: Pre-transport / Post-resuscitation Stabilization Care of Sick Infants. Guidelines for Neonatal Healthcare Providers. 6th ed. Salt Lake City: S.T.A.B.L.E. Inc; 2013; 342 p.

6. Thomas K. Thermoregulation in neonates. *Neonatal Network*, 1994. 13 (2), 15-22.

7. Ellis J. Neonatal Hypothermia. *Journal of Neonatal Nursing*. 2005. 11, 76-82.

8. Национальные стандарты по неонатологии. с.35-50. Душанбе 2019.

9. Asakura H. Fetal and neonatal thermoregulation. *J. Nippon Med.* 2004 Sch. 71, 360-70.

THE RESULTS OF MONITORING THE THERMAL REGIME IN OBSTETRIC INSTITUTIONS OF TAJIKISTAN IN THE HOT SEASON

Yunusov A.G., Dodkhoev C.S., Zarifova P.G., Bodurhonova J.A., Sadridinova G.N.

State Establishment Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health and social Protection of population of the Republic of Tajikistan,
Department of child decease №1, Avicenna Tajik State Medical University

Summer monitoring in the regions of Tajikistan showed that the medical personnel of obstetric institutions, despite the availability of protocols for the heat chain, based on the hot climate, do not pay due attention to the requirements of the national standard for temperature conditions. Failure to follow certain rules to maintain normal body

temperature of a newborn can lead to hypothermia even in the summer, which can cause morbidity and mortality in newborns.

Key words: Hypothermia, newborn

**НАТИҶАҶОИ МОНИТОРИНГИ РЕЖИМИ ГАРМӢ ДАР
МУАССИСАҶОИ АКУШЕРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР МАВСИМИ ГАРМ**

Юнусов А.Ғ., Додхоев Ҷ.С., Зарифова П.Ғ.,

Бодурхонова Ҷ.А., Садриддинова Г.Н.

МД Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон, Душанбе.

Кафедраи бемориҳои кудакони №1. Донишгоҳи давлатии тиббии Ҷ.Т.

Мониторинги тобистона дар минтақаҳои Тоҷикистон нишон дод, ки кормандони тиббии муассисаҳои акушерӣ, сарфи назар аз мавҷудияти протоколҳо барои занҷири гармӣ, дар заминаи иқлими гарм, ба талаботи стандартҳои миллии барои шароити ҳарорат аҳамият намедиханд. Риоя накардани қоидаҳои муайян оид ба нигоҳ доштани ҳарорати мӯътадили бадани тифли навзод метавонад ҳатто дар тобистон ба гипотермия оварда расонад, ки метавонад боиси беморшавӣ ва фавти навзодон гардад.

Калимаҳои калидӣ: гипотермия, тифли навзод

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ЖУРНАЛЬНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

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

Подготовка рукописи

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

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

7. В аннотации (резюме) оригинальной научной статьи обязательно следует выделить разделы «Цель», «Материал и методы», «Результаты», «Заключение». Аннотация предоставляется на русском и английском языках (250-300 слов) и должна быть пригодной для опубликования отдельно от статьи. Аннотации кратких сообщений, обзоров, случаев из практики не структурируются, объём их должен составлять не менее 150 слов. Аннотации, ключевые слова, информация об авторах и библиографические списки отсылаются редакцией в электронные информационные базы для индексации.
8. Во «Введении» даётся краткий обзор литературы по рассматриваемой проблеме, акцентируется внимание на спорных и нерешённых вопросах, формулируется и обосновывается цель работы. Ссылки необходимо давать на публикации последних 10 лет, а использованные в статье литературные источники должны быть свидетельством знания автора (авторов) научных достижений в соответствующей области медицины.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Направление рукописи

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

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

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

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

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

авторы. Переписка с авторами осуществляется только по электронной почте.

Порядок рецензирования и публикации

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

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

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

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

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

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

6. Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.

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