



**Сармуҳаррир:**

Давлатзода Г.Қ. – н.и.т., дотсент,  
директори МД ПАГ ва ПТ

**Муовинони сармуҳаррир:**

Муминова Ш.Т. – н.и.т., муовини  
директор оид ба корҳои илмӣ МД  
ПАГ ва ПТ

Мирзоева А.Б. – н.и.т., дотсент,  
муовини директор оид ба корҳои  
табобати МД ПАГ ва ПТ

**Котиби масъул:**

Юсуфбекова У.Ю. – н.и.т., ходими  
калони илмӣ МД ПАГ ва ПТ

**Муҳаррир-мушовир:**

Зиё Раҳмон – н.и.б.

**Муҳаррири бадеӣ:**

Темурхонов Т.

**Тарҷумон:**

Мамедова З.Т. – н.и.т.

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

**Суроғи таҳририя:**

734002, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш.  
Душанбе, куч. Мирзо Турсунзода  
31, Тел.: (+992 372) 213656  
(+992) 907810281

E-mail: info@niiagip.tj

**Муассисони маҷалла:**

Муассисаи давлатии Пажӯҳишгоҳи  
акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии  
Тоҷикистон

Ҷамъияти акушер-гинекологҳои  
Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Учредители журнала:**

Государственное учреждение Таджикский  
научно-исследовательский институт  
акушерства, гинекологии и перинатологии

Общество акушеров-гинекологов  
Республики Таджикистан

**МОДАР ВА КӮДАК  
МАТЬ И ДИТЯ  
MOTHER AND CHILD**

Маҷаллаи илмӣ-амалӣ

№2, 2023

**ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ**

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

Додхоева Мунаввара Файзуллоевна – Академики  
Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон, д.и.т.,  
профессор, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии  
Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибн Сино” (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 илмҳои 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)

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



#### **Главный редактор**

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

#### **Заместители главного редактора**

**Муминова Ш.Т.** – к.м.н.,  
заместитель директора по  
научной работе ТНИИ АГиП  
**Мирзоева А.Б.** – к.м.н., доцент,  
заместитель директора по  
лечебной работе ТНИИ АГиП

#### **Ответственный секретарь**

**Юсуфбекова У.Ю.** – к.м.н.,  
старший научный сотрудник  
ТНИИ 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.

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

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

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

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

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

#### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

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

**Додхоева Мунаввара Файзуллоевна** - Академик  
Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н.,  
профессор ГОУ “Таджикский государственный  
медицинский университет имени Абуали ибн Сино”  
(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)

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

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

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

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

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

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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Рахматуллоева Дилноза Манноновна** –  
к.м.н., учёный секретарь; 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)

**Зурхолова Хайринисо Рахмоновна** – К.М.Н.,  
доцент; ГУ “Таджикский Научно-иссле-  
довательский институт Акушерства, гинекологии  
и перинатологии” (Душанбе)

**Алиева Рано Якубджоновна** – к.м.н., доцент;  
ГУ “Таджикский Научно-исследовательский  
институт Акушерства, гинекологии и  
перинатологии” (Душанбе)

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

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

**Расулова Гулнора Тахирджановна** - к.м.н.,  
доцент; ГУ “Таджикский Научно-иссле-  
довательский институт Акушерства, гинекологии  
и перинатологии” (Душанбе)

**Нарзуллоева Зарина Рахматуллаевна** –  
к.м.н., доцент; ГУ “Таджикский Научно-  
исследова-тельский 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)

СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Алиева Р.Я., Пулодзода Ф.П.</b> Алгоритм ведения подростков с ранней беременностью .....                                                                                                                                                             | 5  |
| <b>Арабова С.У., Амонова Ш.Ш., Абдулазизова Ф.А., Кенчаева Г.К., Абдурахмонова Ш.В.</b> Оценка эффективности коррекции гемодинамических нарушений в маточно-плодово-плацентарном комплексе путем доплерометрии при угрозу прерывания беременности ..... | 10 |
| <b>Ахадова Г.И., Юнусова М.М.</b> Клинико-анамнестическая характеристика женщин с хроническими заболеваниями половых органов хламидийной этиологии .....                                                                                                | 14 |
| <b>Гулакова Д.М., Болиева Г.У., Бойматова З.К., Сайдахмадова Ш.Дж., Азимова Д.А.</b> Метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста .....                                                                                                     | 23 |
| <b>Касымова З.Н., Муминова Г.Ф., Самадова П.Т., Амонова М.А., Султонова Я.С.</b> Роль ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии для диагностики вставания плаценты .....                                                           | 29 |
| <b>Мардонова С.М., Давлатзода Г.К., Юлдашева А.К., Киемиддинзода М.</b> Новые подходы при родоразрешении беременных с вставанием плаценты .....                                                                                                         | 35 |
| <b>Мурадова Д.Б., Ишматова К.А.</b> Аномальные маточные кровотечения пубертантного периода: факторы риска, профилактика и лечение .....                                                                                                                 | 41 |
| <b>Мухамадиева С.М., Ахмеджанова Г.А., Джумаева М.Х., Акрамова О.Ф.</b> Приемлемость и эффективность чисто прогестинового контрацептива пролонгированного действия Левоплант для женщин групп высокого риска .....                                      | 51 |
| <b>Олимова Т.Ш., Икромова З.М.</b> Особенности диагностики, анестезиологическое обеспечение и периперационное ведение беременных с Covid-19 .....                                                                                                       | 59 |
| <b>Орипова Ш.Н.</b> Роль витамина D в профилактике осложнений беременности у женщин с инсулинорезистентностью (обзор литературы) .....                                                                                                                  | 64 |
| <b>Пулатова А.П., Рустамова М.С., Хакимова С.Р., Гуломшоева Н.В., Аюбова М.С.</b> Медико-социальные факторы риска и перинатальные исходы при сочетанном дефиците микронутриентов родильниц .....                                                        | 71 |

УДК 618.2 – 053.6

## АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С РАННЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Р.Я. Алиева, Ф.П. Пулодзода

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

---

*При наступлении беременности у подростков необходимо качественное обследование и антенатальное наблюдение. При выявлении дефицита микронутриентов их своевременная сочетанная коррекция как рациона питания, так и медикаментозная коррекция направлены на восполнение дефицита микронутриентов и профилактику плацентарной недостаточности. Установлено, что сочетанная коррекция благоприятно и эффективно влияет на течение беременности и перинатальные исходы.*

---

**Ключевые слова:** подростки, беременность, юные роженицы, дефицит микронутриентов, пороки развития, преждевременные роды.

## АЛГОРИТМИ МУРОҚИБАТИ НАВРАСОНИ ДОРОИ ҲОМИЛАГИИ БАРМАҲАЛ

Р.Я. Алиева, Ф.П. Пулодзода

*МД «Пажухишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».  
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

---

Ҳангоми ба қайдгирии ҳомиладорӣ дар наврасон, муоинаи босифати антенаталӣ, ислоҳи саривактӣ таносуби ғизо, табobati медикаментозӣ, ки барои пешгирӣ намудани дефисити микронутриентҳо равона шудааст лозим аст, ин ба равишӣ ҳомилагӣ ва натиҷаҳои перинаталӣ таъсирӣ мусбӣ мерасонад.

---

**Калимаҳои калидӣ:** ҳомиладорӣ, наврасон, таваллуди бармаҳал, дефисити микронутриентҳо, нуқсонҳои модарзод.

## MANAGEMENT ALGORITHM FOR ADOLESCENT WITH EARLY PREGNANCY

R.Ya. Alieva, F.P. Pulodzoda

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

---

At the onset of pregnancy in adolescents, a qualitative examination and antenatal monitoring are necessary. When micronutrient deficiencies are detected, their correction is aimed at filling the deficiency and preventing placental insufficiency. The correction has a positive effect on the course of pregnancy and perinatal outcomes.

---

**Keywords:** pregnancy, malformations premature birth, young women in labor.

В Республике Таджикистан, независимо от возраста всем беременным антенатальный уход и помощь обеспечивают учреждения первичной медико-санитарной помощи, согласно национальному стандарту по антенатальному уходу при физиологической беременности (2018г). Наблюдение за беременной в зависимости от её состояния и статуса учреждения обеспечивает семейный врач или акушер-гинеколог, либо акушерка (медицинский дом-акушерка; городской (районный) центр здоровья – семейный врач; центр репродуктивного здоровья – врач акушер – гинеколог) [2,5].

Семейный врач и акушерка\семейная медицинская сестра осуществляют наблюдение только за беременными с физиологическим, неосложненным течением беременности. Акушер-гинеколог консультирует семейного врача, или акушерку, и осуществляет дальнейшее наблюдение при присоединении осложнений во время беременности. Независимо от возраста беременной, при её согласии, члены семьи могут присутствовать при консультировании беременной. Беременным, возрасте 17 лет и моложе антенатальное наблюдение осуществляет только врач акушер – гинеколог [2].

Первый этап включает обследование юной беременной, оценку факторов риска в результате сбора анамнеза, осмотра и физикального обследования и лабораторного скрининга, для выявления возможных заболеваний, дефицита микронутриентов и других осложнений гестации.

Сбор анамнеза осуществляется с целью выявления, перенесенных ранее острых и хронических заболеваний, включая воспалительные заболевания органов малого таза и ИППП. Необходимо изучить наличие наследственных заболеваний, а также заболеваний с наслед-

ственной предрасположенностью, воздействие экологических факторов и условия труда. Оценить бытовые условия и образ жизни, что так же влияют на качество здоровья и функциональную зрелость органов и систем подростков [1,3,5].

Осмотр и физикальное обследование включает измерение следующих показателей: роста, ИМТ (норма: 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>), АД, подсчёт частоты дыхательных движений, частоты сердечных сокращений.

При гинекологическом осмотре необходимо: влагалищное исследование при помощи зеркал со взятием мазков, бимануальное влагалищное исследование (микроскопия мазка, окрашенного по Грамму, цитологическое исследование мазков с области экзоцервикса и из цервикального канала, ВПЧ-тест), оценить наличие гирсутизма, акне, стрий, гиперпигментации кожных складок, развитие молочных желёз.

