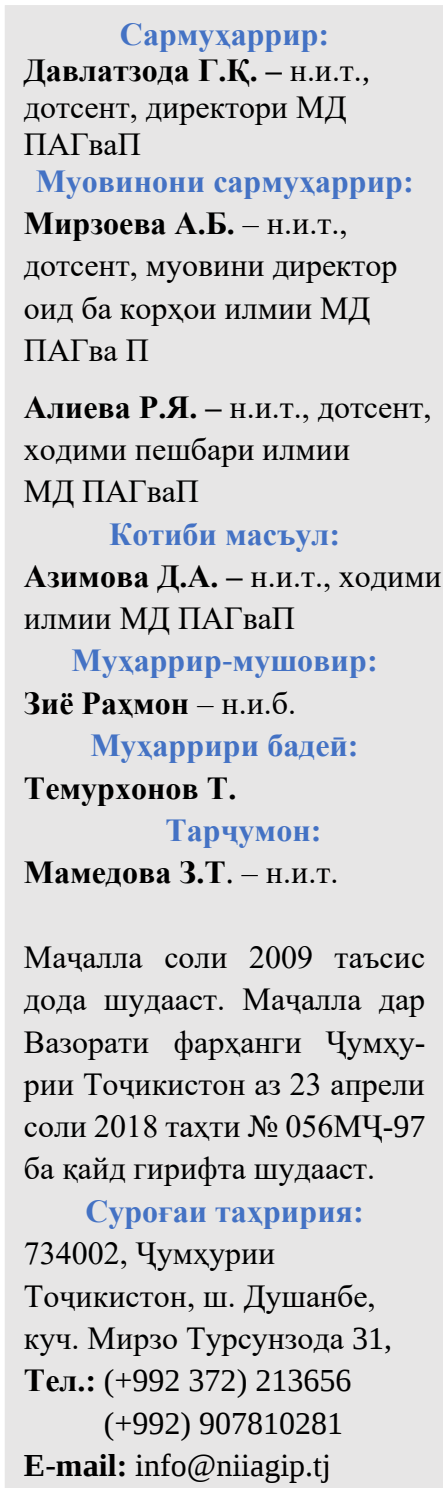




Маҷаллаи илмӣ-амалӣ
№1, 2022
ШҶРОИ ТАХРИРИЯ

Қурбанова Муборак Ҳасановна – д.и.т., профессор;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе).

Муҳаммадиева Саодатхон Мансуровна – д.и.т., профессор;
Муассисаи давлатии таълимӣ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон” (Душанбе).

Рустамова Меҳриниссо Сангиновна – д.и.т., профессор;
Академияи илми миллии Тоҷикистон (Душанбе).

Жук Светлана Ивановна – д.и.т., профессор
МД “Академияи миллии тиббии таҳсилоти баъдидипломии ба номи П.Л. Шупик” (Киев, Украина)

Комилова Мархабо Ёдгоровна – д.и.т., профессор;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – д.и.т., дотсент;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)



Главный редактор

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

Заместители главного редактора

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

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

Ответственный секретарь

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

Редактор-консультант:

Зиё Рахмон – к.б.н.

Художественный редактор:

Темурханов Т.

Переводчик:

Мамедова З.Т.

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

Адрес редакции:

Республика Таджикистан
734002, г. Душанбе,
ул. Мирзо Турсунзода 31.
Тел.: (+992 372) 213656
(+992) 907810281
E-mail: info@niiagip.tj.

Хочимуродова Чамила Амоновна – д.и.т., дотсент;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ ва
перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

Додхоев Чамшед Саидбобоевич – д.и.т.;
МДТ “Донишгоҳи Тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ
ибн Сино” (Душанбе)

Вохидов Абдусалом Вохидович – д.и.т., профессор;
МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи
Абӯалӣ ибн Сино” (Душанбе)

Набиев Зоир Нарзуллоевич – д.и.т., профессор;
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе)

Узоқова Урунбиш Чурабоевна – н.и.т., дотсент;
МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи
Абӯалӣ ибн Сино” (Душанбе)

Юнусов Абдуганӣ Гаффорович – н.и.т;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ ва
перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

Қурбонов Шамсиддин Мирзоевич – н.и.т., дотсент;
Директори маркази тиббии “Насл”.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Курбанова Муборак Хасановна – д.м.н., профессор;
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский институт
Акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна – д.м.н.,
профессор; ГОУ “Институт последипломного
образования в сфере здравоохранения” (Душанбе)

Рустамова Мехриниссо Сангиновна – д.м.н., профессор;
Национальная Академия наук (Душанбе)

Жук Светлана Ивановна – д.м.н., профессор;
ГОУ “Национальная Медицинская академия последиплом-
ного образования им. П.Л.Шупика” (Киев, Украина)

Камилова Мархабо Ядгаровна – д.м.н., профессор;
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский институт
Акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – д.м.н., доцент;
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский институт
Акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Ходжимурадова Джамила Амоновна – д.м.н., доцент;
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский институт
Акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Додхоев Чамшед Саидбобоевич – д.м.н.;
ГОУ “Таджикский Медицинский Университет имени
Абӯали ибн Сино” (Душанбе).

Вохидов Абдусалом Вохидович – д.м.н., профессор;
ГОУ “Таджикский Медицинский Университет имени
Абӯали ибн Сино” (Душанбе).

Набиев Зоир Нарзуллаевич – д.м.н., профессор;
Министерство здравоохранения и социальной защиты
населения Республики Таджикистан (Душанбе)

Узакова Уруна Джурабаевна – к.м.н., доцент;
ГОУ “Таджикский Медицинский Университет имени
Абӯали ибн Сино” (Душанбе)

Курбанов Шамсиддин Мирзоевич – к.м.н.,
доцент; Директор медицинского центра
“Насл” (Душанбе)

Юнусов Абдугани Гаффарович – к.м.н.;
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский
институт Акушерства, гинекологии и
перинатологии” (Душанбе)

ХАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Муминова Шаходат Табаровна – н.и.т.,
котиби илмӣ; МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ,
гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”
(Душанбе)

Пулодова Азиза Пулодовна – н.и.т.;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ
ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

Зурхолова Хайринисо Рахмоновна – н.и.т.,
дотсент; МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ,
гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”
(Душанбе)

Мардонова Саломат Муродовна – н.и.т.,
дотсент; МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ,
гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”
(Душанбе)

Бойматова Зарина Қаҳҳорҷоноевна – н.и.т.,
дотсент; МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ,
гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”
(Душанбе)

Нарзуллоева Зарина Раҳматуллоевна –
н.и.т., дотсент; МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ,
гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”
(Душанбе)

Болиева Гулнора Улджаевна – н.и.т.;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ
ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

Зайдуллоев Бахриддин – н.и.т.;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ
ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

Қобилова Барно Ҳомидҷоноевна – н.и.т.,
дотсент. МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”
(Душанбе)

Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна – н.и.т.;
МД “Пажӯҳишгоҳи Акушерӣ, гинекологӣ ва
перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Муминова Шаходат Табаровна – к.м.н.,
научный секретарь; ГУ “Таджикский Научно-
исследовательский институт Акушерства,
гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Пулатова Азиза Пулатовна – к.м.н.;
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский
институт Акушерства, гинекологии и
перинатологии” (Душанбе)

Зурхолова Хайринисо Рахмоновна – к.м.н.,
доцент; ГУ “Таджикский Научно-иссле-
довательский институт Акушерства, гинекологии
и перинатологии” (Душанбе)

Мардонова Саломат Муродовна – к.м.н.,
доцент; ГУ “Таджикский Научно-иссле-
довательский институт Акушерства, гинекологии
и перинатологии” (Душанбе)

Бойматова Зарина Каххарджановна –
к.м.н., доцент; ГУ “Таджикский Научно-
исследовательский институт Акушерства,
гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Нарзуллоева Зарина Раҳматуллаевна –
к.м.н., доцент; ГУ “Таджикский Научно-
исследовательский институт Акушерства,
гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Болиева Гульнора Улджаевна – к.м.н.;
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский
институт Акушерства, гинекологии и
перинатологии” (Душанбе)

Зайдуллоев Бахриддин Бахруллоевич –
к.м.н.; ГУ “Таджикский Научно-иссле-
довательский институт Акушерства, гинекологии
и перинатологии” (Душанбе)

Кабилова Барно Хамиджановна, к.м.н.,
доцент; ГОУ “Таджикский Медицинский
Университет имени Абуали ибн Сино”
(Душанбе)

Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна – к.м.н.,
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский
институт Акушерства, гинекологии и
перинатологии” (Душанбе)

СОДЕРЖАНИЕ

Зурхолова Хайриниссо Рахмоновна, Шарипова Дилафруз Фарходовна, Амирова Хуросон Давлатовна. Сочетанные пороки развития центральной нервной системы у новорожденных	5
Камилова Мархабо Ядгаровна, Алиева Раъно Якубджановна, Касымова Шукрона Сухробовна. Профилактика плацентарной недостаточности у беременных с варикозной болезнью без хронической венозной недостаточности	8
Курбанова Парвина Зиёдуловна, Икромовна Зайнаб Мирзоевна, Одинаева Замира Саидмухамедовна. Эффективность применения гистероскопического исследования и гистологическая характеристика биоптатов при очаговой гиперплазии эндометрия у женщин с бесплодием активного репродуктивного возраста	14
Курбанова Парвина Зиёдуловна, Икромовна Зайнаб Мирзоевна, Латифова Манзура Самадовна. Оптимизация методов исследования и использование эндоскопических технологий при гиперпластических процессах шейки матки у женщин перименопаузального возраста	20
Ошурмамадова Розия Бодуровна, Болиева Гульнора Улжаевна, Хайриддинова Ситора Саидмуродовна, Рахматова Гулгуна Рахматуллаевна, Давлятова Дилноза Махмадуллоевна. Клинико-анамнестическая характеристика пациенток с репродуктивными потерями первой половины беременности	27
Пулатова Азиза Пулатовна, Вахобова Шамсия Хусейновна, Хамидова Фируза Зияндаровна, Назарова Мичгона Алимовна, Хакимова Ситора Раджабовна. Сравнительная оценка перинатальных исходов при различных методах медикаментозной индукции родов	31
Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна, Курбанова Муборак Хасановна, Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна, Мамедова Зевар Туракуловна, Азимова Дилором Амиркуловна. Сравнительная характеристика традиционного рар-мазка по папани-колау и жидкостной цитологии в скрининге патологии шейки матки	37

УДК 616-053/34

СОЧЕТАННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

**Зурхолова Хайриниссо Рахмоновна, Шарипова Дилафруз Фарходовна,
Амирова Хуросон Давлатовна**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан*

Сочетанные пороки развития головного и спинного мозга являются в 75% случаев основными факторами инвалидизации и смертности новорожденных. Голопрозэнцефалия - порок развития, характеризующийся различными по тяжести нарушениями разделения головного мозга на два полушария вплоть до формирования единого «мозгового пузыря». Эта аномалия является одной из наиболее распространенных нарушений формирования конечного мозга.

Ключевые слова: гидроцефалия, спина Бифида,

Актуальность: Врожденные пороки развития являются одной из основных причин летальности и инвалидности в раннем детском возрасте. Часто спутником врожденных аномалий развития, приводящих к серьезным последствиям, является патология головного голопрозэнцефалии и спинного мозга [1,3] спина бифида - дефект может встречаться по всей длине позвоночника и может проявляться выпиранием части спинного мозга и окружающих тканей наружу, а не во внутрь. Около 85% дефектов встречаются в пояснице и 15 процентов в шее и в грудном отделе. Согласно исследованиям, эта аномалия развития встречается в 7 случаях на 10 000 новорожденных.

Первое полное описание голопрозэнцефалии было подготовлено в 1963 году Де.Майером исследователь, выделил три разновидности данного состояния: алобарную, семилобарную и лобарную. Эта аномалия является одной из наиболее распространенных нарушений формирования конечного мозга.

Встречаемость всех форм патологии на различным данным составляет 1 случай на 8000–16000 родов. Особенностью приведенного клинического случая является то, что необходима ранняя пренатальная диагностика, консультация генетика. Согласно современным представлениям, этиология синдромов гетерогенна, так как в его возникновении принимают участие разные факторы: наследственные (хромосомные и генные) и экзогенные тератогенны, предполагается, что определенную роль играют и такие факторы как вирусная диабет беременной в 1/3 случаев.

Представлены результаты клинического наблюдения пациента с грубой аномалией развития центральной нервной системы – наследственной гидроцефалией (голопрозэнцефалия в сочетании спина бифида).

Описание клинического случая, под наблюдением находился мальчик Н., родился у матери от второй беременности, акушерский анамнез отягощен: бесплодие в течение 13 лет, выкидыш в раннем сроке 10 лет назад. Семейная пара лечилась от

инфекции (информации от какой нет) муж работает за пределами республики, наблюдается у уролога по поводу воспалительных заболеваний предстательной железы. Настоящая беременность протекала на фоне гриппа, повышение температуры до 39 градусов, длительные катаральные явления верхних дыхательных путей в сроке 20 недель беременности.

Проведен ультразвуковой скрининг, доплерометрия в сроке 24 недели выявлена аномалия развития центральной нервной системы гидроцефалия-голопроэнцефалия отмечены симптомы нерасщепленного мозга, отсутствие межполушарной щели, деформация боковых желудочков, агенезия мозолистого тела и патология спинного мозга. С матерью была проведена беседа по поводу прерывания беременности от чего женщина категорически отказалась. Роды в срок, доношенный мальчик, вес при рождении 3400,0, рост 50см. состояние ребенка тяжелое дыхательная недостаточность I степени, оказаны меры реанимации, из родильного зала переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. Ребенок родился в тяжелом состоянии, асфиксии средней тяжести, дыхательной недостаточностью, дисэмбриогенетические стигмы, окружность головы больше нормы (окружность 49см), расхождение по сагитальному и венечному шву, дефект в области поясницы позвоночника - Spina bifida, паралич нижних конечностей. Положение ребенка, вынужденное на боку, крик монотонный. Неправильная форма головы, увеличенная в размерах мозговая часть, увеличение большого

родничка до 5–6см. Двигательная активность ограничена ввиду паралича нижних конечностей. Нейросонография головного мозга в первые сутки после рождения выявило отсутствие межполушарной щели, рудимент затылочного рога, серый боковой желудочек, картина ультразвукового обследования укладывается в голопроэнцефалия семилобарный вариант. Проведено симптоматическое по улучшению состояния переведен на II этап выхаживания новорожденных где проведена метаболитная терапия, симптоматическая терапия выписан на 25 сутки, Консультирован нейрохирургом, генетиком, невропатологом.