Лабораторный скрининг включает исследования общего анализа крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора. При отрицательном резус-факторе у беременной необходимо уточнить резус-принадлежность партнёра. Для оценки функционального состояния необходимо определение концентрации ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>. Определение сывороточных антител к бледной трепонеме, антигенов и антител ВИЧ, выявление HBsAg, анти-HCV, определение уровня глюкозы в плазме венозной крови, антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus). УЗИ исследование щитовидной железы, органов малого таза и молочных желёз [2,4].

Большое значение имеет раннее взятие на учет подростков с ранней беременностью, для выявления и коррекции хронических и соматических заболеваний и выявление дефицита микронутриентов. В первом

триместре беременности до 16 недель необходимо проведения УЗИ исследования (скрининг) для выявления пороков развития плода [2,3,5].

С этапа выявления и взятия на учёт необходимо провести правильное консультирование по питанию, гигиене, половому поведению и подробно информировать об опасных симптомах гестационного процесса [1,5].

При выявлении анемии, ЙДЗ и др. экстрагенитальных заболеваний алиментарного генеза, необходимо организовать своевременную консультацию необходимых смежных специалистов: гематолога, эндокринолога, терапевта гастроэнтеролога и др. в зависимости от выявленных патологий.

С момента зачатия, беременной особенно необходимо сбалансировать рацион питания, так как правильное питание – это залог и ключевой фактор будущего здоровья ребенка. Многочисленные исследования последних лет показывают, что не правильное питание (недостаточное поступление в организм беременной питательных веществ, незаменимых и заменимых белков, жиров углеводов – основных макро и микронутриентов и их соотношение в рационе) могут вызвать дисфункции и стрессовые реакции у внутриутробного плода влияющее на рост, умственное и физическое развитие плода. Доказано, что исход беременности и индекс здоровья матери и плода на прямую зависит от правильного и сбалансированного питания матери.

В нашей стране у женщин чаще всего репродуктивного возраста отмечается алиментарный дефицит магния, кальция, железа, йода и др. микронутриентов. Причиной дефицита микронутриентов в регионе является несбалансированное и неправильное, и однообразное с преобла-

данием быстрых углеводов (сахар, мучные, макароны, хлебобулочные изделия) питание, а также географическая эндемичность по йоду, железа в почве, пище и в воде.

Для выявления дефицита уровня микроэлемента магния необходимо обратить внимание на мышечный тонус пациентки, аритмию, скачки артериального давления, усталость, головную боль, раздраженность и нарушения сна. Для лабораторного анализа определения содержания магния используется сыворотка крови и утренняя средняя порция мочи. Для устранения дефицита магния широко используются препараты Магния в сочетании с витамином В6.

Общеизвестно, что железо в составе гемоглобина при беременности обеспечивает кислородом органы матери и ребенка, при дефиците железа происходит снижение показателя иммунной резистентности, однако если имеет место выраженный дефицит железа, то развивается гипохромная анемия. Для эффективного устранения дефицита данного микронутриента необходимо комплексная коррекция с учетом причины дефицита. Необходимо корректировать алиментарную недостаточность, проводить лечение ЖКТ, и использовать лекарственные препараты железа с фолиевой кислотой. Длительность и режим лечения, подбор дозы препарата для коррекции железодефицитных состояний у беременных подросткового возраста подбирается индивидуально с учетом степени дефицита, его переносимости, экономического статуса, пищевых традиций в семье и возможных побочных эффектов.

У подростков с дефицитом фосфора наблюдается недоразвитие костной системы в целом и особенно костей таза, что может неблагоприятно повлиять на роды и исход беременности. Среди осложнений

беременности и родов часто наблюдается дородовое излитие околоплодных вод, обструктивные роды и неудовлетворительный прогресс течения родов. Установлено, что при дефиците, взаимозависимых микроэлементов как фосфора, кальция и витамина «Д» в материнском организме для плода характерно существенные нарушения развития костной ткани такие как хрупкость костей, переломы и другие виды остеопатий.

Для диетической коррекции беременной женщине необходимо от момента зачатия урегулировать и сбалансировать рацион питания. В рационе должны преобладать молочные, мясные и морепродукты, рыба, морская капуста, злаки фрукты, овощи и др. При недостаточном уровне микронутриентов, ввиду потребностей растущего плода изменяются пищевые привычки, часто (особенно в первой половине гестации) возникают необычные потребности в питании: мела, известь, тягу к соленым или кислым продуктам и т.д.

При дефиците определенных микронутриентов часто возникают специфические проявления. Так, например, при снижении уровня микронутриента калия появляются такие осложнения, как судороги икроножных мышц, слабость, нарушение сердечного ритма, усталость, запоры. Для диетической коррекции беременные женщины должны включать в рацион питания бананы, шпинат, картофель, свеклу т.е. продукты с богатым содержанием данного микронутриента.

Кальций необходим для нормального развития внутриутробного плода и предупреждения таких осложнений беременности как, преэклампсия и эклампсия. Доказано, что применение суточной нормы кальция во время беременности снижает риск развития грозных гипертензивных осложнений беременности. Во время беременно-

сти необходимо консультирование беременных по вопросам сбалансированного питания с употреблением кисломолочных продуктов, злаковых культур, сыров, орехов и жирных сортов рыбы.

Для коррекции средней и тяжелой степени микронутриентной недостаточности необходимо комплексное лечение, и сбалансированное по основным ингредиентам питание и медикаментозные, микроэлемент содержащие препараты, дозы и продолжительность которых назначались терапевтом. При дефиците магния использовался препарат Магний В6, данный препарат назначался по схеме 2 таблетки 3 раза в день, продолжительность курса 14 дней и потребление продуктов богатых магнием (зелено листовые овощи, фрукты, орехи, миндаль и др.).

Профилактику и лечение анемии проводили препаратами железа в сочетании с фолиевой кислотой, продолжительность терапии зависела от уровня стабилизации гемоглобина в крови в рационе питания назначали мясные, молочные и море продукты, витаминно-минеральный комплекс [1,5].

При назначении препаратов кальция проводили необходимое консультирование о неиспользовании одновременно с ним в рационе питания зернобобовых продуктов, которые богаты фитатами и фосфором, затрудняющие всасывание препарата. При сочетании дефицита двух и более микронутриентов предпочтение отдавали сочетанным препаратам, например, аспаркам использовался при дефицитах калия и магния, калий йодит при сочетании дефицитов калия и йода, витаминно-минеральный комплекс, так как недостаточное и неправильное питание приводит к дефициту многих витаминов, микронутриентов которое в последующем приводит к дисфункции органов и сердечно-

сосудистым и желудочно-кишечным заболеваниям. Со стороны плода, при хронической дефиците жизненно необходимых (незаменимые аминокислоты, фолаты и др) микронутриентов отмечается недоношенность, низкий вес при рождении, микроцефалия, ВПР, мертворождаемость и др. [1,4,5].

Как известно, для благоприятного исхода беременности и родов рекомендуется перед планированием беременности женщинам с низким ИМТ повышение веса до достижения ИМТ  $\geq 19$  кг/м<sup>2</sup>, для женщин с ожирением рекомендовано снижение массы тела путем коррекции питания (ограничение жиров и углеводов) и увеличение физической нагрузки (умеренная ходьба, утренняя гимнастика и т.д.) [1,2,4].

В сроке 22 недель беременности, согласно стандартам, по антенатальному уходу, проводилась гравидограмма, УЗИ фетометрия и доплерометрия для выявления отклонений или отставаний в развитии внутриутробного плода [2,5].

Дородовую госпитализация осуществлялась в 38 недель беременности, для обследования и определения тактики введения родов. Роды проводились с функциональной оценкой таза, при диагностировании признаков обструкции в родах, с целью своевременного проведения оперативного родоразрешения.

В послеродовом периоде юным родильницам необходимо продолжить сбалансирование питания и профилактику микронутриентной недостаточности для эффективной лактации. Обязательно консультирование подростков и очень важно «юных матерей» в роддомах по вопросам послеродовой контрацепции, наблюдение врача акушер-гинеколога и при необходимости

эндокринолога, терапевта гастроэнтеролога и других специалистов [2,3,4,5].

Таким образом, подростковая беременность, на фоне микронутриентной недостаточности и не готовности юного организма к вынашиванию беременности и родам, обуславливает становится причиной различные патологические состояния и осложнения гестации в организме юной женщины, неблагоприятные перинатальные исходы, что требует своевременного выявления дефицита микронутриентов, и их диетическую и медикаментозную коррекцию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агаева Л.В. Состояние питания женщин до и во время беременности // *Juvenisscientia*, 2020, №2, с.6-13.
2. Национальный стандарт «Дородовая помощь при физиологической беременности», 2018г.
3. Кадырова С.Г. Течение родов и послеродового периода у подростков. Материалы VI-го съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016, с. 112.
4. Гоибзода, М.А. Некоторые причины ранних браков и их социальные последствия в Таджикистане // *Вестник Таджикского национального университета: серия социально-экономических и общественных наук*, 2018, №1, с.199-203.
5. Гаибов А.Г. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков в Республике Таджикистан // *Здравоохранение Таджикистана*, 2017, №1, с.38-43.
6. Гаибов, А.Г., Ганиева М.Х., Вохидов А.В. Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистан // *Вестник Авиценны*, 2016, №4, с.52-54.

Алиева Р.Я. – к.м.н., старший научный сотрудник акушерского отдела ГУ ТНИИ  
АГиП РТ Адрес: 734002, Душанбе, ул. М.Турсунзаде, 31.

Пулодзода Ф.П. – аспирант отделение патологии беременности №1 ГУ НИИ АГиП РТ  
Адрес: 734002, Душанбе, ул. М. Турсунзаде, 31.

**НЕОБХОДИМО ЕЩЁ РАЗ ОТРЕДАКТИРОВАТЬ СТАТЬЮ!!!**

УДК 618.3–06

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ  
НАРУШЕНИЙ В МАТОЧНО-ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОМ КОМПЛЕКСЕ  
ПУТЕМ ДОПЛЕРОМЕТРИИ ПРИ УГРОЗУ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

С.У. Арабова, Ш.Ш. Амонова, Ф.А. Абдулазизова,  
Г.К. Кенчаева, Ш.В. Абдурахмонова

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

---

**Цель исследования.** Оценить результаты коррекции плацентарной недостаточности донатором оксида азота у женщин с угрозой прерывания беременности.