В заключении следует указать, что проведенное наблюдение представляет интерес с клинической точки зрения, поскольку такой сочетанный порок развития головного и спинного мозга встречается крайне редко в повседневной практике врача.

Литература

1. Барон М.А., Иайорова Н.А. Функциональная стереоморфология мозговых оболочек. М. 2012; 352 с.
2. Добровольский Г.Ф. Система ликворообращения при черепно-мозговой травме. Т.1 217-229.
3. Доброхотова З., Зайцева О.С. Влияние шунтирующих операций на психопатологическую симптоматику гидроцефалии. 2015; 12-14.
3. Reke M.L. The definition and classification of hydrocephalus: a personal recommendation to stimulate debate. *Fluids Barriers CNS*. 2008; 5, 2.

**COMBINED MALFORMATIONS OF THE CENTRAL NERVOUS
SYSTEM IN NEWBORNS**

**Zurkholova Khayrinisso Rahmonovna, Sharipova Dilafruz Farkhodovna,
Amirova Khuroson Davlatovna**

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

Combined malformations of the brain and spinal cord are in 75% of cases the main factors of disability and mortality of newborns. Holoprosencephaly is a developmental defect characterized by various severe disorders of the division of the brain into two hemispheres up to the formation of a single "brain bubble". This anomaly is one of the most common disorders of the formation of the terminal brain.

Keywords: hydrocephalus, Bifid's back.

НУҚСОНҲОИ ЗИЁДИ МАҒЗИ САР

**Зурхолова Хайриниссо Рахмоновна, Шарипова Дилафруз Фарходовна,
Амирова Хуросон Давлатовна**

МД «Пажухишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон», Душанбе

Нуқсонҳои зиёди мағзи сар ва ҳароммағз дар 75% сабабҳои асосии маҷубӣ ва ғавти наводон шуда мешавад. Голопрозэнцефалия нуқсонест, ки аз ҷиҳате вазнинии вайроншавии ҷудошавии мағзи сар ба нимпура, ҳато то ба вучуд овардани ягона хубоби мағзи сар оварда мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: гидроцефалия, спина Бифид.

Адрес для корреспонденции:

Зурхолова Хайриниссо Рахмоновна – ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ СЗН РТ, зав. отделом неонатологии
Тел. 93 555 25 08. E-mail: zurholova@mail.ru

УДК 618.36

**ПРОФИЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У
БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БЕЗ
ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Камилова Мархабо Ядгаровна, Алиева Раъно Якубджановна,
Касымова Шукрона Сухробовна**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан*

Полученные нами данные подтверждают необходимость профилактики плацентарной недостаточности у пациенток с соматической патологией, связанной с дисфункцией эндотелия.

Ключевые слова: варикозная болезнь, плацентарная недостаточность, флебодиа-600.

Актуальность. У беременных с варикозной болезнью в большей степени, чем у женщин с физиологически протекающей беременностью, сердечно-сосудистая система испытывает стресс за счет увеличения содержания всех факторов свертывания крови. Начиная со второго триместра беременности возрастает продукция фактора Виллебранда, тромбосана, эндотелина-1, тромбодулина, фибронектина эндотелием сосудов. Формируется дисфункция эндотелия сосудов в фето-плацентарном комплексе, которая нивелируется при физиологической беременности благодаря включению механизмов защиты от стресса за счет увеличения оксида азота и снижения фибринолитической и антикоагулянтной активности [1, 2, 4, 7, 8, 9, 12-15]. Показано, что у женщин с варикозной болезнью, без проявлений ХВН в меньшей степени, при сочетании с ХВН – в большей степени повышается частота таких осложнений беременности, как преэклампсии, плацентарная недостаточность, СЗРП. Эти осложнения беременности ухудшают акушерские и перинатальные исходы [3].

Современные источники литературы, затрагивающие вопросы терапии плацентарной недостаточности, характеризуются неоднозначностью. Подбор препаратов зависит от этиологических факторов и патогенетических механизмов, а длительность терапии плацентарной недостаточности зависит от формы ФПН. Анализ научных работ по терапии плацентарной недостаточности позволяет сделать заключение, что терапия плацентарной недостаточности направлена только на поддержание метаболических процессов, что лишь замедляет дальнейшее усугубление осложнения [5,10].

В связи с этим актуальным направлением научных исследований являются вопросы профилактики у женщин с факторами риска развития плацентарной недостаточности. Одним из методов профилактики плацентарной недостаточности является медикаментозное лечение варикозной болезни. Основным лекарственным средством в лечении любых форм ХВН должен быть препарат, обладающий флеботонизирующим эффектом, нормализующих структуру и функцию венозной стенки.

Флебопротекторы являются основой медикаментозной терапии ХВН, при этом терапевтический эффект носит системный характер и затрагивает венозную систему как нижних конечностей, так и других анатомических областей. Наиболее приемлемым ангиопротекторным средством является лекарственный препарат Флебодиа 600, который обладает флеботонизирующим действием, уменьшает венозный застой, улучшает лимфатический дренаж, улучшает микроциркуляцию, уменьшает адгезию лейкоцитов к венозной стенке, диффузию кислорода и перфузию в кожной ткани, обладает противовоспалительным действием, блокирует выработку свободных радикалов, синтез простагландинов и тромбксана. По данным экспериментальных и клинических исследований, диосмин не обладает токсическим, эмбриотоксическим и мутагенным свойствами, что дает возможность применения препарата во время беременности [6].

Имеются научные данные об эффективности Флебодиа 600 при лечении фетоплацентарной недостаточности. Исследований по использованию Флебодиа-600 для профилактики плацентарной недостаточности прежде не проведено.

Целью настоящего исследования явилось оценить клиническую эффективность Флебодиа-600 для профилактики плацентарной недостаточности у женщин с варикозной болезнью без проявлений ХВН.

Материал и методы исследования. Обследованы 36 беременных с варикозной болезнью без проявлений ХВН. Для подтверждения отсутствия проявлений ХВН всем женщинам проведено обследование в центре сосудистой хирургии, которое включало консультацию сосудистого хирурга, дуплексную ангиоскопию, доплерометрическое исследование глубоких вен [11]. Для оценки состояния

венозной системы нами использована международная классификация СЕАР, предложенную в 1994 году на 6-м съезде Американского венозного. Аббревиатура СЕАР: С-клинические проявления (асимптоматическое и симптоматическое течение), Е-этиология (первичная, вторичная, врожденная), А-анатомическое распределение (поверхностные, перфорантные, глубокие вены), патофизиологические проявления (рефлюкс или обструкция) –Р. К 0 степени ХВН относили случаи, когда при достаточно выраженных варикозных венах полностью отсутствовали симптомы венозной недостаточности. За 0 степень ХВН (С0, С1, С2 по СЕАР) принимали наличие «сосудистых звездочек», телеангиэктазий либо ретикулярных вен в типичных местах (бедро, голень).

Беременные с ВБ без ХВН (20 женщин – основная группа) принимали Флебодиа - 600 по 1 таблетке в день с 13 недель беременности по 16 неделю беременности во втором триместре беременности. Сравнительный анализ данных доплерометрического исследования проведен с соответствующими показателями беременных с ВБ без ХВН, которым профилактика плацентарной недостаточности не проводилась (16 женщин – группа сравнения). Критериями включения в основную группу явились репродуктивный возраст, третий триместр беременности, 0 степень ХВН, проведено профилактическое лечение, критериями включения в группу сравнения явились репродуктивный возраст, третий триместр беременности, 0 степень ХВН, профилактическое лечение не проведено.

Допплерометрия: для оценки состояния маточно-плодово-плацентарного кровотока проводили доплерометрическое исследование с использованием фильтра частотой 100–150 Гц. Кривые скоростей

кровотока определяют максимальную систолическую скорость кровотока (С) и конечную диастолическую скорость (Д). Систолическая скорость отражает сократительную функцию миокарда, эластичность стенок исследуемого сосуда, артериального давления и вязкость крови. Диастолическая скорость преимущественно определяется состоянием периферического сосудистого русла. Измеряли уголnezависимые показатели – систоло-диастолическое отношение (максимальная систолическая скорость к конечной диастолической скорости), пульсационный индекс (отношение разницы между максимальной систолической и конечной диастолической скоростью кровотока), индекс резистентности (отражение разницы между систолическим и диастолическим кровотоком к систолическому), плацентарный кровоток (отражает изменения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения). Исследуемые параметры определяли в маточных артериях, в артерии пуповины и аорте плода. Допплерометрическое исследование проводили в момент двигательного покоя и дыхательного апноэ плода, и замеры производили на наиболее прямых участках сосудов. Кривые скоростей кровотока в маточных артериях исследовали при поперечном сканировании нижних латеральных отделов матки. Исследования кровотока в артерии пуповины определяли в средней ее трети. Кровоток в аорте плода исследовали в грудном отделе между исходящей частью аорты и диафрагмой. Расчет плацентарного коэффициента позволяет оценить изменение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

Использовали классификацию степени тяжести нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока, согласно которой

выделяли 3 степени тяжести гемодинамических нарушений:

- 1-я степень (А и Б) – нарушение маточно-плацентарного при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке и нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточно-плацентарном кровотоке.
- 2-я степень – одновременное нарушение маточно плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических нарушений
- 3-я степень – критические нарушения плодово-плацентарного кровотока при неизменном или измененном маточно-плацентарном кровотоке.

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных женщин колебался от 19 до 39 лет. Средний возраст женщин группы сравнения составил $29,3 \pm 1,2$, основной группы - $32,1 \pm 1,3$ года. Распределение обследованных женщин по возрасту показало, что во всех группах обследованных женщин преобладали женщины активного репродуктивного возраста (от 18 до 30 лет). Удельный вес женщин в возрасте старше 30 лет в основной группе (29,3%) и группе сравнения (30%) был примерно одинаковым. Распределение обследованных женщин по месту жительства показало преобладание жительниц села как в группе сравнения ($93,3 \pm 4,6\%$), так и в основной группе ($87,9 \pm 4,3\%$).

Первобеременных в группе сравнения было 43,3%, в основной группе 18,9%, повторнобеременных – 46,7% и 48,3%, многорожавших – 10% и 32,8% соответственно. Гинекологические заболевания в анамнезе отметили 12,1% женщин основной группы и 13,3% женщин группы сравнения. Наиболее часто встречаемой экстрагенитальной патологией среди женщин основной группы и группы сравнений были анемия (30% и 36,4%), заболевания

почек (23% и 25,8%), йоддефицитные состояния (10% и 12,4%).

В исследование были включены беременные с варикозным расширением вен нижних конечностей и варикозным расширением вен малого таза. Диагноз основного заболевания устанавливал флеболог. У обследованных женщин при осмотре отмечены на ногах наличие «сосудистых звездочек», телеангиэктазий либо ретикулярных вен в типичных местах (бедро, голень). Начало проявления варикозного расширения вен нижних конечностей имело место при настоящей беременности. Всех пациенток беспокоил косметический эффект расширенных вен ног. При ультразвуковом ангиосканировании у пациенток вены были интактными: диаметр просвета основных венозных стволов был свободным от включений, утолщения стенок вен отсутствовали, просвет при проведении пробы Вальсальвы и проксимальных компрессионных проб расширялся, отмечались локация створок венозных клапанов с над клапанными расширениями мипри пробе Вальсальвы и полная сжимаемость при сдавливании. При доплеро метрическом исследовании проходимость глубоких вен была сохранена, состоятельность клапанов была полной, участков рефлюкса в перфорантных венах не отмечалось, тромбы не обнаруживались. Всем женщинам группы сравнения по классификации CEAP установлены диагнозы - C0, C1, XBN0 (отсутствие признаков состояния XBN).

Контроль эффективности проведенной профилактики проводили в третьем триместре беременности – оценивали наличие осложнений беременности и проводили доплеро метрическое исследование. Из 20 женщин с профилактикой плацентарной недостаточности во втором триместре беременности в третьем триместре беременности компенсированные нарушения

кровотока в системе «мать-плацента-плод» выявлены в 2(12,5%) случаях, что было статистически значимо меньше (хи-квадрат с поправкой Йейтса 3,750; $t=0,053$; $p<0,05$) по сравнению с женщинами, которым профилактика не была проведена 7 из 16 (43,8%).



Рисунок 1 – Частота нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод» в зависимости от проведенной профилактики ПН

В 6(87,5%) случаях диагностирована компенсированная форма плацентарной недостаточности, в 1(14,3%) случае – субкомпенсированная форма.

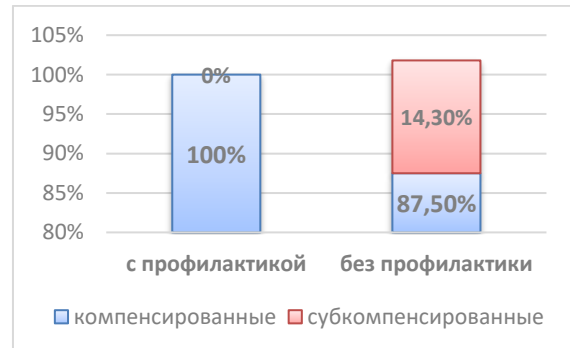


Рисунок 2 – Соотношение компенсированных и субкомпенсированных форм плацентарной недостаточности у беременных с варикозной беременностью в зависимости от проведенной профилактики ПН.

Частота преэклампсии, диагностированная в третьем триместре беременности у женщин, получивших лечение, составила 5%, что было в 2 раза меньше, чем у женщин группы сравнения – 12,5%, однако статистически значимого различия в данных показателях не установлено (хи-квадрат с

поправкой Йейтса 0,041; уровень значимости – 0,840; $p > 0,05$). Установленная нами тенденция уменьшения частоты преэклампсии у женщин с варикозной болезнью, прошедших профилактическое лечение с использованием флеботоника, подтверждает общность патогенеза развития этих двух осложнений беременности – плацентарной недостаточности и преэклампсии.

Заключение. Применение флеботоника Флебодиа 600 с целью профилактики плацентарной недостаточности у беременных с варикозной болезнью без проявлений хронической венозной недостаточности является эффективным, что подтверждается статистически значимым уменьшением частоты и степени выраженности нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод». Полученные нами данные подтверждают необходимость профилактики плацентарной недостаточности у пациенток с соматической патологией, связанной с дисфункцией эндотелия, нередко обуславливающей первичную плацентарную недостаточность и развитие различных осложнений беременности.

Ведение беременных с варикозной болезнью совместно акушерами-гинекологами и флебологами, комплексное обследование, включающее дуплексное ангиосканирование, доплерометрию глубоких вен, доплерометрию маточно-плодово-плацентарного кровотока, с варикозной болезнью будут способствовать своевременной диагностике клинической стадии варикозной болезни, степени тяжести хронической венозной недостаточности и риска развития плацентарной недостаточности. Грамотно установленный диагноз позволит проводить профилактику плацентарной недостаточности с учетом дифференцированных подходов и прогнозировать перинатальные исходы.

Литература

1. Доброхотова Ю.Э., Джобави Э.М. *Плацентарная недостаточность. Современная терапия. Особенности течения плацентарной недостаточности при варикозной болезни*. М. Издательство «Адамант Ъ». 2017. 32 с.
2. Ковалёв Е.В., Занько Ю.В., Яроцкая Н.Н. Оценка показателей перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы крови и состояния эндотелия у пациентов при формировании задержки роста плода. *Вестник ВГМУ*. 2014. 13(5): 74-80.
3. Макаров И.О., Айламазян Э.К., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. (под ред.) *Беременность и заболевания вен*. В кн.: Акушерство. Национальное руководство. М. «ГООТАР медиа». 2012: 234-39.
5. Безнощенко Г.Б., Кравченко Е.Н., Цуканов Ю.Г. [и др.] Плацентарные нарушения и венозная недостаточность. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2015. 15(5): 50-5.
6. Замалева Р.С., Мальцева Л.И., Черепанова Н.А. Состояние проблемы лечения и прогнозирования задержки развития плода. *Практическая медицина*. 2016. 1(93): 41-4.
7. Кропмаер К.П., Кривчик Г.В., Безнощенко Г.Б., Медяникова И.В. [и др.] Флебодиа 600 в лечении плацентарной недостаточности при варикозной болезни вен нижних конечностей. *International Journal on Immunorehabilitation*. 2010. 12(2): 135-36.
8. Ю.В.Тезикова, Т.С. Белоконева, С.А. Рябова [и др.] Хроническая плацентарная недостаточность: факторы риска декомпенсации. *Достижение сегодня –залог будущего развития: научный сборник*. Самара. 2016. 304-09.

9. Цуканов Ю.Т., Кропмаер К.П., Безнощенко Г.Б., Цуканов А.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей, малого таза при беременности и кровоток в системе «мать-плацента-плод». *Флебология*. 2012. 6: 20-8.
10. Фомина М.П., Дивякова Т.С., Ржусская Л.Д. Эндотелиальная дисфункция и баланс ангиогенных факторов у беременных с плацентарными нарушениями. *Медицинские новости*. 2014. 3: 63-7.
11. Shunping Gui [et al.]. Arginine supplementation for improving maternal and neonatal outcomes in hypertensive disorder of pregnancy: A systematic review. *Journal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System*. 2014. 15(1): 88-96.
12. Spinedy L., P. Broz, Engelberger R. Peter, Staub D., Uthoff H.. Clinical and duplex ultrasound evaluation of lower extremities varicose veins a practical guideline. *Vasa*. 2017. 46 (5): 325-36.
13. Jacobs B.N., Andraska E.A., Obi A.T., Wakefield T.W. Pathophysiology of varicose veins. *S Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2017. 5(3): 460-67.
14. Hsieh T.T., Chen S.F., Lo L.M. [et al.]. The Association Between Maternal Oxidative Stress at Mid-Gestation and Subsequent Pregnancy Complications. *Reproductive Sciences*. 2015. 19(5): 505-12.
15. Birdina J., Pilmane M., Ligiers A. The Morphofunctional changes in the wall of varicose veins. *Ann Vasc Surg*. 2017. 42: 274-84.
16. Castro-Ferreira R., Cardoso R., Leite-Moreira A., Monsillia A. The Role of Endothelial Dysfunction and inflammation in Chronic Venous Disease. *Ann Vasc Surg*. 2018. 46: 380-93.

PREVENTION OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH VARICOSE VEINS WITHOUT CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Kamilova M.Ya., Kasymova Sh.S., Alieva R.Ya.

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

The use of Phlebodia-600 for the prevention of placental insufficiency in pregnant women with varicose veins without manifestations of chronic venous insufficiency is effective, as evidenced by a statistically significant decrease in the frequency and severity of blood flow disorders in the mother-placenta-fetus system

Key words: varicose veins, placental insufficiency, prophylaxis, Phlebodia-600.

ПЕШГИРИИ НОРАСОГИИ ҲАМРОЯК ДАР ЗАНОНИ ҲОМИЛАДОРИ ДОРОИ БЕМОРИИ ВАРИДИИ БЕ НОРАСОГИИ ВАРИДҲО

Комилова Мархабо Ёдгоровна, Алиева Раъно Екубҷоновна, Қосимова Шукрона Сӯҳробовна.

МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон», Душанбе

Маълумотҳои ба даст овардаи мо заруряти пешгирии норасоии ҷамроҷ ро дар беморони дорои бемориҳои соматикӣ, ки бо дисфунксияи эндотелий алоқаманданд, тасдиқ менамоянд.

Калимаҳои калидӣ: бемории варидӣ, норасоии ҷамроҷ, пешгирӣ, флебоиди-600.

Адрес для корреспонденции:

Камилова Мархабо Ядгаровна, руководитель акушерского отдела ТНИИ АГиП МЗ и СЗН РТ, д.м.н., доцент. Душанбе, ул.М.Турсунзаде, 31. ORCID: 0000-0002-2525-8273
Author ID: 867673, SPIN-код: 2527-2877
E-mail: marhabo1958@mail.ru, Телефон: 935009425

УДК N85.1.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОПТАТОВ ПРИ ОЧАГОВОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Курбанова Парвина Зиёдулоевна, Икромов Зайнаб Мирзоевна, Одинаева Замира Саидмухамедовна

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан

В данной работе проанализированы результаты гистероскопического исследования и гистологическая характеристика биоптатов при очаговой гиперплазии эндометрия у 58 пациенток, с бесплодием в активном репродуктивном возрасте. Учитывая данные гистероскопического и гистологического исследования пациенток с бесплодием активного репродуктивного возраста, дает возможность врачу клиницисту своевременно поставить правильный диагноз и выработать оптимальную и индивидуальную тактику ведения пациенток.

Ключевые слова: гистероскопия, гистологическое исследование, очаговая гиперплазия, бесплодие.

Цель исследования. Оценка состояния эндометрия с очаговой гиперплазией эндометрия у женщин, с бесплодием в активном репродуктивном возрасте.

Актуальность. Маточный фактор бесплодия составляет до 15% от общего числа бесплодия среди бесплодных пар. В последние годы отмечается увеличение

количества бесплодия за счет патологии эндометрия у женщин активного репродуктивного возраста [1;2]. Ученые связывают рост бесплодия с увеличением числа женщин с нейроэндокринными расстройствами, которые сопровождаются нарушениями обменных процессов, ростом числа

хронических экстрагенитальных заболеваний. Гиперэстрогения или недостаточное влияние эстрогена на эндометрий приводит к резистентности клеток эндометрия к апоптозу. В результате происходит накопление измененных и избыточно пролиферирующих клеток, которая приводит к снижению фертильности и/или отсутствию наступления спонтанной беременности. [3,4]. Гистероскопия является золотым стандартом в визуализации внутриматочной патологии. Этот метод является наиболее информативным методом для диагностики патологии эндометрия, в том числе гиперпластических процессов, которая чаще всего встречается при бесплодии маточного генеза. [5,7,8]. Эффективность гистероскопии при гиперпластических процессах составляет до 96%. [6]. Преимущество гистероскопии заключается в возможности прицельного оперирования в полости матки, а также максимальной безопасности. В связи с этим необходима стандартизация показаний к выполнению гистероскопии [9,10]. Другим не менее важным звеном в диагностики патологии эндометрия является гистологический метод. Патогистологическое исследование очаговых гиперплазий и/или биоптата со стенок матки позволяет определить клеточный состав, соотношение клеток и патологические изменения в клетках. [11,12] Данный подход активно применяют в диагностике предраковых и раковых процессов матки. [13]

Материал и методы. С учётом поставленной цели были исследованы 58 женщины активного репродуктивного возраста, проходившие стационарное лечение в отделение эндовидеохирургии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии в период с января 2020-го по декабрь 2021 года.

Критериями включения служило:

- возраст 19-35 лет,
- находившиеся в браке,
- имеющее бесплодие: первичное и/или вторичное
- отмечающие нарушение менструального цикла
- нормальные показатели спермограммы мужа.

В процессе диагностики всем пациенткам после тщательного сбора анамнеза, бимануального исследования произведены общие лабораторные исследования крови, а также общий анализ мочи, анализ мазка на флору, ЭКГ, консультация врача кардиолога, анестезиолога, трансвагинальное ультразвуковое исследование матки и яичников. После прохождения всех перечисленных обследований и отсутствия противопоказаний все пациенткам было проведено в стационарных условиях, диагностическая гистероскопия и патоморфологическое исследование соскоба или других тканей, изъятых со стенок матки.

Изучая гинекологический анамнез выявлено, что возраст наступления менархе в среднем составил $14 \pm 2,5$ года. Частота и виды нарушения менструального цикла у обследуемых женщин составило: по типу гиперполименореи 13 (22,4%) ациклических кровотечений 19 (33%), олигоменорея 2 (3,4%), опсоменорея 3 (5,2%). Также из анамнеза исследуемых пациенток отмечались другие виды гинекологических патологий, такие как миома матки, систэктомия, тубэктомия в анамнезе, эктопия шейки матки, хронические эндометриты. Из них пациенты с первичным бесплодием составляла 18 (31%), вторичном бесплодием 40 (69%). Репродуктивная функция пациенток в большинстве случаев отличалась, многократными выкидышами и/или

различными диагностическими манипуляциями в матке или придатках.

Индекс массы тела обследуемых женщин составил $28,4 \pm 3,8$; диапазон 18,3–35,2.

В таблице №1 показаны средние значения возраста в годах, индекс массы тела и продолжительность бесплодия у обследованных пациенток.

Таблица 1

Среднее значение, стандартное отклонение и диапазон демографических переменных

Переменная	Среднее ($\pm$ стандартное отклонение)	Минимальное значение	Максимальное значение
Возраст (лет)	29,3 (2,4)	19,0	35,0
ИМТ ($\text{кг} / \text{м}^2$)	28,4 (3,8)	18,3	35,2
Продолжительность бесплодия (лет)	6,7 (4,9)	1,1	12,3

Показаниями к проведению гистероскопии явились: аномальные маточные кровотечения, гиперплазия эндометрия, бесплодие более 5 лет неясного генеза, подготовка к ЭКО, подозрение на полип эндометрия и неоднородность эндометрия по данным трансвагинального ультразвукового исследования.

Диагностическая гистероскопия выполнялась в плановом порядке с 7 по 11 день менструального цикла. Критерии гистероскопических результатов были основаны на данных, полученных при исследовании состояния полости матки, эндометрии, визуализации устьевых труб и поражениях маточно-трубного перехода. Процедуры гистероскопии были выполнены с использованием жесткого гистероскопа, диаметром 5мм под короткой общей анестезией. В ходе манипуляции после полной диагностики состояния цервикального канала и полости матки использовались гистероскопические зажимные щипцы, ножницы и кюретки разного диаметра. В ходе гистероскопии по показаниям под прямым наблюдением был получен образец биопсии эндометрия и/или выскабливание

стенок матки и материал был отправлен на гистологическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждения. По результатам гистероскопического и патогистологического исследования наблюдались следующие виды очаговой гиперплазии эндометрия, которые приведены в таблице №2.

Таблица 2

Виды и количество очаговой гиперплазии эндометрия у исследуемых пациенток

Виды патологии эндометрия	Количество пациенток с данными патологиями	%
Железистые полипы	41	71
Железисто-кистозные	7	12,1
Железисто-фиброзные	5	8,5
Фиброзные полипы	3	5,1
Аденоматозные полипы	2	3,3

При гистероскопии во всех исследуемых случаях визуализированный эндометрий не соответствовал фазе овариально-мен-

струального цикла. При очаговой гиперплазии эндометрия гистероскопически определялась утолщенный функциональный слой эндометрия, по цвету ярко-розовой окраски и/или образованиями бледно-розового цвета на ножке округлой формы с гладкой поверхностью. По цвету также встречались пестрого цвета, из-за имеющих очагов изъязвлений и кровоизлияний, которая подтверждалась гистологически.

У всех пациенток с очаговой гиперплазией размеры полипов тела матки по данным гистероскопии варьировали от 0,4 см до 1,7 см и были представлены функциональным слоем эндометрия. Очаговая гиперплазия встречалась как единичные, так и множественные (более 2-х), именуемых полипов эндометрия. Самой частой локализацией при очаговых разрастаниях было дно матки, области устьев маточных труб, передняя стенка матки, реже по задней или боковых стенках матки.

По форме полипы имели округлую, овальную или продолговатую форму. Гистероскопически наружная поверхность полипов гладкая, с четким ограничением

от миометрия. Визуально количество желез увеличено, особенно при железистых и железисто-кистозных форм очаговой гиперплазии. Также простая железистая гиперплазия эндометрия (рис.1) характеризовалась резко утолщенным эндометрием с удлинненной и извилистой формой желез.

Согласно гистологическому исследованию, у большинства пациенток отмечалась простая гиперплазия эндометрия без атипии 56(97,2%), сложная гиперплазия эндометрия без атипии выявлена в 2(3,4%) случаях. На патогистологическом исследовании прицельного биоптата эндометрия, также были выявлены увеличение числа желез и изменение их форм, а также незначительные изменения соотношения стромального и железистого компонентов при отсутствии цитологической атипии.

При гистологическом исследовании железистых полипов эндометрия обнаружено повышение концентрации желез в цитогенной строме, которое носило неравномерный характер. Железистый эпителий был схож по строению с эпителием эндометрия в стадии пролиферации.