**Материал и методы исследования.** Коррекцию плацентарной недостаточности донатором оксида-раствором аргиндой (L-аргинин 12,5г.+сорбитол 25г) проводили 60 женщинам с нарушениями кровотока в системе мать- плацента-плод в третьем триместре беременности проводились доплерометрические исследование до начала терапии и после него.

**Результаты.** Установлена коррекция нарушений плодово-плацентарного кровотока подтверждённая достоверным снижением СДО (систо-диастолическое отношение) и ИР (индекс резистентности) в артерии пуповины в сроках 28-32 недель беременности.

---

**Ключевые слова:** донатор оксида азота, мать-плацента-плод, угроза преждевременных родов

**БАҲОДИҲИИ САМАРАНОКИИ КОРРЕКСИЯИ ВАЙРОНШАВИИ  
ГЕМОДИНАМИКӢ ДАР СИСТЕМАИ БАЧАДОН-ХАМРОХАК-ТИФЛ  
БОР ОХИ ДОПЛЕРОМЕТРИЯИИ ДАР ЗАНҲОИ ГИРИФТОРИ  
ХАТАРИ ИСКОТИ ҲАМЛ**

С.У. Арабова, Ш.Ш. Амонова, Ф.А. Абдулазизова,  
Г.К. Кенчаева, Ш.В. Абдурахмонова

*МД «Пажухишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».  
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

---

**Мақсади таҳқиқот.** Баҳодиҳии коррексияи вайроншавии гардиши хуни ҳамроҳак ва тифл бо донатори оксиди азот дар занҳои хатари валодати бармаҳал дошта.

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Коррекцияи вайроншаи гардиши хуни хамроҳак ва тифл бо донатори оксиди азот аргинда (L – аргинин 12,5+сорбитол 25мг) дар 60 зани ҳомиладори гирифтори хатари валодати бармаҳал гузаронида шуд, ки дар 3-юм давраи ҳомиладорӣ қарор доштанд. Доплерометрия то табобат ва пас аз табобат гузаронида шуд. **Натиҷаҳои таҳқиқот.** Маълум гардид, ки коррекцияи вайроншавии гардиши хун оварда расонид ба пастшавии суръати ҳадди аксари диастолики (СДО) ва шохиси муқовиматноки (ИР) дар шараёни шоф дар муҳлати 28-32 ҳафтаи ҳомиладорӣ.

---

**Калимаҳои калидӣ:** донатори оксиди-азот, модар-машима-тифл, хатари валодати барамаҳал

#### EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF CORRECTION OF HEMODYNAMIC DISORDERS IN THE UTERO-FETUS-PLACENTAL COMPLEX BY DOPPLEROMETRY IN THREATS OF TERMINATION OF PREGNANCY

S.U. Arabova, Sh.Sh. Amonova, F.A. Abdulazizova,  
G.K. Kenjaeba, Sh.V. Abdurachmonova

---

**Purpose study.** To evaluate the results of the correction of placental insufficiency by a nitric oxide donator in women with a threatened miscarriage.

**Material and methods.** Correction of placental insufficiency with an oxide donator-agenda solution (L-arginine 12,5g+sorbitol 25gn) was performed in 60 women with blood flow disorders in the mother-placenta-fetus system in the third trimester of pregnancy. Doppler study was performed before and after therapy.

**Results.** The correction of mother-placenta-fetus flow disorders was established to contribute to a significant decrease in SDO (systolic-diastolic ratio) and umbilical artery at 28-32 weeks of gestation.

---

**Keywords:** nitric oxide donor, mother-placenta-fetus, risk of preterm birth.

**Актуальность.** Проблема снижения перинатальной заболеваемости и смертности является весьма актуальной в современном акушерстве (Гиндер М.В. 2019). Распространенность преждевременных родов у женщин с отягощенным невынашиванием анамнезом, особенно в развивающихся странах, определяет актуальность этой проблемы. Современные подходы обследования женщин и прегравидарной подготовки вне беременности, достижения в области акушерства, неонатологии, совершенствование методов оценки состояния внутриутробного плода способствовали снижению частоты пре-

ждевременных родов, увеличение частоты выхаживания недоношенных новорожденных (Ю.Э. Доброхотова и соавт, 2015). Однако в настоящее время недостаточно изучена проблема развития плацентарной недостаточности у женщин с угрозой прерывания беременности, на фоне которой формируется синдром задержки развития плода, обуславливающий высокие цифры перинатальной заболеваемости (Беженарь В.Ф. и соавт. 2020г.

**Цель исследования.** Оценить результаты коррекции плацентарной недостаточности донатором оксида азота у женщин с

угрозой прерывания беременности в системе мать-плацента-плод.

**Материал и методы:** Проведено обследование 60 беременных женщин с нарушением кровотока в системе «мать-плацента-плод» которые получали стационарное лечение в ОПБ.№2 НИИ АГиП. Среди обследованных 30 женщин с нарушениями кровотока без угрозы прерывания беременности, 30 женщин с нарушениями кровотока с угрозой прерывания беременности (основная группа). Критериями включения в контрольную группу явились репродуктивный возраст, срок гестации 28–32 недели беременности, отсутствие осложнений и соматической патологии. Критериями включения в основную группу явились: репродуктивный возраст, угроза прерывания беременности по данным УЗИ длина шейки атки менее 2,5см. Критериями исключения из контрольной группы явились любые осложнения беременности и любая соматическая патология. Критериями исключения из основной группы явилось: беременность, наступившая после вспомогательных репродуктивных технологий, истмико-цервикальная недостаточность, рубец на матке.

У всех беременных проводили сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза с учетом условий жизни и труда, вредных привычек, осложнения беременности и наличие экстрагенетальных заболеваний. Всем беременным женщинам проводилось общее и акушерское исследование, лабораторные исследования, консультации специалистов, УЗИ. Оценки маточно-плацентарно-плодового кровотока проводилась путем ультразвуковой доплерометрии с определением угол-независимых показателей (систола-диастолическое отношение, индекс резистентности, пульсационный индекс). Для оценки

выраженности нарушений маточно-плацентарного и плодового-плацентарного кровотока использовали классификацию, предложенную А.Н. Стрижаковым и соавт. (1991г). Объем околоплодных вод оценивался с помощью индекса объема околоплодных вод в передне-заднем кармане, составляющий в норме от 5 до 20см. При значениях индекса околоплодных вод менее 5 см устанавливали диагноз «маловодие», более 20 см «многоводие».

С целью коррекции нарушений кровотока в системе мат-плацента-плод применялась инфузия донатора оксида азота – аргинда 250,0мл (L-аргинин 12,5г.+сорбитол 25г) внутривенно капельно, 1 раз в сутки, в течение 5-10дней в сочетании с токоферолом ацетат 400мг, 1 раз в сутки рег ос. Ультразвуковое исследование проводила на аппарате «Aloka-650 SSD», снабженным доплеровским блоком пульсирующей волной (частотный фильтр 100Гц, конвексный датчик 3.5. МГц чистотами 5-6,5-7,5 МГц).

Продолжительность курса составила 5-14 дней. Критериями оценки эффективности препарата явились изменения угол-независимых констант ультразвуковой доплерометрии кровотока сосудах мать-плацента-плод систолидиастолического отношения, индекса пульсационной резистентности.

В группах обследованных женщин материал был сопоставим при распределении обследованных женщин в группах по возрасту, массе тела, росту, уровню образования, месту проживания. Средний возраст обследованных женщин основной группы составил  $25,2 \pm 0,9$  года, группы сравнения  $24,6 \pm 0,5$  года, контрольной группы  $24,8 \pm 0,7$  года. Достоверных отличий при сравнении средних показателей места жительства (город, село), массы

тела, роста в обследованных группах женщин не выявлено. Распределение обследованных женщин по социальному уровню показало, что в контрольной группе работающих женщин было в 2 раза больше, чем в основной группе. Анализ частоты встречаемости сопутствующей патологии показал, что среди женщин с угрозой прерывания беременности анемия диагностирована в 61,3±8,9%, йододефицитные состояния – в 26,7±8,1%, заболевания почек – в 52,7±9,0%, заболевания желудоч-

но-кишечного тракта – в 21,3±7,7%, дефицит массы тела – в 15,8±6,8% случаев. Среди женщин основной группы выкидыш в анамнезе имели 12 (40%), 2 и более – 18 (60%) пациенток.

Контрольные исследования кровотока проводились до начала терапии и на 5-й, 7-й, 10-й дни терапии. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с применением критериев Стюдента.

**Параметры маточного и пуповинного кровотока у пациенток с угрозой прерывания беременности и плацентарной недостаточностью до и после лечения донатором оксида азота аргиндой 250,0мл ((L-аргинин 12,5г.+сорбитол 25г)**

| Период                  | До лечения |           |           | После лечения |            |            |
|-------------------------|------------|-----------|-----------|---------------|------------|------------|
| Параметры               | СДО        | ПИ        | ИР        | СДО           | ПИ         | ИР         |
| Правая маточная артерия | 2,25±0,17  | 0,75±0,07 | 0,55±0,03 | 1,88±0,03*    | 0,62±0,01  | 0,48±0,01* |
| Левая маточная артерия  | 2,24±0,09  | 0,73±0,01 | 0,54±0,03 | 1,89±0,02**   | 0,63±0,03* | 0,47±0,01* |
| Артерия пуповины        | 4,54±0,67  | 1,39±0,05 | 0,76±0,02 | 3,09±0,25*    | 1,38±0,06  | 0,75±0,03  |

**Примечание:** \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$  – достоверное отличие относительно значений до начала терапии

Показан положительный эффект при лечении плацентарной недостаточности у женщин с угрозой прерывания беременности донатором оксида азота аргиндой в сочетании с токоферролом.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Камилова М.Я., Рахматуллоева Д.М., Ишанходжаева Ф.Р. Медицинские и социальные факторы развития плацентарной недостаточности у беременных женщин в современных условиях Таджикистана // Журнал акушерства и женских болезней, 2015, вып.6, с.26-30.
2. Макаров И.О., Шеманаева Т.В. Новые возможности лечения плацентарной недостаточности // Вопросы гинекологии, аку-

шерства и перинатологии, 2013, т.12, №4, с.50-56.