Гистероскопические и гистологические снимки различных полипов эндометрия

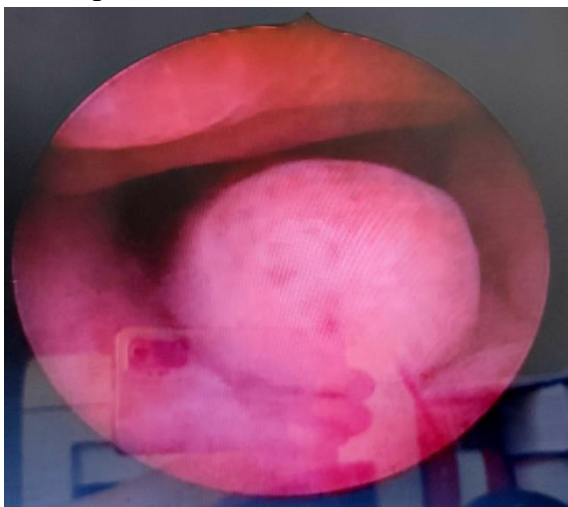


Рис.1 Гистероскопическое изображение железистого полипа эндометрия

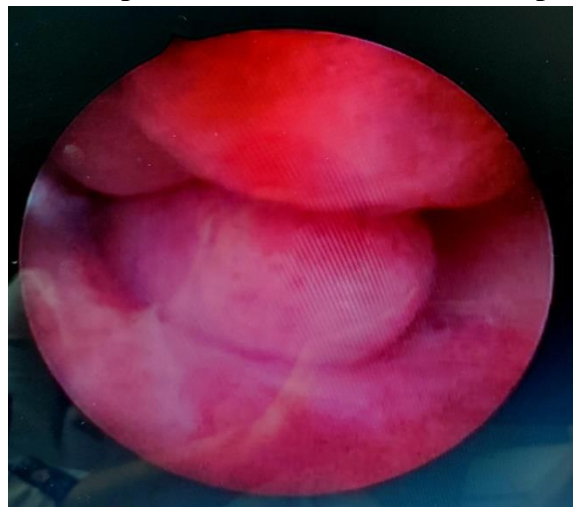


Рис.2 Множественные железистые полипы эндометрия

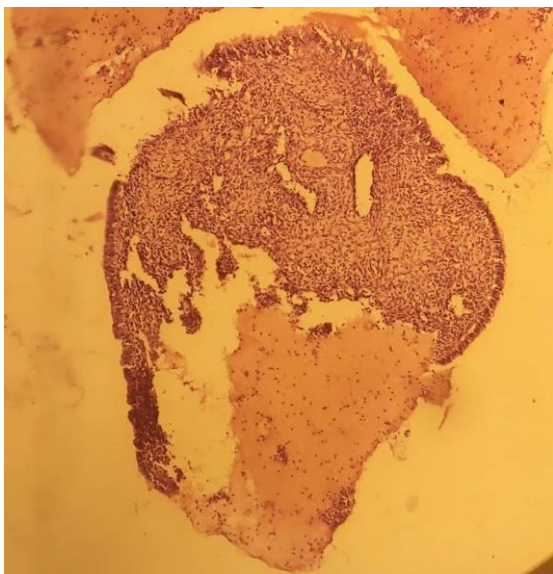


Рис.3. Часть фиброзного полипа эндометрия с участками кровоизлияния.

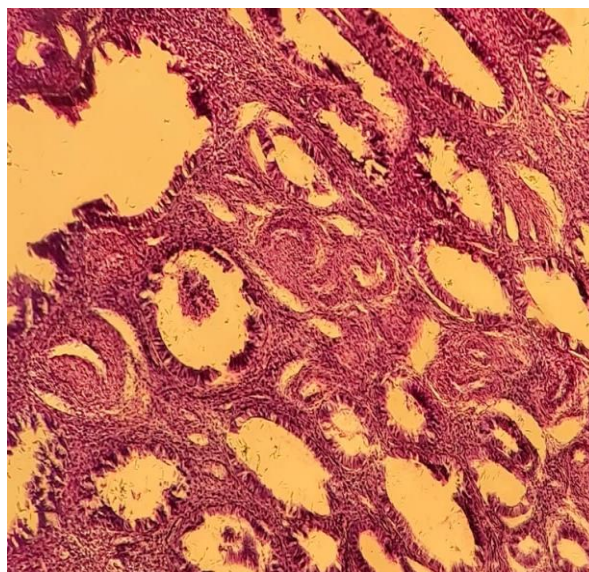


Рис.4. Части железистого полипа эндометрия

Визуально сложные очаговые гиперплазии эндометрия без атипии (аденоматозные) располагались в области устьев маточных труб, размерами 0,5см до 1,0см, рыхлой консистенции, сероватого оттенка. Гистологически аденоматозные полипы отличались более выраженной пролиферацией и тесным расположением желез, которые приобретали сложную архитектуру и характеризовались папиллярными разрастаниями и более выраженным увеличением соотношения железистого и стромального компонентов. Женщины с аденоматозными полипами эндометрия были направлены на консультацию и дальнейшему наблюдению и лечению врачам онкогинекологами.

В активном репродуктивном возрасте преобладает очаговая гиперплазия эндометрия, которая патогистологически определяется железистой, железисто-кистозной и/или железисто-фиброзной тканью без атипии [1,5,14].

Выводы:

1. Гистероскопия является основным методом диагностики патологии матки.
2. По результатам проведенного нами исследования у женщин с бесплодием

активного репродуктивного возраста преобладает очаговая железистая гиперплазия эндометрия расположенные в области дна матки, устьев маточных труб и по передней стенке матки.

3. Гистологически биоптат в 56(96,6%) случаев имел доброкачественный характер, и только в 2 (3,4%) случая определялись аденоматозные полипы.

4. Учитывая данные гистероскопического и гистологического исследования пациенток с бесплодием активного репродуктивного возраста, дает возможность врачу клиницисту своевременно поставить правильный диагноз и выработать оптимальную и индивидуальную тактику ведения пациенток.

Литература

1. Цахилова С.Г., Торчинов А.М., Течиева Ж.С., Балиос Л.В., Гогичаев Т.К., Габараева М.Р. Гистероскопия в диагностике гиперпластических процессов эндометрия. *Проблемы репродукции*. 2018. 24(4): 37-40.
2. Acmaz G., Aksoy H., Albayrak E. [et al.] Evaluation of endometrial precancerous lesions in reproductive obese women-a high

- risk group. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2014. 15(1): 195-198.
3. Шешукова Н.А., Макаров И.О., Овсянникова Т.В. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности пролиферативной активности при сочетании с хроническим эндометритом. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2016. 5(3): 10-15.
4. Jankowska A.G., Andrusiewicz M. Fischer N. et al. Expression of hCG and GnRHs and their receptors in endometrial carcinoma and hyperplasia. *Int J Gynecol Cancer.* 2017. 20(1): 92-101.
5. Orvieto R. [et. al]. Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2016; 10: 883-86.
6. Кулакова В.И., Манухина И.Б., Савельева Г.М. (под ред.) *Гинекология: национальное руководство.* М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007; 1072 с.
7. C. Nappi and A. Di Spiezio Sardo. *Rare and difficult-to-interpret hysteroscopic findings, in State-of-the-Art Hysteroscopic Approaches to Pathologies of the Genital tract.* Endo-Press, Tuttlingen, 2014; 236-49.
8. Sahu L., Tempe A., Gupta S. Hysteroscopic evaluation in infertile patients: a prospective study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2012; 1: 37-41.
9. Bosteels J., Kasius J., Weyers S., Broekmans F.J., Mol BWJ, et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1. 2013
10. Taylor E., Gomel V. The uterus and fertility. *Fertility and Sterility.* 2008; 89: 1-16.
11. Babacan A., Gun I., Kizilaslan C. et al. Comparison of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of uterine pathologies. *Int. J Clin Exp Med.* 2014; 7(3): 764-769.
12. Centini G., Troia L., Lazzeri L. et al. Modern operative hysteroscopy. *Minerva Ginecol.* 2016; 68(2): 126-32.
13. Mencaglia L., de Albuquerque Neto L.C., Alvarez A.R. *Manual of hysteroscopy. Diagnostic, operative and office.* Tuttlingen: Endo Press. 2013; 129 p.
14. Puente E., Alonso L., Laganà A.S., et al. Chronic endometritis: old problem, novel insights and future challenges. *Int J Fertil Steril.* 2020; 13(4): 250-56.

THE EFFECTIVENESS OF HYSTEROSCOPY AND HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS IN FOCAL ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN WITH INFERTILITY IN ACTIVE REPRODUCTIVE AGE

Kurbanova Parvina Ziyoduloevna, Ikromova Zaynab Mirzoevna, Odinaeva Zamira Saidmukhamedovna

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

The article presents the results of hysteroscopic and histological analysis of the state of the endometrial polyps in 58 women with infertility in active reproductive age. Taking into account the data of hysteroscopic and morphological examination of patients with infertility of active reproductive age, it allows the clinician to timely make the correct diagnosis and develop optimal and individual tactics for managing patients.

Keywords: hysteroscopy, histological assessment, endometrial polyps, infertility.

**САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАБАРИИ ГИСТЕРОСКОПИЯ ВА ТАВСИФИ
ГИСТОЛОГИИ БОФТАИ ГИРИФТАШУДА, ҲАНГОМИ ГИПЕРПАЗИЯИ
ЧУЗЪЙ ДАР ЗАНОНИ БЕЗУРЁТӢ ДОШТАИ СИННУ СОЛИ ФАЪОЛИ
РЕПРОДУКТИВӢ**

**Курбанова Парвина Зиёдулоевна, Икромов Зайнаб Мирзоевна,
Одинаева Замира Саидмухамедовна**

МД «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон», Душанбе

*Дар мақола натиҷаҳои таҳлили гистероскопӣ ва тавсифи гистологии ҳолати
эндометрий, ҳангоми гиперплазияи ҷузъӣ дар 58 занони синну соли фаъоли репродуктивӣ
дошта, ки аз безуретӣ азият мекашанд дарҷ гардидааст. Ба назар гирифта,
нишондодҳои гистероскопи ва морфологиро дар занони синну соли репродуктиви, барои
духтурони табобати имкон медиҳад, ки саривақт усули дурусти табобати чунин
беморонро ба роҳ монанд.*

Калимаҳои калидӣ: гистероскопия, тавсифи гистологӣ, гиперплазияи ҷузъӣ, безуретӣ.

Адрес для корреспонденции:

Курбанова Парвина Зиёдулоевна
научный сотрудник ГУ «НИИ АГ и ПТ МЗ и СЗН РТ
734000, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Турсунзода-31,
Тел.: (+992) 888880049
E-mail: k_parvina@mail.ru

УДК 618.14

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ
ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

**Курбанова Парвина Зиёдулоевна, Икромов Зайнаб Мирзоевна,
Латифова Манзура Самадовна**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан*

В статье представлены методы диагностики и эндоскопическое лечение гиперпластических процессов шейки матки у женщин пременопаузального возраста.

Гиперпластические процессы шейки матки в пременопаузальном возрасте в 93% случаев сочетаются с воспалительными процессами органов гениталий. Также в 52% случаев отмечается сопутствующие экстрагенитальные заболевания. Использование эндоскопических технологий при гиперпластических процессах шейки матки дает возможность не только, под визуальным контролем независимо от расположения гиперпластического очага удалить, но и с целью профилактики рецидивов коагулировать гиперпластический очаг. Также гистероскопический метод дает возможность диагностировать сопутствующие гиперпластические процессы в эндометрии и своевременно устранить их.

Ключевые слова: гиперпластические процессы шейки матки, пременопаузальный возраст, кольпоскопия, гистероскопия.

Цель исследования. Изучить методы обследования, диагностики и лечения гиперпластических процессов шейки матки у женщин пременопаузального возраста с использованием эндоскопических технологий.

Актуальность. Гиперпластические процессы шейки матки – доброкачественные очаговые образования, чаще всего цилиндрического эпителия эндоцервикса, а в редких случаях многослойного плоского эпителия экзоцервикса, которая наблюдается в 2–5% женщин в популяции [1,13]. В структуре патологии шейки матки у пациенток пременопаузального возраста полип шейки матки занимает 4-е место [2].

Доброкачественные заболевания шейки матки была и остается важнейшей проблемой в гинекологии, несмотря на современные достижения в диагностике и лечении этой патологии [3,4]. Наличие гиперпластических процессов в шейке матки у многих женщин протекает бессимптомно и диагностируются только при плановом осмотре шейки матки в зеркалах, или выявляется при ежегодном кольпоскопическом исследовании [4,7]. Точной причины появления полипов шейки матки неизвестна. Идентифицированы факторы риска образования полипов шейки матки у женщин пременопаузального возраста,

среди которых хроническое воспаление шейки матки, влагалища или матки, генетические факторы (например BRCA1, BRCA2, Lynch синдром), возраст, травматизация шейки матки (диагностические выскабливания, длительное носительство внутриматочной спирали), инфекционные и вирусные поражения [5,12]. Из вирусных поражений ВПЧ занимает лидирующую позицию по частоте поражений шейки матки. ВПЧ занимает 2-е место по причинам заболеваемости и смертности от рака шейки матки [6,8,13]. Хотя из общего числа встречаемых полипов шейки матки в пременопаузальном возрасте только 0,2–1,7% случаев перерождается в злокачественные образования, своевременная диагностика и лечение очень важен, так как в этом возрастном диапазоне особенно высок риск предраковых и злокачественных изменений тканей шейки матки [9,14]. Своевременное устранение воздействия факторов риска развития гиперпластических процессов, шейки матки является профилактикой образования полипов шейки матки и своевременное удаление их является профилактикой рака шейки матки [10,11].

Материал и методы: В проведенное исследование были включены 42 женщины, с диагнозом полип шейки матки.

Все эти женщины получали хирургическое лечение в отделение эндовидеохирургии ГУ НИИ АГ и П РТ с 2018 по 2021 годы. Критериями включения явились диагностированный диагноз «полип шейки матки», пременопаузального возраста, наличие аномальной кольпоскопической картины по данным расширенной кольпоскопии.

Возраст пациенток варьировал от 41 до 52 года. Средний возраст исследуемых пациенток был $45,6 \pm 0,47$ лет. Кроме общеклинических обследований (определение группы крови, общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ЭКГ с консультацией кардиолога, анестезиолога, анализ мазка на флору, иммуноферментные анализы на гепатиты В, С, ВИЧ и RW), всем пациенткам без исключения было проведено трансвагинальное УЗИ, ИППП методом РИФ, анализ мазка из цервикального канала на вирус папилломы человека,

простое и широкое кольпоскопическое обследование, мазок по Папаниколау, как часть скрининга на определение дисплазии и рака шейки матки.

Всем пациенткам удаление полипов шейки матки проводилось под контролем гистероскопа фирмы “Karl Storz” под внутривенным обезболиванием, с обязательным осмотром полости матки и взятие соскоба со стенок матки. Гистологическое исследование препаратов проведено у всех 100% пациенток с полипами шейки матки.

Результаты исследования: Гиперпластические процессы шейки матки, как правило, сопровождаются гиперпластическими процессами других органов гениталий. В нашем исследовании миома матки отмечалась в 12(27%) случаях, из которых в 2 (10,8%) случаях произведена консервативная миомэктомия в анамнезе. Доброкачественные опухолевые образования яичников у исследуемых пациенток наблюдалась у 3 (10,8%) пациенток.

Таблица №1

**Частые симптомы пациенток с полипами шейки матки
пременопаузального возраста**

Симптомы	Пременопаузальны й возраст. Абс. (n=42)	%
Мажущиеся кровянистые выделения	16	38,1
Боли внизу живота схваткообразного характера	13	31
Обильные выделения из половых путей	12	28,6
Контактные кровотечения	14	33,3
Бессимптомное течение	9	21,4

В 9 (21,4%) случаев наличие полипа шейки матки были диагностической находкой, при гинекологическом осмотре или плановой кольпоскопии.

У 22 (52%) исследуемых женщин отмечались одно или сочетание таких экстрагени-

тальных заболеваний, как: анемия, заболевания щитовидной железы, ожирение, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания мочевыделительной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевание молочных желез, сахарный диабет, аллергическая

болезнь, варикозная болезнь.



Рис.1 Железистый полип экзоцервикса



Рис.2 Состояние после удаления и коагуляции очага с целью профилактики рецидива

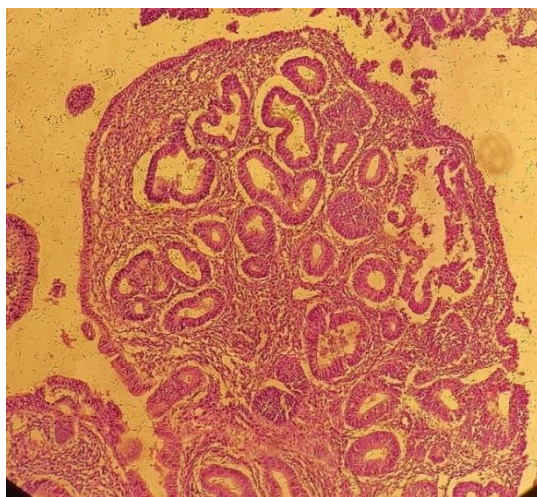


Рис.3 Железистый полип шейки матки.

При анализе результатов исследования на инфекции передающиеся половым путём (ИППП), представленное на таблице №2,

Таблица №2

Результаты диагностики ИППП у женщин с полипами шейки матки пременопаузального возраста

Наименование	Абс. n=42	%
Chlamydia trachomatis	2	4,8
Micoplasma hominis	3	7,1
Herpes virus hominis	15	35,7
Cytomegalovirus	16	38,1
Gardnerella vaginalis	13	31
Trichomonas vaginalis	1	2,4
Ureaplasma urealiticum	7	16,6

установлено, что у большинства пациенток с гиперпластическими процессами шейки матки имеет место сочетание бактериальных и вирусных поражений. Анализ результатов наших исследований свидетельствуют о высокой частоте инфицированности цервикального канала при полипах шейки матки.

Обследование пациенток с гиперпластическими процессами на ВПЧ выявило следующее: HPV высоко онкогенных типов которые составляют 70% причин рака шейки матки, в данном исследовании выявилось у 4 (9,5%), среднего риска онкогенности HPV типы выявились у 11 (26,2%), низкого онкогенного риска HPV

в 11 (26,2%) случаях при которых имело место частое сочетание полипов шейки матки с бородавками на руках, кондиломами аногенитальной области.

Показатели кольпоскопии были следующими: гипертрофия шейки матки в 14 (33,3%). Случаи с эктопией шейки матки составило 10 (23,8%), цервицит обнаружено в 11 (26,2%) случаях, эктропион наблюдалось в 4 (9,5%) случаях. Также эндометриоз шейки матки в выявилось в 2 (4,8%), лейкоплакия в 5 (11,9%) и ацетобелый эпителий выявилось в 8 (21,6%) случаев.

Всем исследуемым пациенткам с гиперпластическими процессами шейки матки в обязательном порядке было проведено цитологическое исследование мазков из цервикального канала. Результаты цитogramмы в 39 (93%) случаев характеризовались воспалительным процессом. В 3 случая цитология показало низкую степень интраэпителиального поражения LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion) степени.

По данным литературы гиперпластические процессы шейки матки в 29% случаев сочетаются с гиперпластическими процессами эндометрия. [1,8] Всем исследуемым пациенткам после удаления полипов шейки матки, произведено коагулирование очагов гиперплазии с целью профилактики рецидивов, (Рис.2), а также выскабливание цервикального канала. Необходимо отметить, что полипы цервикального канала при традиционных методах часто бывает трудноудаляемыми из-за их расположения в эндоцервиксе. Эндоскопический метод позволяет, под визуальным контролем легко удалит и коагулировать очаг гиперплазии шейки матки расположенных даже в области внутреннего зева. Также в обязательном порядке всем исследуемым пациенткам учитывая возраст и

наличие гиперпластического процесса шейки матки произведено, гистероскопическое исследование полости матки и выскабливанием стенок матки с дальнейшим патогистологическим исследованием соскоба. В нашем исследовании у 15 (35,7%) пациенток выявилось сочетание гиперпластических процессов шейки матки и очаговые гиперплазии эндометрия. Во всех этих случаях было проведено полипэктомия с использованием гистероскопических зажимов, ножниц и петель. Патогистологическое исследование удаленных полипов шейки матки у женщин пременопаузального возраста выявило в 18 (43%) случаев железистые, в 5 (12%) (Рис.1 и Рис.2), железисто-кистозные, в 15 (35,7%) железисто-фиброзные; фиброзный полип в 3(7%) и в 1 (2,3%) случае аденоматозные полипы. Необходимо отметить, что из 15 случаев сочетания гиперпластических процессов шейки матки и эндометрия при патогистологических анализах выявило одинаковые формы полипов и в шейке матки так и в эндометрии. Пациентка с аденоматозным полипом шейки матки было направлено на дальнейшее наблюдение и лечение к врачу онкогинекологу.

Заключение:

1. Гиперпластические процессы шейки матки в пременопаузальном возрасте в 93% случаев сочетаются с воспалительными процессами органов гениталий;
2. Регулярное обследование у врача гинеколога, прохождение регулярного кольпоскопического исследования, санация очагов инфекции, раннее выявление высокоонкогенных типов вируса папилломы человека позволяет своевременно выявить и предотвратит появление и озлокачествление полипов шейки матки;
3. Использование эндоскопических технологий при гиперпластических процессах

шейки матки дает возможность не только, под визуальным контролем независимо от расположения гиперпластического очага удалить, но и с целью профилактики рецидивов коагулировать гиперпластический очаг. Также гистероскопический метод дает возможность диагностировать сопутствующие гиперпластические процессы в эндометрии и своевременно устранил их.

Литература

1. Гомболевская Н.А., Марченко Л.А. Современные критерии диагностики хронического эндометрита (обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2012; 18(1): 42-6.
2. Дивакова, Т.С., Медведская С.Е., Дейкало Н.С., Тарасова Т.М., Новицкая И.А., Ивкова Н.С. Диагностическая ценность гистероскопии при патологии эндо-и миометрия в различные возрастные периоды. *Вестник ВГМУ*. 2017; 3(2)
3. Абашидзе А.А. Методы реабилитации репродуктивной функции у женщин с гиперпластическими процессами. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016. №2.
4. Acmaz G., Aksoy H., Albayrak E. [et al.]. Evaluation of endometrial precancerous lesions in reproductive obese women-a high risk group. *Asian. Pac. J. Cancer Prev*. 2014; 15(1): 195-98.
5. Яковлев И.А., Кукутэ Б.Г. Морфологическая диагностика предопухолевых процессов и опухолей матки по биопсиям и соскобам. Кишинев: Штиинца, 2017. 148 с.
6. Arslan E, Cokdagli F, Bozdog H, Vatansever D, Karsy M. Abnormal Pap smear frequency and comparison of repeat cytological follow-up with colposcopy during patient management: the importance of pathologists guidance in the management. *North Clin Istanb*. 2019; 6: 69-74.
7. Сидорова И.С, Жолобова М.Н. и соавт. Состояние шейки матки при сочетанной патологии (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). *Российский вестник Акушера-гинеколога*. 2012; 12(3): 55-7.
8. Lee S.C., Kaunitz A.M., Sanchez-Ramos L., Rhatigan R.M. The oncogenic potential of endometrial polyps: na systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2018; 116:1197205.10.1097/AOG.0b013e3181f74864. [PubMed] [CrossRef]
9. Барабадзе Б.З. Рецидивы эндометриальных гиперплазии и полипов в период перименопаузы и постменопаузы: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.01– Пермь, 2012; 20 с.
10. Fairley C.K., Donovan B. What can surveillance of genital warts tell us? *Sex Health*. 2010; 7: 325-27.
11. Shmidt T., M. Breidenbach, Nawroth F. Hysteroscopy for asymptomatic postmenopausal women with sonographically thickened endometrium. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013; 3: 631-33.
12. Johnston A., Fernando D., MacBride-Stewart G. Sexually transmitted infections in New Zealand in 2003. *N Z Med J*. 2005; 118: U1347.
13. Walther-Jallow, Klareskog E. *J. Acquir Immune Defic Syndr*. 2017; 45 (Suppl.1). P.9-19.
14. Senturk M.B., Budak M.S., Durukan O.B., Cakmak Y., Yildirim A., Polat M. Clinico-pathological evaluations of cervical polyps. *Zeynep Kamil Tip Bulteni*. 2015; 46: 98-101.

OPTIMISATION OF RESEARCH METHODS AND USAGE ENDOSCOPIC TECHNOLOGIES FOR THE TREATMENT OF HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE CERVIX IN WOMEN OF PREMENOPAUSAL AGE

**Kurbanova Parvina Ziyoduloevna, Ikromova Zaynab Mirzoevna,
Latifova Manzura Samadovna**

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

The article presents diagnostic methods and endoscopic treatment of focal hyperplastic processes of the cervix of premenopausal women. Cervical polyps in premenopausal age in 93% of cases are combined with other inflammatory processes of the genital organs, and in 52% of cases with hyperplastic processes of the uterus and/or ovaries. The use of endoscopic technologies in hyperplastic processes make it possible under visual control, to remove the hyperplastic focus and find also hyperplastic processes in the endometrium.

Keywords: focal hyperplasia at cervix, premenopausal age, colposcopy, cytology, hysteroscopy.

МУОИНАИ ПУРРА ВА ТАБОБАТИ ҶАРАЁНҲОИ ГИПЕРПЛАСТИКӢ ДАР ГАРДАНАКИ БАЧАДОН БО ИСТИФОДАБАРИИ ТАҶҲИЗОТИ ЭНДОСКОПӢ ДАР СИННИ ПРЕМЕНОПАУЗАЛӢ

**Курбанова Парвина Зиёдулоева, Икромова Зайнаб Мирзоевна,
Латифова Манзура Самадовна**

МД «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон», Душанбе

Дар мақола намудҳои муоинаи пурра ва табобати эндоскопии ҷараёнҳои гиперпластикии гарданаки бачадон дар занони синни пременопаузали пешниҳод карда шудааст. Полипиҳои гарданаки бачадон дар синну соли пременопаузали дар 93%-и ҳолат бо бемориҳои илтиҳобии дигар узвҳои таносул ва дар 52%-и ҳолат бо ҷараёнҳои гиперпластикии бачадон ва ё тухмдонҳо дар якҷоягӣ во меҳуранд. Истифодабарии таҷҳизоти эндоскопӣ дар табобати ҷараёнҳои гиперпластикии гарданаки бачадон имкон медиҳад, на танҳо зерин назорати зоҳирӣ дур намудани ҷараёни гиперпластикӣ, балки бо мақсади пешгирии ретсидивӣ сузонидани мавқеи бурида гирифташуда. Инчунин усули гистероскопӣ имконият медиҳад мавқеи гиперплазиявиро дар эндометрий муайян ва дур намуд.

Калимаҳои калидӣ: ҷараёни гиперпластикии гарданаки бачадон, синну соли пременопаузали, колпоскопия, гистероскопия.

Адрес для корреспонденции:

Курбанова Парвина научный сотрудник «ГУ «НИИ АГ и ПТ» МЗ и СЗН РТ
734000, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Турсунзода-31,
Тел.: (+992) 888880049
E-mail: k_parvina@mail.ru

УДК 618.39-085

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ
ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Ошурмамадова Розия Бодуровна, Болиева Гульнора Улжаевна,
Хайриддинова Ситора Саидмуродовна, Рахматова Гулгуна Рахматуллаевна,
Давлятова Дилноза Махмадуллоевна**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан*

Наиболее уязвимая группа по репродуктивным потерям первой половины беременности, это пациентки активного репродуктивного возраста 73 % репродуктивных потерь приходится на ранние сроки гестации до 12 недель. Превалирующей жалобой при обращении пациенток явилось наличие кровянистых выделений из половых путей и боль различной интенсивности. Установлена высокая обращаемость беременных с НБ после 3 и 4 выкидышей в анамнезе (от 11, 8% до 23,5%).

Ключевые слова: привычное невынашивание, репродуктивные потери, кровотечение, бесплодный брак.

Актуальность. 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].

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].

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.

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 изучения факторов, клиники и анамнестических данных 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 исследования. Изучить клинику и анамнез пациенток с привычными репродуктивными потерями.

Материалы и методы исследования. Проводились исследования беременных, поступивших в отделение эндокринной гинекологии НИИ АГиП с клиническими признаками начавшегося выкидыша за период 2021-2022 годы. Критериями отбора послужило, наличие у женщин в анамнезе одного или более выкидышей на данном сроке беременности.