3. Тихоненко И.В. Прогнозирование риска развития плацентарной недостаточности. // Здоровоохранение. 2013. №11, с.16-23.

4. Nagiah S., Phulukdaree A., Naidoo D. [et al.] Oxidative stress and air pollution exposure during pregnancy: A molecular assessment // Hum. Exp. Toxicol, 2015, vol. 34(8), pp.838-847.

5. Calleja-Agius J., Jauniaux E., Pizzey A.R. [et al.] Investigation of systemic inflammatory response in first-trimester pregnancy failure // Hum. Reprod., 2012, vol. 27(2), pp.349-357.

6. Беженарь В.Ф. Иванова Л.А., Татарова Н.А. Хроническая плацентарная недостаточность: клиника, диагностика и лечение // Российский вестник акушера – гинеколога, 2020, 20, №6, с.32-39.
7. Самигуллина А.Э. Торегельдева Ч.Б. Плацентарная недостаточность: современные представления и возможности коррекции в условиях экологического неблагополучия (обзор литературы). // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана, 2018.
8. Гиндер М.В. Современное представление о плацентарной недостаточности (обзор литературы)// Инновационные аспекты развития науки и техники, 2019.
9. Унанян А.Л. и соавт. Плацентарная недостаточность: особенности этиопатогенеза, терапии и профилактики // Consilium Medicum, 2015.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Арабова Солора Умарджоновна** – к.м.н., научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП., [arabova.solora@gmail.com](mailto:arabova.solora@gmail.com);

**Амонова Шахло Шодиевна** – к.м.н., научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП.

**Абдулазизова Фарида Абдурахимовна** – научный сотрудник акушерского отдела НИИ АГиП, аспирант;

**Абдурахмонова Шоира Вахобовна** – к.м.н., врач УЗИ акушерского отдела ТНИИ АГиП.

**Кенчаева Гулчакхон Кенчаевна** – сотрудник отделения патологии беременности №2 ТНИИ АГиП.

УДК 616.97–618.13

#### КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Г.И. Ахадова, М.М. Юнусова

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

---

**Цель.** Изучить особенности гинекологического статуса женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов в зависимости от микробной этиологии.

**Материал и методы.** Обследованы 120 женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии. Среди обследованных женщин выделены 2 группы – основная, в которую включены женщины с диагностированным хламидиозом в моно форме (24 женщины) и группа сравнения, в которую включены женщины с диагностированной микст-инфекцией (хламидиоз+ другая инфекция) 96 женщин. Анализ на инфекции, передаваемые половым путем, брали во время осмотра шейки матки в зеркалах и включал микроскопию и исследование полимеразной цепной реакции в реальном времени. Проведено

анкетирование обследованных женщин, общий, гинекологический осмотр, ультразвуковое обследование органов малого таза, кольпоскопия. Полученные данные статистически обработаны с использованием параметрических и непараметрических методов статистики.

**Полученные результаты.** Особенности социального анамнеза женщин с хламидиозом является низкий социальный статус, который определен на основании выявленных характеристик – низкая частота женщин с высшим образованием (20,8%), высокая частота домохозяек (58,3%), высокая частота женщин, у которых мужья – трудовые мигранты (у каждой 2-й женщины). Клинические характеристики женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии являются частые простудные заболевания в анамнезе (54,2%) и низкий индекс здоровья (высокая частота анемии – 58,3%, йододефицитных состояний – 33,3%, заболеваний почек – 29,2%). Особенности гинекологического статуса являются нарушения менструального цикла у каждой 5-й женщины, бесплодие - у каждой 3-й женщины. При хламидиозе в ассоциации с другими инфекциями, частота воспалений придатков матки (64,5%) и сочетание воспалительных заболеваний половых путей (68,8%) статистически значимо ( $p < 0,05$ ) превышают соответствующие показатели у женщин с моно хламидиозом (35,5% и 31,3%).

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют, что низкий социальный статус и низкий индекс здоровья женщин является факторами риска инфекций передаваемым половым путем. Хламидийная инфекция, особенно при сочетании с другими видами инфекции, оказывает более негативное влияние на состояние половых органов.

---

**Ключевые слова:** хламидиоз, микст-инфекция, воспалительные заболевания половых органов, социальный статус, клинические характеристики.

---

### НОМИ МАВЗУ БА ЗТ

Г.И. Ахадова, М.М. Юнусова

*МД «Пажуҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».*

*Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

---

**Мақсад.** Омӯзиши хусусиятҳои ҳолати гинекологии занони гирифтори бемориҳои музминии илтиҳобии узвҳои таносул вобаста ба этиологияи микробҳо.

**Мавод ва усулҳо.** 120 нафар занони синни репродуктивӣ бо бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ муоина карда шуданд. Дар байни занони муоинашуда 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд - гурӯҳи асосӣ, ки ба он занони гирифтори таҷрибаи хламидиоз дар шакли моно (24 зан) ва гурӯҳи муқоисавӣ, ки занони гирифтори сирояти омехта (хламидиоз + сирояти дигар) 96 нафарро дар бар мегирифтанд. Таҳлили сироятҳои тавассути алоқаи ҷинсӣ гузаранда ҳангоми муоинаи гардани бачадон дар оина гирифта шуда, микроскопия ва реаксияи занҷири полимеразиро дар бар мегирад. Пурсиши занони муоинашуда, муоинаи умумӣ, гинекологӣ, таҷрибаи ултрасадои узвҳои киси хурд, кольпоскопия гузаронида шуд. Маълумоти гирифташуда бо истифода аз усулҳои параметрӣ ва ғайрипараметрии омор коркард карда шуданд.

**Натиҷаҳо.** Хусусиятҳои таърихи иҷтимоии занони гирифтори хламидиоз мақоми пасти иҷтимоӣ мебошад, ки дар асоси хусусиятҳои муайяншуда муайян карда мешавад – басомади пасти занони дорои маълумоти олии (20,8%), басомади баланди занони хонашин (58,3%), шумораи зиёди заноне, ки шавҳаронашон мардикоранд. муҳочирон (ҳар зани 2-юм). Хусусиятҳои клиникии занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ дар таърихи зуд-зуд сар задани сармо (54,2%) ва нишондиҳандаи пасти саломатӣ (сатҳи баланди камхунӣ - 58,3%, ҳолати норасоии ҷод - 33,3%, бемории гурда - 29,2%) мебошад. Хусусиятҳои ҳолати гинекологӣ дар ҳар як зани 5-ум ихтилоли ҳайз, безуретӣ - дар ҳар 3-уми зан мебошад. Дар хламидиоз якҷоягӣ бо дигар сироятҳо, басомади илтиҳоби замимаҳои бачадон (64,5%) ва омезиши бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул (68,8%) нисбат ба нишондодҳои мувофиқ дар занони гирифтори хламидиоз ба таври оморӣ ( $p < 0,05$ ) зиёдтар аст (35,5% ва 31,3%).

**Хулоса.** Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки мақоми пасти иҷтимоӣ ва нишондиҳандаи пасти саломатии занон омилҳои хавф барои сироятҳои тавассути алоқаи чинсӣ гузаранда мебошанд. Сирояти хламидиалӣ, махсусан ҳангоми якҷоя бо дигар намудҳои сироят, ба ҳолати узвҳои таносул таъсири манфӣ мерасонад.

---

**Калимаҳои калидӣ:** хламидиоз, сирояти омехта, бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул, вазъи иҷтимоӣ, хусусияти клиникӣ.

---

## CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH CHRONIC DISEASES OF THE GENITAL ORGANS OF CHLAMYDIA ETIOLOGY

G.I. Akhadova, M.M. Yunusova

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

---

**Purpose.** To study the features of the gynecological status of women with chronic inflammatory diseases of the genital organs, depending on microbial etiology.

**Material and methods:** 120 women of reproductive age with inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology were examined. Among the examined women, 2 groups were distinguished - the main one, which included women with diagnosed chlamydia in mono form (24 women) and the comparison group, which included women with diagnosed mixed infection (chlamydia + another infection) 96 women. An analysis for sexually transmitted infections was taken during the examination of the cervix in the mirrors and included microscopy and real-time polymerase chain reaction. Questioning of the examined women, general, gynaecological examination, ultrasound examination of the pelvic organs, and colposcopy were carried out. The obtained data were statistically processed using parametric and nonparametric statistical methods.

**Results.** The features of the social history of women with chlamydia is a low social status, which is determined based on the identified characteristics - a low frequency of women with higher education (20.8%), a high frequency of housewives (58.3%), a high frequency of women whose husbands are laborers. migrants (every 2nd woman). Clinical characteristics of women with inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology are frequent

colds in history (54.2%) and a low health index (high incidence of anemia - 58.3%, iodine deficiency conditions - 33.3%, kidney disease - 29.2 %). Features of the gynecological status are menstrual disorders in every 5th woman, infertility - in every 3rd woman. In chlamydia in association with other infections, the frequency of inflammation of the uterine appendages (64.5%) and the combination of inflammatory diseases of the genital tract (68.8%) statistically significantly ( $p < 0.05$ ) exceed the corresponding figures in women with monochlamydia (35.5% and 31.3%).

**Conclusion.** The results obtained indicate that low social status and low women's health index are risk factors for sexually transmitted infections. Chlamydial infection, especially when combined with other types of infection, has a more negative effect on the condition of the genital organs.

---

**Keywords:** chlamydia, mixed infection, inflammatory diseases of the genital organs, social status, clinical characteristics.

**Актуальность.** Инфекции, передающиеся половым путем, являются основной причиной гинекологических заболеваний, определяющих репродуктивное здоровье женщин. Новые случаи инфекций, передаваемых половым путем, ежегодно регистрируются в 250 млн случаев. Среди ИППП по частоте выявляемости хламидиоз занимает 2 место, а среди женщин репродуктивного возраста частота хламидиоза составляет 10-17%. Среди женщин с хроническими заболеваниями органов малого таза хламидиоз диагностируется в 50% случаев, что определяет медико-социальную значимость хламидиоза [1, 2, 5, 6].