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 ($M \pm m$). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

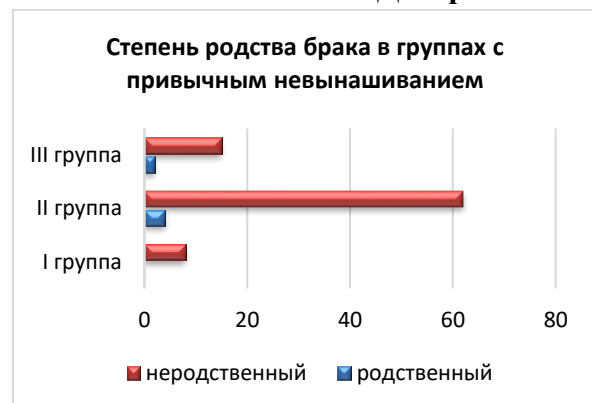
Результаты клинического исследования и обсуждение. По статистическим данным нашего исследования, установлено, что количество госпитализированных женщин с отягощенным невынашиваем беременностью в сроке гестации от 5 -12 недель составило 72,5% (66/91) и превалирует над частотой беременных в сроке гестации 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. Выявлена высокая частота репродуктивных потерь среди пациенток раннего и активного репродуктивного возраста во всех клинических группах, она превалирует над частотой встречаемости у беременных позднего репродуктивного возраста (89,0% (81/91) случаев; 10/91(11,0%), соответственно $p < 0,01$.

Принимая во внимание значимость генетических причин невынашивания беременности, проведен анализ степень родства брака обследованных беременных в данной категории. Данные представлены в диаграмме № 1.

Диаграмма №1



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 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 превалировала во

второй клинической группе 34,8% (23/66) случаев по сравнению с первой и третьей группой в 2 и 2,5 раза.

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.

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). 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. 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 укорочением 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 миомы матки, двурогая матка от 14,3% до 28,6% случаев.

Таким образом исследования позволили установить, что наиболее уязвимая группа по репродуктивным потерям первой половины беременности, это пациентки раннего репродуктивного возраста (27 лет). 73 % репродуктивных потерь приходится на ранние сроки гестации до 12 недель. Преобладающей жалобой при обращении явилось наличие кровянистых выделений из половых путей и боль различной интенсивности. Установлена высокая обращаемость беременных с НБ после 3 и 4 выкидышей в анамнезе (от 11,8% до 23,5%).

Литература

1. Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Углова Н.Д., Шкляр А.Л. Невынашивание беременности. *Вестник ВолгГМУ*. 2015; 53(1): 3-9.
2. Сухих Г.Т. (под ред.) Преждевременные роды. Клинический протокол/колл. авт. ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздрав России, ИЗС. М., 2014.
3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. М., 2010.
4. Усова А.В., Соколова Т.М., Фоляк Е.В., Мухамедшина В. Фармакологическая коррекция привычного невынашивания беременности гестагенами при угрозе преждевременных родов. ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава. 2009, №4.
5. Renzo G. Di, 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., Nicolaides K. [et al.] Vaginal progesterone in women with an asymptomatic

sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: Asystematic review and meta-analysis of individual patient data. *AJOG*. 2011.12

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH REPRODUCTIVE LOSSES IN THE FIRST HALF OF PREGNANCY

**Oshurmamadova Roziyf Bodurovna, Bolieva Gulnora Uljaevna,
Khairidinova Sitara Saidmurodovna, Rakhmatova Gulguna Rahmatulloevna,
Davlyatova Dilnoza Mahmadulloevna**

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

The most vulnerable group in terms of reproductive losses in the first half of pregnancy is patients of active reproductive age. 73% of reproductive losses occur in early gestation up to 12 weeks. The prevailing complaint during the treatment of patients was the presence of bloody discharge from the genital tract and pain of varying intensity. A high negotiability of pregnant women with NB after 3 and 4 miscarriages in history (from 11.8% to 23.5%) was established.

Keywords: recurrent miscarriage, reproductive losses, bleeding, infertile marriage.

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА АНАМНЕСТИКИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ТАЛАФОТИ РЕПРОДУКТИВӢ ДАР НИМАИ АВВАЛИ ҲОМИЛАДОРӢ

**Ошурмамадова Розия Бодуровна, Болиева Гулнора Улжаевна,
Хайридинова Ситора Саидмуродовна, Раҳматова Гулгуна Раҳматуллоевна,
Давлатова Дилноза Маҳмадуллоевна**

МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон», Душанбе

Гурӯҳи осебпазиртарин аз рӯи талафоти репродуктивӣ дар нимсолаи аввали ҳомиладорӣ беморони синну соли репродуктиви ҷаҳол мебошанд. 73% талафоти репродуктиви дар давраи аввали ҳомиладорӣ то 12 ҳафта рух медиҳад. Шикоятҳои бештар ҳангоми табобати беморон мавҷудияти ихроҷи хунолуд аз узвҳои таносул ва дарди шиддатнокии гуногун буд. Сатҳи баланди муомилоти занони ҳомиладор пас аз 3 ва 4 бачапартоӣ (аз 11,8% то 23,5%) муқаррар карда шудааст.

Калимаҳои калиди: исқоти такрорӣ, талафоти репродуктивӣ, хунравӣ, издивоҷи безурғӣ.

Адрес для корреспонденции:

Болиева Гулнора Улжаевна – Таджикский научно-исследовательский институт акушерства-гинекологии и перинатологии, кандидат медицинских наук, руководитель гинекологической эндокринологии и репродуктологии.

Адрес: 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. М.Турсунзаде 31.

Телефон: (+992) 907 780880. E- mail: 28082005@mail.ru

УДК 618.5

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ
РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ИНДУКЦИИ РОДОВ**

**Пулатова Азиза Пулатовна, Вахобова Шамсия Хусейновна,
Хамидова Фируза Зияндаровна, Назарова Мичгона Алимовна,
Хакимова Ситора Раджабовна**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан*

Проведено ретроспективное исследование 210 историй с индукцией родов и историй новорожденных с оценкой их развития и состояния по шкале Апгар на 1 и 5 минуте после индуцированных родов, состояния новорожденных в раннем периоде адаптации. Для достижения цели исследования были сформированы 2 группы: 1-я группа-104 историй родов с применением для ее индукции мизопростола и/или мифепрестона с мизорпростолом, 2-я группа-106 историй родов с применением окситоцина.

Ключевые слова: мизопростол, окситоцин, асфиксия, гипоксия, индукция родов.

Актуальность. Приоритетным направлением современного акушерства и перинатальной медицины является поиск путей достижения благоприятного течения беременности, родов и перинатальных исходов.

В странах с высокими показателями рождаемости и перинатальной заболеваемости и смертности актуальность данного направления в работе сферы родовспоможения возрастает в разы.

Как известно, в последние годы в акушерстве прослеживается тенденция роста частоты индукции родов [1].

В настоящее время общепризнанными показаниями к проведению родовозбуждения являются: случаи преэклампсии не

поддающиеся терапии, преждевременное излитие околоплодных вод при доношенном сроке беременности, перенашивание беременности, изосенсибилизация крови матери и плода, соматические или онкологические заболевания, требующие досрочного родоразрешения, незрелость родовых путей в сроке беременности 40 недель и 4 дня, мертвый плод [1,2,3].

В некоторых странах, кроме того, в качестве показаний для индукции родов рассматривается тяжелая степень синдрома задержки развития роста плода, отслойка плаценты, хориоамнионит, предшествующее кесарево сечение [1,2]. Из перечисленных показаний, такое пока-

знание к индукции родов как перенашивание беременности (более 42 недель гестации) является одним из ведущих показаний к преиндукции и индукции родов, так как доказано, что при сроке более 41 недель существенно возрастает частота осложнений как со стороны матери, так и плода [3,4,5].

Так, по данным исследований последних лет при перенашивании беременности чаще отмечаются: асфиксия в родах (ОР-1,15,95% С1-1,09–1,22), мекониальные аспирации, дистонии плечиков, отмечается возрастание влагалищных родоразрешающих операций (ОР-1,15,95% С1- 1,09–1,1,22), разрывы промежности 3 и 4-й степеней (ОР-1,2 95% С1 -1,06-1,24) [3,4]. Кроме того, достоверно доказано, что при перенашивании беременности имеет место значимое повышение частоты перинатальной заболеваемости, смертности и частоты мертворождаемости [2,4,5].

В связи с этим, очевидно, что преиндукция и индукция родов в случаях возникновения и развития подобных осложнений акушерской ситуации у женщин из групп высокого риска является эффективным способом профилактики перинатальной заболеваемости и смертности [3,4,5].

В настоящее время в практическом акушерстве разных стран для индукции родов при возникающих показаниях, применяются несколько различных методов механических и медикаментозных способов подготовки шейки матки к родам и схем родовозбуждения.

Как известно, к механическим методам относятся: введение в шейку матки катетера Фолея, различные варианты и модифицированные виды ламинарий и гигроскопических дилататоров.

Медикаментозные методы состоят из: применение современных аналогов просто-

гландина Е1(мизопростола), простагландина Е2(динопростона), антипрогестина (мифепристона) и окситоцина [1,4].

При этом необходимо отметить, что в настоящее время в связи с тем, что доказано существенное возрастание случаев инфекционных осложнений при использовании механических методов, они на практике применяются очень редко [1,2,3,5].

Таким образом, в настоящее время в странах СНГ и в частности в нашей стране для медикаментозной преиндукции и индукции родов применяется препарат с доказанной эффективностью из серии аналогов простагландина Е1 мизопростол и/или мифепристон / мизопростол, при наличии зрелой шейки матки и его открытия с целью родовозбуждения -окситоцин. Главным условием успешной реализации индукции родов является определение (перед проведением подготовки шейки матки к родам для родовозбуждения) готовности генитального тракта к родам, на основе оценки степени зрелости шейки матки.

Наиболее часто при наличии зрелой шейки матки для родовозбуждения используется мизопростол по схеме. Кроме того, в связи с высокой эффективностью и доступностью предпочтительным методом родовозбуждения (при наличии зрелой шейки матки и его открытия) рекомендуется амниотомия.

С другой стороны, возрастающая частота оперативного родоразрешения путем кесарева сечения и возникающие в последствии них проблемы в связи с возникающим рубцом на матке (формирование и приращение плаценты в области рубца на матке в последующем, несостоятельность рубца на матке и разрывы матки), позволяют рассматривать эффективную и рациональную подготовку шейки матки и родо-

возбуждение как одну из резервных возможностей снижения частоты абдоминального родоразрешения.

При этом анализ доступной литературы о влиянии данных методик индукции родов на плод и новорожденного показал, что результаты и мнение специалистов противоречивы. В связи с чем, для сравнительной оценки перинатальных рисков при различных методах медикаментозной родостимуляции решено было провести настоящее исследование.

Цель. Сравнительная оценка перинатальных исходов при использовании разных методов медикаментозной индукции родов.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проведено ретроспективное исследование 210 историй родов, с наличием стимуляции родовой деятельности у родильниц и истории развития их новорожденных, в отделение совместного пребывания матери и ребенка клиники НИИ АГИП за 2021г.

Критерием включения в 1-ю (104род.) и во 2-ю группы (106род.) исследования являлись- доношенный срок, одноплодная беременность, и для сравнения перинатальных исходов –наличие одного из методов индукции родов (применение мизопростола и/или мифепристона с мизопростолом, или окситоцина) при возникших показаниях.

Критериями исключения были - недоношенный срок, двойня, ВПР плода.

Оценивали эффективность данных методов преиндукции и индукции родов, их продолжительность и исходы родов с оценкой состояния новорожденных.

Полученные результаты обработаны разностной, вариационной статистикой с вычислением M^+ и с определением показателя статистической значимости различий (p).

Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки, определенная по таблицы Стьюдента, была равна $p = 0,05$. Парные сравнения абсолютных величин проводились по U – критерию Манна-Уитни для сравнения независимых выборок, Т-критерию Вилкоксона для сравнения зависимых выборок.

Полученные результаты. При ретроспективном исследовании исхода родов при двух разных методах индукции родов проведенное с целью изучения их влияния на плод и новорожденного были сформированы 2 группы по следующим критериям:

1-группа (104 род.) при наличии родостимуляции с помощью мизопростола по схеме (25мкг -1/8часть таб. х 24 часа интравагинально) и /или преиндукция с помощью мифепристона с последующим применением мизопристона;

2-группа (106 род.) при родостимуляции с помощью в/в капельного введения окситоцина по схеме (в разведении 1.0 мл (5МЕ) окситоцина в 400 ,0 мл. 0,9 раствора натрия хлора, начиная с 6 капель в минуту (3мЕД/ мин.)

При проведении сравнительной оценки в группах у родильниц изучали особенности соматического и репродуктивного анамнеза, начиная с возраста начала становления менструального цикла, возраста начала половой жизни, паритет, течение прошлых и настоящей беременностей, исходы родов. Изучали антропометрические параметры женщин (рост, вес на момент поступления с вычислением индекса массы тела и соотношения ОТ и ОБ), изучали особенности течения, осложнений и показаний для родостимуляции данных родов.

Анализ полученных данных родильниц участниц исследования, показал, что по возрасту и паритету группы сопоставимы:

в 1 группе средний возраст женщин был равен -30,5 лет (в диапазоне 17-42 лет), во 2 группе- 31,2 года (в диапазоне 18-43 лет).

По паритету в группах исследования преобладали повторнородящие: так, в 1-й группе участниц - повторнородящими были-50(48,2%) родильниц, первородящими-37(35,5%) и многорожавшими-17 (16,3%) родильниц.

Во 2-й группе аналогичные показатели составили-46,3; 37,2 и 16,5. Средние показатели роста и веса женщин достоверно не отличались, составляя в 1 группе- рост 159,8 см и во 2-ой-160,1 см; вес в 1-й группе 68,3 и во 2-ой группе – 67,5 кг.

Анализ осложнений и показаний к индукции родов в группах исследования показал, что показанием для родовозбуждения в 1-й группе являлась следующая структура осложнений течения беременности и родов:

преэклампсии устойчивые к консервативной терапии (38 случаев или 36,5%); у 42 - дородовый разрыв плодных оболочек (40,3%), в 16(15,3%) случаях ДРПО с длительным безводным периодом, в 14(13,4%) случаях переношенная по сроку гестации (более 42 недель) беременность. Следовательно, наиболее частым показанием к родостимуляции в 1 группе были ДРПО с длительным безводным периодом, что суммарно составляет- 55,6% т.е. более чем у каждой второй беременной, показанием к индукции родов было данное осложнение гестации, вторым по частоте показанием к индукции родов в данной группе были тяжелые преэклампсии и затем перенашивание беременности.

Наиболее частым показанием во второй группе к индукции родов были следующие показания: - тяжелые преэклампсии (в большинстве случаев у перво и повторнородящих) неподдающиеся консервативной терапии-42(41,7%); в 37(34,3%) случаях

преждевременное излитие вод, в 22 случаях (20,6%) ДРПО с длительным безводным периодом.

У новорожденных оценивали антропометрические параметры (рост, вес, объемы окружности головы, груди в см.) с оценкой их состояния по шкале Апгар на 1 и 5 минут после индуцированных родов, особенностей протекания у них периода адаптации, показателей рутинных и специальных (назначенных при необходимости) анализов.

Полученные данные сравнительной оценки осложнений и состояния новорожденных при индуцированных родах представлены ниже на рис. №1 и 2.



Рисунок 1. Осложнения состояния новорожденных в 1 группе исследования

При анализе оценки состояния новорожденных после индукции родов по шкале Апгар в группах исследования получены следующие показатели:

Средний бал новорожденных по шкале Апгар на 1 мин. составил -6,3 в 1-й и 7,9 бала - во 2-й группе;

Средний бал новорожденных по шкале Апгар в группах на 5 мин.

- 7,7 в 1-й и 8,0 балла во 2-й группе соответственно.



Рисунок 2. Осложнения во 2 группе исследования

Из представленных данных следует что, в 1 группе исследования, где беременным для индукции родов применяли преиндукцию родов с помощью мефипристона и мизопростала, средняя оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на 1 мин. был- 6,3 бала, а во 2 группе с применением окситоцина -7,8 баллов.; также и на 5 мин. в 1-й группе -7,7 и во 2-й группе-8,0 бала соответственно, что в целом согласуется с данными и других исследователей [4,5,6].

Таким образом, при индукции родов в группе новорожденных матерям которых с целью преиндукции родов применялся мефипристон и/ или мизопростол по схеме в течение суток, наиболее чаще отмечалась дыхательная недостаточность и такое осложнение как кровоизлияния в мозг, а при индукции родов с применением окситоцина-чаще всего легкая или средней тяжести гипоксия.

Следовательно, сравнительная оценка влияния на плод и новорожденного медикаментозных методов индукции родов показал, что из данных способов наиболее щадящим методом для плода и новорожденного является (при условии зрелой шейки матки) метод родостимуляции с применением окситоцина.

Литература

1. Баев О.Р., Румянцева В.П., Тютюник В.Л. и др. *Медикаментозная подготовка шейки матки к родам и родовозбуждению. Клинический протокол.* М.: Планида, 2013-24 с.
2. Мухаметова Э.Е., Кзылбаева М.Т., Кенесбаева Н.Н., Темирбекова А.Б. Анализ исходов индуцированных родов в зависимости от методов индукции. *Вестник КазНМУ.* 2016; 1: 26–7.
3. Бексултанова М.У., Танышева Г.А., Кинаятова Ш.К. Влияние методов индукции родов на материнские и перинатальные исходы родов. *Наука и здравоохранения.* 2015; 5: 42–51.
4. Наумов А.Д., Подгурская К.В., Кришталь В.С., Косинец М.В. Сравнительный анализ способов подготовки шейки матки к родам и исходы родов. Особенности применения мифепристона для подготовки шейки матки к родам. *Молодой ученый.* 2016; 114(10): 517–521.
5. Климович Н.М., Бойко Т.А. Опыт применения мизопростала в акушерской практике. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка». М.:«Авиаиздат». 2013; 141 с.
6. Приходько А.М., Романов А.Ю., Баев О.Р. Показатели кислотно-основного равновесия и газового состава артериальной и венозной крови при гипоксии плода. *Акушерство и гинекология,* 2019; 2: 93–97.

7. Чернуха Е.А. Переношенная и пролангированная беременность. М.: Издательский дом «Династия». 2006; 96 с.
8. Литвицкий П.Ф. Гипоксия. / Вопросы современной педиатрии; 2016.15(1).138с.
9. Суверенева А.П., Мамиев О.Б. и др. Взгляд на проблему ранней неонатальной смертности с позиции материнского организма. *Международный журнал экспериментального образования*. 2014; 3: 178–80.
10. Румянцева В.П. Ультразвуковые предикторы эффективности индукции родов. Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2011;184с.

THE EFFECT OF DRUG STIMULATION METHODS ON THE HEALTH OF NEWBORNS

Pulatova Aziza Pulatovna, Vahobbova Shamsiya Huseinovna, Hamidova Fariza Ziyondarovna, Nazarova Mijgona Alimovna, Hakimova Sitara Rajabovna.

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

A comparative assessment of the effectiveness of the methods of stimulation of labor for fetuses and newborns showed that for their health, the method of labor stimulation using oxytocin was less effective and had mostly mild hypoxic symptoms.

Keywords: hypoxia, asphyxia, respiratory failure, agitation.

ТАЪСИРИ УСУЛҲОИ ДОРУВОРИИ БАРАНГЕЗИШИ ВАЛОДАТ БА ҲОЛАТИ СОЛИМИИ НАВЗОДОН

Пулатова Азиза Пулатовна, Ваҳобова Шамсия Ҳусейновна, Ҳамидова Фируза Зияндаровна, Назарова Мижгона Алимовна, Ҳакимова Ситора Раджабовна

МД «Пажуҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон», Душанбе

Баҳодиҳии муқоисавии таъсирнокии усулҳои барангезиши валодат ба ҷанин ва навоздон нишон дод, ки барои солимии онҳо усули барангезиши валодат бо истифода аз окситотсин камтаъсир буда, бештар оризаҳои гипоксиявии дараҷаи сабук дошт.

Калимаҳои калидӣ: гипоксия, асфиксия, норасогии нафас, барангезиши валодат.

Адрес для корреспонденции:

Пулатова Азиза Пулатовна – к.м.н., руководитель отдела статистики НИИ Акушерства, гинекологии и перинатологии РТ.

Адрес: 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. М.Турсунзаде 31.

E- mail: tneiagip@mail.ru

УДК 618.146-006.2.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАДИЦИОННОГО PAP-МАЗКА ПО ПАПАНИ-КОЛАУ И ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В СКРИНИНГЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

**Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна, Курбанова Муборак Хасановна,
Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна, Мамедова Зевар Туракуловна,
Азимова Дилором Амиркуловна**

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан*

Цель работы – сравнить традиционный цитологический метод и метод жидкостной цитологии при проведении скрининга патологии шейки матки.

Ключевые слова: жидкостная цитология, рак шейки матки, скрининг.

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место в структуре онкологической патологии среди женского населения в мире. В большинстве случаев рак шейки матки возникает у женщин в возрасте 50–60 лет, однако в последние десятилетия статистика говорит о смещении нижней возрастной границы этого вида рака до 37–40 лет [4, 5].

Заболеваемость и смертность от этой патологии значительно снизились за последние годы благодаря внедрению современных и точных методов диагностики и массового скрининга женщин.

Ранняя диагностика неоплазий и рака шейки матки – важнейшее направление современной гинекологии. Все диагностические методы и методики обследования шейки матки разрабатывались для ранней и дифференциальной диагностики именно этого заболевания и его облигатного предрака [6–8]. Международная федерация акушеров гинекологов (FIGO) рекомендует в качестве скрининга «онкоцитологию (до 60 лет) + ВПЧ тестирование (до 65 лет)» каждые 5 лет (2009) [9]. С 2015 года Общество гинекологов онкологов (SGO) и

Американское общество колоноскопии и цервикальной патологии (ASCCP) рекомендовали первичный ВПЧ-скрининг для женщин в возрасте 25 лет и старше [10, 11]. Рак шейки матки – одна из наиболее распространенных онкологических патологий. Анализ литературы последних лет показывает, что цитологический скрининг является одним из наиболее эффективных способов выявления предопухолевых и опухолевых поражений шейки матки [1, 2, 5–7]. ПАП-тест входит в систему скрининга РШМ во всех развитых странах мира. Достоверность цитологического метода при начальных формах РШМ, по данным различных авторов, достигает 63–87% [11, 13].

Анализ литературы последних лет показывает, что цитологический скрининг является одним из наиболее эффективных способов выявления предопухолевых и опухолевых поражений шейки матки [1, 2, 5–7]. ПАП-тест входит в систему скрининга РШМ во всех развитых странах мира. Достоверность цитологического метода при начальных формах РШМ, по данным различных авторов, достигает 63–87% [11,

13]. Жидкостная цитология является альтернативой традиционному мазку, по методике размещение материала с шейки матки происходит не на стекле, а вместе со щеткой в транспортной жидкости, предотвращая потерю части материала [2, 9, 12]. Дальнейшая работа с клеточной суспензией происходит в лаборатории, и может быть частично или полностью автоматизирована. Жидкостная технология позволяет получать высококачественные стандартизированные цитологические образцы, избегать «загрязнения» препарата эритроцитами и воспалительными элементами и распределять клетки без скопления на небольшом участке диаметром 1,3 см в виде однородного монослоя. Преимущество данного метода заключается в уменьшении количества неадекватных мазков примерно в 10 раз, сокращении времени, не обходимого для интерпретации мазка, возможности использовать оставшуюся - клеточную суспензию для тестов на ВПЧ и молекулярных тестов из того же образца в случае сомнительных результатов мазков [4, 15].

В соответствии с клиническими рекомендациями интерпретация ПАП_теста проведена в соответствии с классами: класс 1 – норма, класс 2 – воспалительный тип; класс 3 – дискарееоз; класс 4 – клетки подозрительные на рак или карциному; класс 5 – рак. Результаты жидкостной цитологии интерпретированы в соответствии с терминологической системой Бетесда: 1 – негативный в отношении интраэпителиального поражения и злокачественности; 2 – цитограмма в пределах нормы (воспалительный мазок); 3 – атипические клетки многослойного плоского или железистого эпителия неясного значения (ASCUS, AGC); 4 – низкая степень эпителиального плоскоклеточного поражения (LSIL, легкая дисплазия, ВПЧ_инфекция);

5 – высокая степень эпителиального плоскоклеточного поражения (HSIL, умеренная, тяжелая дисплазия) или атипические железистые клетки (NOS); 6 – плоскоклеточный рак (Squamous cell carcinoma) или эндоцервикальная аденокарцинома (AIS) [13].

Материал и методы. Обследованы 120 женщин репродуктивного возраста с патологией шейки матки: эрозии шейки матки – 20, полипы – 20, лейкоплакии – 20, LSIL – 26, ASCUS – 20, HSIL – 24, CIC – 10 случаев. Всем больным проведено кольпоскопическое, цитологическое исследование с применением PAP-мазка по Папаниколау и применение жидкостной цитологии в лаборатории «Диамед», а также клинические методы обследования. При поступлении в стационар у пациенток с фоновыми заболеваниями основными жалобами были: боли в нижних отделах живота – у 40 (33,3 %) больных, выделения из половых путей – у 40 (33,3 %), контактные кровянистые выделения – у 20 (16,6 %), зуд влагалища – в 10 (8,3%) наблюдений (табл.1).

Кольпоскопическая картина шейки матки у обследуемых больных представлена в (табл. 2).

Таблица 1
Жалобы больных

Жалобы	Абс. кол-во (73)	%
боли в нижних отделах живота	40	33.3
выделения из половых путей	40	33.3
контактные кровянистые выделения в основном у лиц с дисплазиями	20	16,6.
зуд влагалища	10	8.3

Таблица 2.

Фоновые и предраковые заболевания шейки матки	Абс. кол-во	%
истинные эрозии и эктропион	20	16.6
лейкоплакии	20	16.6
полипы шейки матки	20	16.6
Дисплазии LSIL	26	21.6
ASCUS	20	16.6
HSIL	24	20
CIC	10	8.3

Было проведено проспективное исследование, объектом которого являлись женщины с возрастом от 20 до 45 лет ($32 \pm 0,7$). Было проведено плановое обследование, исследование с использованием клинических, лабораторных и статистических методов.

Всем женщинам проведено цитологическое исследование одним из двух методов: методом традиционной цитологии и методом жидкостной цитологии.

Для статистического исследования решено было оценивать результаты цитологических исследований в соответствии с классификацией Bethesda (табл. 3).

Таблица 3

Расшифровка цитологического исследования

Результаты цитологических исследований в соответствии с классификацией Bethesda Сокращение по Bethesda	Расшифровка
NILM	Отсутствие интраэпителиального поражения или злокачественности
ASC-US	Атипичные клетки плоского эпителия неясного значения
ASC-H, AGC	Атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить HSIL. Атипичные железистые клетки
LSIL	Низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения
HSIL	Высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения

Результаты исследования.

Таблица 4.

Сравнительный анализ цитологического исследования между PAP-тестом и жидкостной цитологией (n=120).

Цитология (n=120)	NILM	ASCUS	ASC-H, AGC (воспалительный тип)	LSIL	HSIL	C-r
Традиционная	20 (16.6%)	20 (16.6%)	20 (16.6%) *×	26 (21.6%)	24 (20%)	10(8.3%)
Жидкостная	22(18.3%)	22(18.3%)	10 (8.3%) *×	35(29.1%)	20(16.6%)	15(12.5%)

При использовании жидкостной цитологии общая выявляемость патологии была значительно выше, чем при использовании традиционного метода ($p < 0,001$) достоверность. *×

При цитологическом исследовании по Папаниколау чаще всего определялись мазки II класса (с изменениями морфологии клеточных элементов, обусловленными воспалительным процессом во влагалище и на шейке матки) – 20 (16.6%) женщин, мазки III класса (с наличием единичных клеток с аномалиями цитоплазмы и ядер у 24(20%) случаев, а также мазки IV класса (с единичными атипическими клетками, подозрительными в отношении злокачественности) - встречались у 26(21,6%) пациенток с лейкоплакией. Мазки I (нормальная цитологическая

картина у 20 (16.6%) и V (с клетками, положительными в отношении рака) встречались в 10(8.3%) случаях. Диаграмма 1.

У пациенток с эрозией шейки матки у всех 20-16,6,3% , PAP тест показал NILM, ASCUS- у лиц с лейкоплакией -20(16.6%) и полипы- у 20(16.6%) женщин, отнеслись к ASCH, AGC- воспалительному типу. Жидкостная цитология шейки матки дала наиболее точный результат исследования клеток на наличие либо отсутствие патологии и высокоэффективна для выявления атипических и раковых клеток.