Не леченная хламидийная инфекция приводит к ряду воспалительных заболеваний органов малого таза, частота которых при хламидиозе составляет 40%. Среди женщин с хроническими воспалительными хламидийной инфекции [7, 8, 10].

**Цель исследования.** Изучить клинико-социальную характеристику женщин с воспалительными заболеваниями половых органов в зависимости от моно или микст хламидийной инфекции.

**Материал исследования.** Обследованы 120 женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями половых

заболеваниями органов малого таза хламидийной этиологии в каждом 4-м случае регистрируется бесплодие [1,3, 4, 9].

Урогенитальный хламидиоз до настоящего времени продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой. Ни в одном из разделов ее изучения точка не поставлена. Актуальными остаются исследования по расширению групп больных, подлежащих обследованию на хламидии с учетом социальной характеристики женщин. Ввиду широкого полиморфизма клинических проявлений, отсутствия патогномоничных симптомов и широкого распространения атипичного, малосимптомного и бессимптомного течения заболевания актуально также изучение клинических характеристик воспалительных заболеваний половых органов в зависимости от моно или микст

органов хламидийной этиологии. Среди них выделены 2 группы: с диагностированной моно-хламидийной инфекцией (основная группа, 24 человека) и микст-инфекцией (группа сравнения, 96 человек). Критериями включения в группы обследованных женщин явились: репродуктивный возраст, наличие воспалительных заболеваний половых органов хламидий-

ной этиологии. Критериями исключения из обследованных групп женщин явились ВИЧ положительный статус, туберкулез, гепатиты, беременность и период кормления грудью, онкологические заболевания.

**Методы исследования.** Для установления социальных характеристик проводили опрос женщин. С целью выяснения клинических характеристик женщин проводили стандартный общеклинический осмотр, включая определение индекса массы тела, пальпацию щитовидной железы, гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез. Лабораторные методы исследования включали общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ на инфекции, передаваемые половым путем. Материал брали во время осмотра шейки матки в

зеркала, и лабораторная диагностика включала микроскопию и исследование полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР). Использованы современные статистические методы.

**Полученные результаты.** Обследованы 120 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии. Среди них чисто хламидийная инфекция диагностирована у 24 женщин (основная группа), сочетание других видов инфекции с хламидиозом – у 96 женщин (группа сравнения). Средний возраст женщин основной группы составил  $22,9 \pm 1,3$  года, средний возраст женщин группы сравнения –  $23,4 \pm 0,8$  лет. Группы обследованных женщин были сопоставимы по возрасту ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 1**

Распределение женщин обследованных групп по возрасту

| Группа  | Основная                | Сравнения              | P          |
|---------|-------------------------|------------------------|------------|
| Возраст |                         |                        |            |
| 18-29   | 11( $45,8 \pm 10,2\%$ ) | 54( $56,3 \pm 5,1\%$ ) | $p > 0,05$ |
| 30-39   | 9( $37,5 \pm 9,9\%$ )   | 28( $29,1 \pm 4,6\%$ ) | $p > 0,05$ |
| 40-48   | 4( $16,7 \pm 7,6\%$ )   | 14( $14,6 \pm 3,6\%$ ) | $p > 0,05$ |
| Всего   | 24                      | 96                     |            |

Как видно из представленных в таблице данных, распределение женщин в отдельных возрастных подгруппах как в группе с монохламидиозом, так и в группе с хламидийной инфекцией в ассоциации с другими ИППП, было примерно одинаковым и не имело статистически значимых различий.

Высшее образование имели каждая 4-я-5-я женщины обеих групп. Женщин со средним образованием было примерно в 4 раза больше, чем женщин с высшим образованием ( $20,8\%$  в основной группе и  $24\%$  - в группе сравнения). Распределение женщин по возрастным подгруппам между основной группой и группой сравнения не имело статистически значимых различий.

Необходимо отметить, что большая часть женщин в обеих группах были домохозяйки. Работающие и учащиеся женщины в обеих группах были примерно в одинаковом процентном распределении, удельный вес их колебался от  $16,7\%$  до  $25\%$  в основной группе и от  $21,8\%$  до  $24\%$  в группе сравнения. 2/3 женщин обследованных групп состояли в официальном браке. Мужья – трудовые мигранты указаны каждой 2-й обследованной женщиной. Таким образом, более чем у половины женщин социальный статус был низким. Статистически значимых различий между показателями социального и семейного статуса в основной группе и группе сравнения не установлено, что

позволяет проводить сравнительный анализ между изучаемыми группами женщин.

Из показателей социального статуса необходимо выделить семейное положение женщин и статус супруга (трудовая миграция). Отсутствие регистрации брака зачастую бывает связано с наличием более чем одной супруги у мужчин. Именно эта причина не дает возможность регистрировать брак и предполагает наличие

более одного полового партнера, что является фактором риска заражений инфекциями, передаваемыми половым путем. Трудовая миграция мужчин предполагает возможность внебрачных случайных половых контактов в период длительного пребывания вне семьи. Данные показатели можно условно считать факторами риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем.

Таблица 2

Причины обращения к гинекологу женщин обследованных групп

| Причина обращения         | Группа | Основная группа | Группа сравнения | P       |
|---------------------------|--------|-----------------|------------------|---------|
| Наличие жалоб             |        | 21(87,5%)       | 80(83,3%)        | P >0,05 |
| Планирование беременности |        | 1(4,2%)         | 6(6,3%)          | P >0,05 |
| Выбор контрацептива       |        | 2(8,3%)         | 10(10,4%)        | P >0,05 |

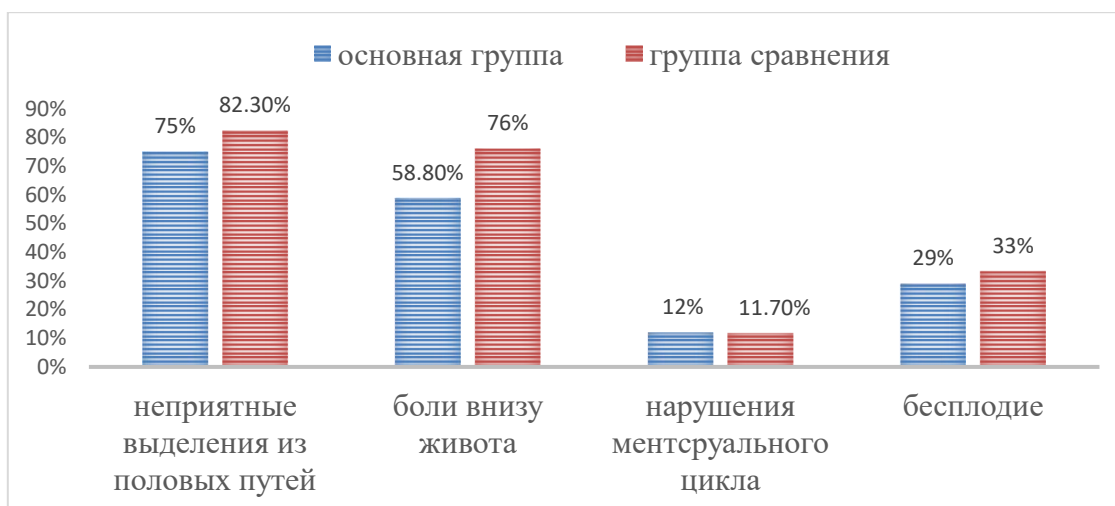


Рисунок 1. Частота жалоб женщин основной группы и группы сравнения

В группах обследованных женщин частота причин обращения женщин за медицинской помощью не имели статистически значимых различий (P >0,05). Большая часть женщин обращались за медицинской помощью по причине наличия жалоб (87,5% и 83,3%) – таблица 2.

Основными жалобами женщин с хламидийной инфекцией как в виде моно, так и в сочетании с другими видами инфекции были патологические бели и боли

внизу живота. Нарушения менструального цикла отметили каждая 8-я женщина обеих групп. Частота женщин с бесплодием в группе женщин с микст инфекцией встречалась на 5% чаще, чем в группе с моно хламидийной инфекцией.

Средний рост женщин основной группы составил 156,7±1,9 см, средний вес – 55,7±2,0 кг, средний индекс массы тела – 22,3±0,7, что не имело статистически значимых различий (P>0,05) по сравнению с

соответствующими показателями у женщин группы сравнения (средний рост –  $159,8 \pm 1,1$  см, средний вес –  $58,9 \pm 0,8$  кг, средний индекс массы тела –  $23,8 \pm 0,7$ ). Среди обследованных женщин большая часть имели нормальный индекс массы тела. Избыточная масса тела диагностирована у 5 женщин основной и 14 женщин

группы сравнения. Дефицит массы тела имели 3 женщины основной и 9 женщин группы сравнения.

Наиболее часто встречаемыми экстрагенитальными заболеваниями у женщин обеих групп явились анемия, йододефицитные состояния и заболевания почек –

3.