Диаграмма 1

Традиционная цитология PAP- мазка

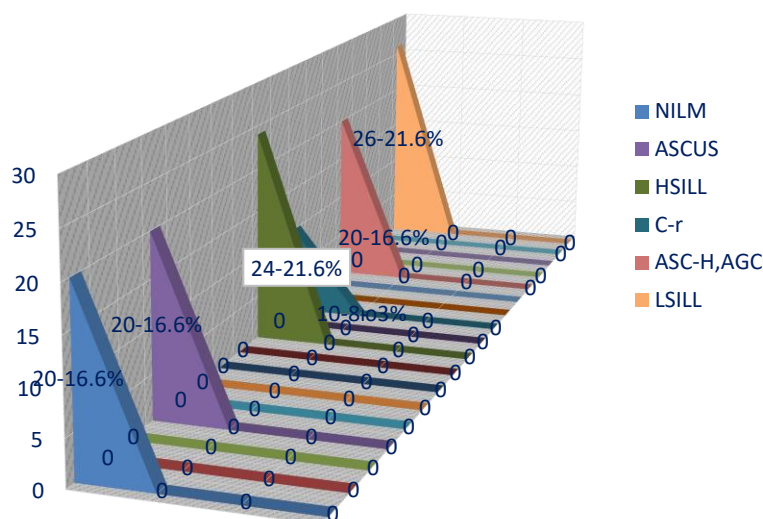
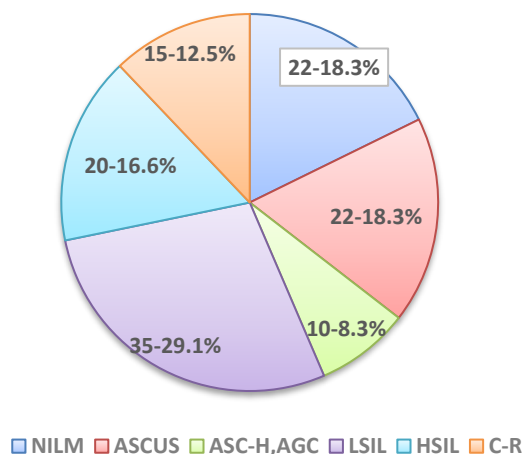


Диаграмма 2. Жидкостная цитология



NILM (отсутствие интраэпителиального поражения или злокачественности) при традиционной обнаруживался у 20 (16.6.3%) пациенток с эрозией шейки матки, а при жидкостной в 22 (18.3%) случаях, у остальных 2(1.6%) пациенток обнаружился LSIL, в виде ВПЧ. Жидкостная цитология выявила у 4(3.3%) пациенток с ASCUS - дисплазию тяжелой степени или HSIL. У 10 (8.3%) пациенток с воспалительным типом мазка ASC-H, AGC жидкостная цитология обнаружила LSIL.

Соответственно у пациенток с дисплазией тяжелой степени или HSIL из 24(20%) пациенток при традиционном типе мазка в 4(3.35) случаях жидкостная цитология выявила рак шейки матки (cancer). Жидкостная технология в автоматизированных системах позволяет улучшить выявляемость патологии на этапе цервикальных эпителиальных неоплазий. Это связано с большей вовлеченностью клеток в патологический процесс, когда весь эпителиальный пласт представлен атипичными клетками, что упрощает выявление и нахождение этих клеточных структур.

Заключение. Проанализировав полученные результаты, нами было установлено, что метод жидкостной цитологии обладает большей чувствительностью в выявлении патологии при скрининге рака шейки матки, при этом снижается количество «неопределенных» цитологических диагнозов и увеличивается количество случаев выявления патологии на ранних стадиях, тем самым, позволяя начать необходимое лечение и предотвратить прогрессирование заболевания, что имеет также большое экономическое значение [8].

Жидкостная цитология является альтернативой традиционному мазку, по методике размещение материала с шейки матки происходит не на стекле, а вместе со щеткой в транспортной жидкости, предотвращая потерю части материала [2, 9, 12]. Жидкостная технология позволяет получать высококачественные стандартизированные цитологические образцы, избегать «загрязнения» препарата эритроцитами и воспалительными элементами и распределять клетки без скопления на небольшом участке диаметром 1,3 см в виде однородного монослоя. Преимущество данного метода заключается в уменьшении количества неадекватных мазков примерно в 10 раз, сокращении времени, необходимого

для интерпретации мазка, возможности использовать оставшуюся клеточную суспензию для тестов на ВПЧ. Применение жидкостной технологии в автоматизированных системах позволяет улучшить выявляемость патологии на этапе цервикальных эпителиальных неоплазий, обеспечить персонифицированный учет женщин, облегчить организационные трудности скрининга, так как ВПЧ тестирование может быть проведено без дополнительного визита пациенток.

Метод жидкостной цитологии в современных условиях является методом выбора при скрининге рака шейки матки.

Выводы. Таким образом, метод цитологического исследования – жидкостная цитология шейки матки позволяет получить наиболее точный результат исследования клеток на наличие либо отсутствие патологии, высоко эффективна для выявления атипических и раковых клеток, что является большим преимуществом при проведении скрининга шейки матки.

Дополнительные преимущества жидкостной цитологии:

1. Быстрое приготовление препарата;
2. Продолжительный срок годности и хранения материала;
3. Возможность приготовления нескольких цитологических препаратов из полученного мазка полученного биоматериала;
4. Применение стандартизированных методик окрашивания.
5. При сложности интерпретации традиционного препарата, такие же проблемы возникают и в жидкостном препарате, однако единичные комплексы CIN3 лучше выявляются в жидкостных препаратах.
6. В настоящее время оптимальным является использование одновременно двух цитологических методов диагностики: традиционной цитологии и жидкостной цитологии.

Литература

1. Прилепской В.Н. (по ред.) *Заболевания шейки матки и генитальные инфекции*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 384 с.
2. Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Ежова Л.С. Оптимизация цитологической диагностики заболеваний шейки матки. *Новости клинической цитологии России*. 2011; 15(3-4): 3-7.
3. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б. Национальное руководство по гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 989 с.
4. Шабалова И.П., Касоян К.Т. (под ред.) Цитология жидкостная и традиционная при заболеваниях шейки матки. М.: ООО «Изд-во «Триада», 2015; 316 с.
5. Роговская С.И., Липова Е.В. (под ред.) Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руков. для практик. врачей. М.: Редакция журнала Status-Praesens. 2014; 832 с.
6. Прилепская В.Н., Голубенко А.Е. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки. М., 2015.
7. Роговская С.И. Микробиоценоз влагалища и цервикальная патология. *Concillium Medicum*. 2014; 6(16): 51-5.
8. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. (Клин. лекции). М.: МЕД пресс, 2009; 432 с.
9. Прилепская В.Н. (под ред.) Поликлиническая гинекология (Клинические лекции). М., 2010; 533 с. *Журнал Российского общества акушеров-гинекологов*. 2015; 3. 34 с.
10. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. М.: Аэрограф-медиа, 2010; 118 с.
11. Видадь специалист. Справочник «Акушерство и Гинекология». – ЗАО «Астра Фарм Сервис», 2011.
12. Козаченко В.П., Прилепская В.Н. Диагностика и лечение эпителиальных дисплазий и преинвазивной карциномы шейки матки. (Клин. лекции). 4-е изд. М.: МЕД пресс, 2005; 138с.
13. Singh U, Anjum, Qureshi S, Negi N, Singh N, Goel M, Srivas-tava K. Comparative study between liquid-based cytology & conventional Pap smear for cytological follow up of treated patients of cancer cervix. *Indian J Med Res*. 2018 Mar.

TRADITIONAL AND LIQUID CYTOLOGY IN DIAGNOSING CERVICAL PATHOLOGY

Yusufbekova Umeda Yusufbekovna., Kurbanova Mubarak Khasanovna, Khushvakhtova Ergashoy Khushvatovna, Mamedova Zavar Turaqulovna, Azimova Diloru Amirqulovna

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

In this article we compared two methods of cytologic research of material from a uterus cervix: traditional and liquid cytology. The method of liquid cytology is more informative and can be used as an independent screening method of detection of uterus cervix diseases.

Keywords: cervical cancer, liquid-based cytology, screening

**ХУСУСИЯТҲОИ ҚИЁСИИ АНЪАНАВӢ РАР МОЛИШАК МУВОФИҚИ
ПАПАНИКОЛАУ ВА СИТОЛОГИЯИ МОЕЪ ДАР СКРИНИНГИ
САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН**

**Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна, Курбонова Муборак Ҳасановна,
Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна, Мамедова Зевар Туракуловна,
Азимова Дилором Амиркуловна**

МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон», Душанбе

Мақсади тадқиқот – муқоисаи усули анъанавии ситологи ва усули ситологияи моеъгӣ хангоми гузаронидани скрининги патологияи гарданаки бачадон.

Калимаҳои калидӣ: ситологияи моеъгӣ, саратони гарданаки бачадон, скрининг.

Адрес для корреспонденции:

Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна – к.м.н, старший научный сотрудник отделения гинекологии НИИ Акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ;
Душанбе, ул. А.Навои 23-54; тел+917681155; Email: yusumeda@gmail.com.

**Правила направления, рецензирования и опубликования
научных статей в журнале «Мать и Дитя»**

Уважаемы авторы!

**Редакция журнала «Мать и Дитя» просит Вас придерживаться
следующих правил оформления статей**

1. Направляемый для публикации материал должен быть напечатан стандартным шрифтом **12 или 14 через интервал 1,5** на одной стороне стандартного листа формата А4 (210х297) с полями 3 см слева, 1,5 справа. Статьи принимаются **в двух экземплярах, обязательно наличие материала в электронной версии.**
2. Статья должна **быть завизирована подписью руководителя учреждения и гербовой печатью** либо должно быть отдельное для статьи направление учреждения в редакцию.
3. В начале первой страницы указываются **УДК, фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город.** Далее следует указать **контактную информацию на одного из авторов** (полностью фамилия, имя, отчество, почтовый адрес, телефон, электронную почту).
4. Перед текстом должно быть написано отдельное **резюме** (приблизительное количество 100-150 слов), вкратце отражающее содержание статьи. После резюме необходимо написание **ключевых слов** (3-10) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах.
5. Фамилия(и) и инициалы автора(ов), название статьи и резюме вместе с ключевыми словами должны быть переведены на **английский и таджикский языки.**
6. В конце статья должна быть **собственноручно подписана автором и соавторами** с указанием полностью фамилии, имени, отчества, места работы, должности, ученой степени и звания, контактной информации. При наличии соавторов в конце статьи указывается **отсутствие конфликта интересов.**
7. Рекомендуемый **объем статей:** для оригинальных исследований – 8-10 страниц, описание отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 15 страниц информации, письма в редакцию и другой материал – 3 страницы.

Оригинальные исследования должны иметь **следующую структуру: актуальность, цель исследования, материал и методы исследования с обязательным описанием использованных методов статистической обработки полученных данных, результаты и их обсуждение, заключение или выводы.** Введение должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении цели исследования проблемы, её актуальности и задач исследования; материал и методы исследования (приводятся количественные и качественные характеристики обследованных, методы исследований и способы обработки статистических данных); результаты исследования (представляются в логической последовательности в тексте, таблицах, рисунках); обсуждение и заключение (включает новые и важные аспекты исследования, сопоставление с данными других источников, обоснованные рекомендации и краткое заключение).

При обработке материала используется система единиц СИ. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы. В сноске к

цитатам указывается источник (в виде порядкового номера по списку литературы).

В статью включаются только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером.

Фотографии (черно-белые или цветные) включаются в статью, именуются, как рисунки, и должны быть набраны в формате, удобном для редактирования. **Фото рисунков не принимаются!**

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. **Фото таблиц не принимаются!**

Список литературы составляется в порядке встречаемости авторов по тексту в соответствии с требованиями Vancouver Style. В тексте дается ссылка на порядковый номер **в квадратных скобках**.

Количество источников для оригинальной статьи – 5-12, для обзора/ов – не больше 40. Принимаются ссылки на авторов только за **последние 5-7 лет исследования**.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. Ссылки на собственные работы автора комитетом ВАК по этике признаны некорректными и в статье не допускаются! Также не допускаются ссылки на диссертации, авторефераты диссертаций, тезисы из материалов съездов и конференций.

Направление в редакцию работ, которые посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускаются.

Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

Порядок рецензирования рукописей

Статьи, поступающие в редакцию, проходят предварительную экспертизу и принимаются в установленном порядке.

После предварительного просмотра статьи, при необходимости, редакция сообщает автору замечания по содержанию и оформлению рукописи, которые необходимо устранить до передачи текста на рецензирование.

Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих ее тематике, с целью их экспертной оценки. Все рецензенты являются признанными специалистами по тематике рецензируемых материалов и

имеют в течение последних 3 лет публикации по тематике рецензируемой статьи. Рецензентами не могу быть научные руководители авторов статей.

Рецензия содержит обоснованное перечисление положительных качеств материала, в том числе научную новизну проблемы, её актуальность, фактологическую точность цитирования, хороший стиль изложения, использование современных источников, а также мотивированное перечисление недостатков материала. В заключении даётся общая оценка материала и рекомендация для редколлегии (опубликовать материал, опубликовать материал после доработки, направить на доработку, направить на дополнительное рецензирование, отклонить).

Статья, нуждающаяся в доработке, направляется авторам с замечаниями рецензента и редактора для их устранения с последующим обязательным согласованием внесённых исправлений с редакцией.

В случае отрицательной рецензии редакция издания направляет авторам представленных материалов копии рецензий или письменный мотивированный отказ.

Редакция также обязуется направлять копии рецензий на опубликованный материал в Министерство образования и науки Российской Федерации при поступлении в редакцию издания соответствующего запроса.

Авторы должны внести все необходимые исправления в окончательный вариант печатного материала и вернуть в редакцию исправленный текст и его идентичный электронный вариант, а также рукопись с замечаниями рецензента. После доработки статья повторно рецензируется, и редакция принимает решение о её публикации.

Двухстороннее слепое рецензирование рукописи осуществляется конфиденциально. Разглашение конфиденциальных деталей рецензирования рукописи нарушает права автора. Рецензентам не разрешается снимать копии с рукописей для своих нужд.

Рецензенты, а также сотрудники редакции не имеют права использовать информацию, содержащуюся в рукописи, в своих собственных интересах до её опубликования.

Рецензии хранятся в редакции издания в течение 5 лет.

Публикация статьи осуществляется при наличии положительной рецензии и решения членов редколлегии об её издании. Порядок и очерёдность публикации статьи определяется в зависимости от даты поступления окончательного варианта статьи.