**Таблица 3**

Частота перенесенных экстрагенитальных заболеваний  
в основной группе и группе сравнения

| ЭГЗ                           | Группа Основная | Сравнения | Р          |
|-------------------------------|-----------------|-----------|------------|
| Анемия                        | 14(58,3%)       | 41(42,7%) | $P > 0,05$ |
| Йододефицитное состояние      | 8(33,3%)        | 34(35,4%) | $P > 0,05$ |
| Заболевания почек             | 7(29,2%)        | 31(32,3%) | $P > 0,05$ |
| Заболевания ЖКТ               | 4(16,7%)        | 17(17,7%) | $P > 0,05$ |
| Частые простудные заболевания | 13(54,2%)       | 49(51%)   | $P > 0,05$ |

**Таблица 4**

Менструальная функция обследованных групп женщин

| Показатель                            | Группа Основная | Сравнения | Р          |
|---------------------------------------|-----------------|-----------|------------|
| возраст менархе                       |                 |           |            |
| 11-13 лет                             | 14(58,3%)       | 52(54,2%) | $P > 0,05$ |
| 14-16 лет                             | 10(41,7%)       | 44(45,8%) | $P > 0,05$ |
| Регулярный менструальный цикл         | 20(83,3%)       | 77(80,2%) | $P > 0,05$ |
| Нарушения менструального цикла        | 4(16,7%)        | 19(19,8%) | $P > 0,05$ |
| Альгоменорея                          | 6(25%)          | 26(27,1%) | $P > 0,05$ |
| Полименорея                           | 4(16,7%)        | 23(23,9%) | $P > 0,05$ |
| Гиперменорея                          | 3(12,5%)        | 19(19,8%) | $P > 0,05$ |
| НМЦ по типу ациклических кровотечений | 1(4,2%)         | 3(3,1%)   | $P > 0,05$ |
| Олигоменорея                          | 2(8,3%)         | 11(11,5%) | $P > 0,05$ |

Статистика заболеваний почек, отмеченные у каждой 3-й женщины обследованных групп, объясняется возможным поражением урологического тракта хламидийной инфекцией. Необходимо отметить, что у обследованных женщин более, чем в половине случаев, отмечены частые простудные заболевания в анамнезе, что

свидетельствует о сниженном иммунитете у данного контингента женщин.

Большинство обследованных женщин имели регулярный менструальный цикл. Нарушения менструального цикла отметили 16,7% женщин основной группы и 19,8% женщин группы сравнения. Альгоменорея отмечена у каждой 4-й женщины обеих групп. Имела место тенденция

повышения частоты гиперменореи и полименореи у женщин с микст-инфекцией по сравнению с группой женщин моно инфекции, однако статистически значимых различий не обнаружено.

Из обследованных женщин 88(73,3%) имели в анамнезе беременности. Бесплодие отметили 7 (29%) женщин основной группы и 32(33%) женщина группы срав-

нения. Общее количество женщин обеих групп с бесплодием составило 39(33,3%), т.е. каждая 3-я женщина с хламидиозом имела бесплодие. Среди женщин с бесплодием первичное бесплодие отметили 31(80%) женщины обеих групп, что превышало в 4 раза удельный вес вторичного бесплодия – 8(20%) женщин.

**Таблица 5**

**Частота гинекологической патологии у обследованных групп женщин**

| Группа<br>нозоология    | Основная<br>(n=24) | Сравнения<br>(n=96) | Значение<br>хи-квадрат | Уровень<br>значимости |
|-------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|
| эндометрит              | 13(20,3%)          | 51(79,7%)           | 0,008                  | 0,928                 |
| Эндоцервицит            | 11(28,2%)          | 28(71,8%)           | 2,431                  | 0,119                 |
| Эрозия шейки матки      | 5(23,8%)           | 16(76,2%)           | 0,231                  | 0,631                 |
| Сальпингит и<br>оофорит | 11(35,5%)          | 20(64,5%)           | 6,263                  | <0,01                 |
| Сочетание               | 20(31,3%)          | 44(68,8%)           | 10,848                 | <0,001                |

У женщин с эндометритом и эрозией шейки матки отмечена тенденция повышения частоты женщин с хламидийной инфекцией в ассоциации с другими видами инфекции. Установлено статистически значимое повышение частоты воспалительных заболеваний придатков матки и сочетания гинекологической патологии у женщин с микст-инфекцией по сравнению с монохламидийной инфекцией.

Таким образом, нами выявлена связь заражения женщин хламидийной инфекцией с низким социальным статусом и низким индексом здоровья, что необходимо учитывать при скринингах на ИППП. Своевременное выявление хламидиоза позволяет проводить лечение заболевания на ранних этапах, что является резервом снижения частоты воспалительных заболеваний половых органов.

Особенностями гинекологического статуса являются нарушения менструального цикла у каждой 5-й женщины, бесплодие - у каждой 3-й женщины. Хламидиоз в ассоциации с другими инфекциями

более негативно влияют на гинекологический статус женщин, чем монохламидийная инфекция.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Володина Т.А., Саськова П.В., Иванова Е.В. Урогенитальный хламидиоз: современное состояние вопроса (обзор) // Фармакология и фармация, 2016, №3, с. 66-71.
2. Гомберг М.А., Гущин А.И. Хламидийная инфекция в современной гинекологии: основные аспекты профилактики и лечения воспалительных заболеваний органов малого таза // Гинекология, 2012, №4, с.19–22.
3. Калинина Н.С., Петров Ю.А. Использование вспомогательных репродуктивных технологий и малоинвазивной хирургии при лечении бесплодия воспалительного генеза // Главный врач Юга России, 2019, №5, с.69.
4. Джалилова А.Н., Хашаева Т.Х.-М., Джалилова Д. Н., Тагирова З.М. Микст-инфекция, ассоциированная с патогенными и условно-патогенными микроорга-

низмами – роль в акушерской и гинекологической патологии, коррекция лечения // Сб. статей XXII Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции. Махачкала: Дагестанский государственный медицинский университет, 2017, с.158-164.

5. Радзинский В.Е., Петров Ю. А., Полина М.Л. Хронический эндометрит: современные аспекты // Кубанский научный медицинский вестник, 2017, т.24, №5, с.69-74.

6. Супрунюк В.В., Цыганкова Д.А. Инфекции, передающиеся половым путем, как причина нарушения репродуктивного здоровья у женщин: современный взгляд на актуальную проблему // Аллея науки, 2018, №2, с.646-649.

7. Shipitsyna E., Khusnutdinova T., Budilovskaya O., [et all]. Bacterial vaginosis-associated vaginal microbiota is an age-independent risk factor for Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium and

Trichomonas vaginalis infections in low-risk women, St. Petersburg // Eur. J Clin. Microbiol Infect. Dis., 2020, vol.9(7), pp.1221-1230.

8. Peng L., Chen J.L., Wang D. Progress and Perspectives in Point of Care Testing for Urogenital Chlamydia trachomatis Infection: A Review. // Med. Sci. Monit., 2020, vol.26, p.873

9. Simons J.L., McKenzie J.S., Wright N.C., Sheikh S.A., Subramaniam A., Tita ATN, Dionne-Odom. Prevalence of cases of Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum and Chlamydia trachomatis in women with no gynecologic complaints // J. Sex Transm Dis., 2021, vol.48(1), pp.37-41.

10. Glehn M.P., Sá LC, Silva HD, Machado ER. Prevalence of Trichomonas vaginalis in women of reproductive age at a family health clinic // J. Infect. Dev. Ctries, 2017, vol.11(3), pp.269-276.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Ахадова Гульрухсор Иброхимовна** – врач физиотерапевтической лечебницы г.Ходжент, соискатель научной темы. Адрес: 734002, Душанбе, ул. М.Турсунзаде, 31;  
**Юнусова Мавчуда Мизроровна** – научный сотрудник акушерского отдела ГУ ТНИ АГиП, Адрес: 734002, Душанбе, ул. М.Турсунзаде, 31.

УДК: 618.127-005.8

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Д.М. Гулакова, Г.У. Болиева, З.К. Бойматова,

Ш.Дж. Сайдахмадова, Д.А. Азимова

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

---

В статье приведены данные о развитии метаболического синдрома (МС) в гинекологической практике, оснащены основные этиопатогенетические факторы развития МС у женщин репродуктивного возраста с последующими осложнениями. Прогностическое значение синдрома, как самостоятельного фактора риска осложнений также до сих пор остается не вполне ясным и служит предметом научных дискуссий.

---

**Ключевые слова:** метаболический синдром, определение, эпидемиология, критерии метаболического синдрома, нарушение толерантности, перименопауза, инсулинорезистентность, гиперлипидемия, гиперинсулинемия, триглицериды.

---

**СИНДРОМИ МЕТАБОЛИКӢ ДАР ЗАНҲОИ СИННУСОЛИ РЕПРОДУКТИВӢ**

Д.М. Гулакова, Г.У. Болиева, З.К. Бойматова,

Ш.Дж. Сайдахмадова, Д.А. Азимова

*МД «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».  
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

---

Диққати олимони ва муҳаққиқони ҷаҳониरो синдроми метаболитикӣ ё ҳамчун “бемории аср” ба худ ҷалб намудааст. Аз даврае, ки истилоҳи синдроми метаболитикӣ ба таҷрибаи клиникӣ ворид карда шуд, меъёрҳои клиникӣ он муайян карда шуда буданд ва муҳаққиқон аз мамлакатҳои гуногун кӯшиш мекарданд, ки густариши ҳолати мазкур бо бемориҳои дигар ва алоқамандии он бо дигар омилҳои ҳавф, ки аҳамияти баланди пешбиникунадагӣ дорад, баҳогузорӣ карда шавад. Айни замон исбот карда шудааст, ки густариши синдроми метаболитикӣ дар байни одамони гуногун тасдиқ карда шуда пеш аз ҳама аз меъёрҳои тасдиқие, ки то ҳол пурра муайян карда нашудаанд, вобастагӣ дорад. Ҳамзамон, шояд меъёрҳои таххисгузорӣ бояд дар байни шахсони гуногун хусусиятҳои хос дошта бошад. Аҳамияти пешгӯикунадаи синдроми мазкур, ҳамчун омилҳои хатарӣ мустақилона барои пайдоиши оризаҳо то ҳол пурра омӯхта нашуда буда ҳамчун мавзӯи муҳокимаи илмӣ дар тӯли солҳои охир қарор дорад.

---

**Калимаҳои калидӣ:** синдроми метаболитикӣ, система, трисиндром, мафҳум, эпидемиология, меъёрҳои синдроми метаболитикӣ, вайроншавии толерантнокии, перименопауза, устуворӣ ба инсулин, гиперлипидемия, гиперинсулинемия, триглицеридҳо, системаи репродуктивӣ.

**METABOLIC SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE**

D.M. Gulakova, G.U. Bolieva, Z.K. Boymatova,

Sh.J. Saydahmadova, D.A. Azimova

*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 data on the development of metabolic syndrome (MS) in gynecological practice, considers the main etiopathogenetic factors in the development of MS in women of reproductive age with subsequent complications. The prognostic value of the syndrome, as an independent risk of complications, also remains unacceptable and servants of scientific discussions.

---

**Key words:** metabolic syndrome, system, trisynndrome, definition, epidemiology, criteria for metabolic syndrome, intolerance; perimenopause, insulin resistance, hyperlipidemia, hyperinsulinemia, triglycerides.

**Актуальность.** Эксперты ВОЗ охарактеризовали метаболический синдром (МС) как «пандемию 21-го века». С тех пор, как термин «метаболический синдром» вошел в клиническую практику и были определены его критерии, исследователи разных стран предпринимали попытки оценить распространенность этого состояния, его связь с другими факторами риска, и, что самое главное, прогностическое значение. Прогностическое значение синдрома, как самостоятельного фактора риска осложнений также до сих пор остается не вполне ясным и служит предметом научных дискуссий [2, 3, 5, 9, 12, 13,15].

Впервые на VI съезде Международной федерации диабетологов К. Jahnke и соавт. (1967) использованы в докладе понятия «метаболический синдром», включая в него ассоциацию ожирения, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), гиперинсулинемии (ГИ), повышенного уровня свободных жирных кислот и триглицеридов (ТГ). Было предпринято несколько попыток разработки диагностических критериев МС, в частности Всемирной организации здравоохранения. (ВОЗ

1999), критерии американских клинических рекомендаций по лечению взрослых (NCEP-АТР III, 2001), критерии Американской ассоциации клинических эндокринологов (ААСЕ, 2002) и Международной федерации диабетологов. (IDF, 2005) [1,4,6,7,8,9, 11,13].

Распространённость МС у женщин репродуктивного возраста по различным критериям составляет от 6% до 35 % [11,13]. На сегодняшний день частота МС в экономически развитых странах достигает 25–30%, при этом по данным ВОЗ, в ближайшие 20 лет ожидается увеличение частоты МС до 50%. Частота распространения МС среди женщин в 2,4 раза выше, чем у мужчин и достигает до 35%. Проведённые в последние годы исследования, указывают на немногие тенденции увеличения частоты МС среди женщин репродуктивного возраста. [9,12].

Метаболический синдром характеризуется увеличением массы тела висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липид-

ного, пуринового обмена и артериальной гипертензии [1,3,4,7].

Формирование МС детерминировано генетически. Описано более 50 мутаций гена инсулинового рецептора, локализованного в 19-й хромосоме. Существует множество исследований семей, обширных родословных и близнецов, родственники которых страдали СД типа 2. Результаты этих исследований позволили прийти к твердому убеждению, что инсулинорезистентность (ИР) может быть генетически обусловлена. Гиперинсулинемия (ГИ) и ИР выявлялись у потомков родственников, имевших в анамнезе СД типа 2 [14].

Эндокринный статус у женщин с метаболическим синдромом характеризуется повышением уровня кортизола, тестостерона, норадреналина, снижением уровня прогестерона, и соматотропного гормона. С ростом инсулинемии отмечается рост таких гормонов, как глюкагон, тиреотропный гормон, тиреоидные гормоны и пролактин. Доказано патогенетическое влияние этих гормонов на развитие метаболического синдрома [4,14,15,17]. В качестве возможных факторов взаимодействия МС и репродуктивной системы рассматривается ряд гормонов первую очередь лептин, грелин, адипонектин и резистин. В последнее время возможной роли адипокинов в нарушениях репродуктивной функции уделяется большое внимание специалистов [10, 11, 12, 16]

Висцеральная жировая ткань, в отличие от жировой ткани другой локализации, богаче иннервирована, имеет более широкую сеть капилляров и непосредственно сообщается с портальной системой. Висцеральные адипоциты имеют высокую плотность  $\beta$  – адренорецепторов (особенно  $\beta_3$ -типа), кортикостероидных и андрогенных рецепторов и относительно низ-

кую альфа 2 – адренорецепторов и рецепторов к инсулину. Эти особенности определяют высокую чувствительность висцеральной жировой ткани к липолитическому действию катехоламинов и низкую – к антилиполитическому действию катехоламинов и инсулина, обеспечивая хорошую восприимчивость к гормональным изменениям, часто сопровождающим абдоминальное ожирение [2, 3, 5, 16, 17].

Абдоминальное ожирение ассоциируется с повышением уровня инсулина в крови, что ведет к подавлению синтеза глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ) в печени и повышению выработки яичниковых андрогенов. Усиление ароматизации андрогенов в периферической ткани ведет к повышению уровня эстрогенов в крови. Гиперандрогения приводит к апоптозу клеток гранулы яичников, тогда как периферическая конверсия андрогенов в эстрогены подавляет секрецию гонадотропинов [2, 4, 6, 9].

Ожирение ассоциируется со снижением уровня антимюллерова гормона (АМГ), показателя овариального резерва. Также у женщин, страдающих ожирением, имеет место повышение уровня С-реактивного белка в фолликулярной жидкости, что указывает на наличие прямого эффекта метаболизма женщины в отношении микросреды овариальных фолликулов воспаления и является маркером воспаления оксидативного стресса [1, 3, 8, 9]. У женщин ожирение сопровождается высокой частотой ановуляций, нарушениями менструального цикла, бесплодием, ассоциированными нарушениями продукции половых гормонов, гиперплазией эндометрия, высоким риском развития рака яичников и рака эндометрия, молочных желез, эндометрия шейки матки, яичников и молочных желез.

Помимо этого, гинекологическая патология, для которой характерно развитие МС включает синдром гиперандрогении, эндометриоза, синдрома тотальной овариэктомии и менопаузальный МС [1, 2, 5, 8].

Необходимо отметить, что независимым фактором риска развития гиперплазии эндометрия и рака эндометрия является ожирение, обусловленное инсулинорезистентностью и рядом патогенетических механизмов.

При ожирении, особенно при его абдоминальном-висцеральном типе, за счет повышения концентрации эстрогена и фракции биодоступного эстрадиола развивается относительная гиперэстрогения. Длительное монотонное воздействие эстрогенов на эндометрий при дефиците прогестерона и отсутствии его нормальной секреторной трансформации способствует развитию гиперплазии эндометрия. В то же время под воздействием повышенных концентраций эстрогена в эндометрии увеличивается экспрессия ИФР-1, а пониженный уровень связывающих белков повышает биодоступность этого фактора роста. Инсулин и ИФР-1 (инсулиноподобный фактор роста -1) способны напрямую, без участия эстрогенов, стимулировать пролиферацию эндометрия. Кроме того, и ИФР-1 и эстрогены могут одновременно активировать ранние ответы некоторых онкогенов, участвующих в регуляции клеточного роста, что указывает на синергизм их действия в индукции клеточной пролиферации. Таким образом, ИФР-1 поддерживает эстрогензависимую пролиферацию, а в условиях гиперэстрогении участвует в формировании ГПЭ (гиперплазия эндометрия) [4,5,7,8,10].

Следствием эндокринно-метаболических нарушений в репродуктивном возрасте является ановуляторное бесплодие, а в пременопаузе – развитие СД2-го типа,

сердечно-сосудистых заболеваний, аденокарциномы эндометрия. Кардинальным признаком МС является нарушение менструальной и генеративной функций на фоне прогрессирующей прибавки массы тела [5, 6,9].

МС является фактором риска развития ДЗМЖ (дисгормональные заболевания молочных желез) за счет повышения уровня и ИФР. ИФР взаимодействуют с соответствующими рецепторами в тканях молочной железы что сопровождается стимуляцией клеточной пролиферации, результатом которой ДЗМЖ. Кроме того, избыточный жир является источником внегонадного синтеза половых стероидов, в частности андрогенов, которые под воздействием фермента ароматазы преобразуются в эстрогены, что сопровождается гиперэстрогенией [2,5,6,8].

Установлено, что с увеличением возраста частота развития МС также возрастает. В развитии МС у женщин в перименопаузе важную роль играет нарушение баланса половых гормонов. Исследованиями F.Paul, V.D.Brenner и др. установлено, что после 48 лет скорость метаболизма замедляется на 4–5 % каждые 10 лет, что обусловлено фактором хронологического возраста и гормональными изменениями. Гормональные изменения, обусловленные возрастом, характеризуются дефицитом эстрогенов и прогестерона [7,8,14,15].

Кардинальным признаком МС является нарушение менструальной и генеративной функции на фоне прогрессирующей прибавки массы тела. Основными жалобами пациенток являются нарушение менструального цикла, невынашивание беременности бесплодие, избыточное оволосение, ожирение и многообразие диэнцефальных жалоб. Причем избыточную массу тела пациентки связывают с эндокринными нарушениями, а не с али-

ментарными факторами. Наследственность у большинства пациенток отягощена нарушениями репродуктивной функции, ожирением, инсулиннезависимым типом сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологией. Нарушение менструального цикла начинается с увеличения его длительности с недостаточностью лютеиновой фазы. А затем развиваются олигоаменорея и хроническая ановуляция. Следует отметить большую частоту дисфункциональных маточных кровотечений -20% [2,5,6,8,11].

Гормональный дисбаланс в период пери- и постменопаузы ассоциирован с прибавкой массы тела из-за избытка андрогенных и недостатка прогестероновых влияний, повышением АД из-за эндотелиальной дисфункции, обусловленной дефицитом эстрогенов. Дополнительный вклад недостаточности женских половых гормонов в патогенез МС настолько весом, что позволяет обосновать концепцию «менопаузального метаболического синдрома», акцентирующую необходимость рассматривать проявления МС у женщин в постменопаузе в контексте гормонального статуса [1,8,11].

На современном этапе новому оценивается роль хронического стресса в этиологии МС. По Г.Т. Крусосу при стрессе кортиколиберин, кортизол и симпатические нервные сигналы способствуют подавлению продукции соматолиберина и гормона роста. Дефицит гормона роста растормаживает гипертрофию и гиперплазию висцеральных адипоцитов, причем кортизол способствует переходу липидов в висцеральный жир. Если при этом наступает дистресс и снижается продукция половых стероидов, то исчезает их сдерживающий эффект на развитие висцерального ожирения. Не случайно гиперкортицизм как при болезни Иценко-

Кушинга, так и при других заболеваниях, связанных с перенапряженной стрессорной адаптацией, имеет так много общих с МС признаков [2,3,5,9].

**Выводы.** При заболеваниях органов репродуктивной системы у женщин репродуктивного возраста нарушаются механизмы их регуляции. В этой связи тонкое понимание вопросов этиопатогенеза метаболического синдрома, имеет большое практическое значение в гинекологической практике, что способствует разработке алгоритмов ведения и лечения женщин с метаболическим синдромом. Метаболический синдром на протяжении многих лет обращает на себя пристальное внимание исследователей и ученых всего мира, представляя собой актуальное научное направление, имеющее большое практическое значение. Изучение особенностей механизмов развития, клинических проявлений, диагностики и ассоциированных с ним заболеваний с использованием современных методов доступных медицине позволит прогнозировать и предотвращать осложнения столь серьезного синдрома.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арушанян Э.Б. Эстрогены и метаболический синдром // Медицинский вестник Северного Кавказа, 2014, №4, с.386-392.
2. Выдрыч А.Н. Ожирение в практике врача-гинеколога: клинический случай // Consilium Medicum, 2015, т.17, №6, с.49-55.
3. Ганчар Е.П., Кажина М.В. Метаболический синдром и беременность // Охрана материнства и детства, 2013, №1, с.68-72.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., и др. Лечение морбидного ожирения у взрослых // Ожирение и метаболизм, 2018, т.15, №1, с.53-70.

5. Елисеев М.С. Ревматология. Российские клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017, с.253-264.
6. Национальные клинические рекомендации: Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Санкт-Петербург, 2017, с.75.
7. Попов А.А. Лапароскопическая гистерэктомия у больных с морбидным ожирением // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского, 2015, №1, с.109.
8. Петров Ю.А., Калинина Н.С. Особенности течения беременности у женщин с метаболическим синдромом, осложненным тромбофилией // Научное обозрение. Медицинские науки, 2020, №1, с.25-29.
9. Рустамова М.С., Мироджова С.Г., Рабеджанова С.А., Рахмонова С.И. Репродуктивное здоровье женщин при метаболическом синдроме // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны», Таджикского государственного университета имени Абуали ибни Сино., Душанбе, 2012 г, с.169-175.
10. Тагиева Ф.А. Метаболический синдром в акушерстве и гинекологии // Свй медицины та бюлогп., 2016, №2, с.237.
11. Хаддад Х., Кыртиков С.И., Оразмурадов А.А., Зокирова Н.М. и др. Клинико-анамнестические особенности беременных с ожирением // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2022, т.10, №3, с.16-20.
12. Шереметьева Е.В. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» // Ожирение и метаболизм, 2021, т.18, №1, с.5-99.
13. Шляхто Е.В., Недогода С.В., Конради А.О., Баранова Е.И. и др. Концепция новых инновационных национальных клинических рекомендаций по ожирению // Российский кардиологический журнал, 2016, №4, с.7-12.
14. Шляхто Е.В., Конради А.О. Эпидемиология метаболического синдрома в различных регионах. Зависимость от используемых критериев и прогностическое значение. Журнал ртериальная гипертезия, 2007, т.13, №2, с.95-111.
15. Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Юнусова Н.В., Кондакова И.В. и др. Патогенетическое обоснование необходимости коррекции метаболического синдрома у больных с гиперпластическими процессами рака эндометрия // Российский биотерапевтический журнал, 2013, №1, с.5.
16. Beeson J.H., Blackmore H.L., Carr S.K., Dearden L., Duque-Guimaraes D.E., Kusinski L.C. et al. Maternal exercise intervention in obese pregnancy improves the cardiovascular health of the adult male offspring // Mol. Metab, 2018, vol.16, pp.35-44.
17. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification. 2013. URL: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) (date of access January 30, 2013)
18. Wilson R., Abbott J.H. Age, period and cohort effects on body mass index in New Zealand, 1997-2008 // Aust. N. Z. J. Public Health, 2018, vol.42, №4, pp.396-402.
19. Zitt E, Fischer A, Lhotta K, Concini H, Nagel G. Sex and age-specific variations, temporal trends and metabolic determinants of serum uric acid concentrations in a large population-based // Austrian cohort. Sci Rep., 2020, 10(1), pp.75-78.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

**Гулакова Дилбар Мухамедовна** – старший научный сотрудник отдела гинекологической эндокринологии и перинатологии Таджикистана. E-mail: [Dilbar.gulakova70@gmail.com](mailto:Dilbar.gulakova70@gmail.com)

**Болиева Гулнора Улчаевна** – к.м.н., руководитель отдела, гинекологической эндокринологии и перинатологии Таджикистана.

**Бойматова Зарина Каххарджановна** – доцент, старший научный сотрудник акушерского отдела.

**Сайдахмадова Шахло Джумахоновна** – к.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Республиканского медколледжа.

**Азимова Дилором** – к.м.н., научный сотрудник отдела гинекологии.

**ТАДЖИКСКОГО ВАРИАНТА НЕТУ!!!**

УКД 618.36-007:616-073.432.19

**РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И  
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ  
ИАГНОСТИКИ ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ**

З.Н. Касымова<sup>1</sup>, Г.Ф. Муминова<sup>2</sup>, П.Т. Самадова<sup>2</sup>,  
М.А. Амонова<sup>2</sup>, Я.С. Султонова<sup>2</sup>

*1. Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПО в СЗ РТ.*

*2. Согдийский областной родильный дом*

---

**Цель исследования.** Определить роль ультразвукового исследования и МРТ для выявления и уточнения диагноза приращения плаценты у беременных с предлежением плаценты по Согдийскому областному родильному дому.

**Материал исследования.** Проведен анализ 10 истории родов женщин с вращением плаценты по Согдийскому областному родильному дому за период 2021–2022 гг.

**Результаты и обсуждения.** Частота встречаемости данной патологии возросло с 0,08 до 0,09%. Основную долю женщин составили беременные в возрасте 28-34 лет (70%), средний возраст составил 29,8 лет. Во всех случаях формированию вращению плаценты способствовал рубец на матке от предыдущей операции кесарева сечения. Ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография (МРТ) являются основными методами диагностики вращении плаценты.

**Заключение.** Полученные при ультразвуковом исследовании и МРТ данные позволили описать размеры, структуру, глубину прорастания ворсин в миометрий, что подтверждено во время операции и результатами гистологического исследования. Данная диагностика способствует успешному прогнозированию родоразрешения женщин с вращением плаценты с минимальной кровопотерей.

---

**Ключевые слова:** вращение плаценты, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, массивное акушерское кровотечение, экстирпация матки.

**THE ROLE OF ULTRASOUND AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING  
RESEARCH FOR THE DIAGNOSIS OF PLACENTA ACCRETA**

Z.N. Qosimova<sup>1</sup>, G.F. Muminova<sup>2</sup>, P.T. Samadova<sup>2</sup>,  
M.A. Amonova<sup>2</sup>, J.S. Sultonova<sup>2</sup>

1. The course of Obstetrics and Gynecology of Khujand Department of State Education  
Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of  
Tajikistan",  
2. Sogd regional maternity hospital.

---

**Aim of the study:** define the study define the role of ultrasound diagnosis of pregnant accrete in pregnant women with previa in the maternity hospital of the maternity hospital of the Souqhd region.

**Research material:** the analysis was made on birth histories of pregnant women with placenta accrete ingrowth in the maternity hospital of the Sugd region for the period of 2021-2022 years.

**Results and discussions:** the incidence of this pathology increased from 0,08 to 0,09%. The main proportion of women were pregnant aged 28-34 years (70%), and middle age was 29,8 years. In all cases, the formation of placenta accrete was promoted by the previous operation. The main method for diagnostics of placenta accrete are ultrasound diagnostics and MRI.

**Conclusion:** The data obtained during ultrasound and MRI made it possible to described the dimensions, structure, and depth of villi germination, which was confirmed during the results of histological examination. Given data on diagnostics contributes to delivery in women with placenta accrete with minimal blood loss.

---

**Keywords:** placenta accreta, ultrasound examination, magnetic resonance imaging, massive obstetrical bleeding, uterine extirpation.

---

**Актуальность.** Приращение плаценты предплаценты представляют прикрепления ворсин хориона до миометрия с возможным проникновением в толщу миометрия и за его придель, в том числе и сквозь серозную оболочку [1]. Этиопатогенез данного состояния на сегодняшний день не совсем изучен. Согласно одной из гипотез, врастание плацентарной ткани в стенку матки происходит в результате дефектной децидуализации после хирургических вмешательств на матке, а также из-за избыточной инвазии трофобласта [3]. По глубине врастания ворсин в стенку матки различают следующие формы приращения плаценты: Placenta accrete- распространение ворсин хориона

до границ миометрия с прорастанием базальной мембраны; Placenta increta- прорастание ворсин хориона в толщу миометрия без выхода за его придель; Placenta recreta- врастание в серозную оболочку, в том числе соседние органы[2. 4].

За последние 50 лет отмечен 10 кратный рост числа пациенток с истинным врастанием плаценты. По данным литературы приращение плаценты возникает от 1:500 до 1:70000 случаев. По классификации приращения плаценты различают следующие виды: Placenta accrete- наиболее частый вариант плацентарного врастания и встречается в 76% случаев, placenta increta – в 16%, placenta recreta

– 6% . Главные факторы риска – это предлежание плаценты, поздний возраст женщины и предшествующие кесаревы сечения [4].

Приращение плаценты является тяжелым осложнением беременности, при котором имеется высокий риск до и после родового кровотечения. Тяжелые состояния возникают у 60% женщин, а в 7% случаях наблюдается материнская смертность [4].

Для своевременного выявления женщин с приращением плаценты необходимо проявлять особую настороженность у женщин с рубцом на матке при расположении плаценты по передней стенке матки (после кесарева сечения, миомэктомии). Для исключения врастания плаценты на этапе амбулаторного наблюдения беременной методом выбора является УЗИ с доплерометрией. Цветное доплеровское картирование считается золотым стандартом в перинатальной диагностике приращения плаценты. В ходе исследования точно определяется локализация аномальных сосудистых зон и глубина проникновения хориальных ворсин в миометрий. Данные ультразвукового исследования служат показанием для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) во II–III триместра беременности. Дополнительные методы исследования необходимы для определения объема и тактики оперативного вмешательства, прогнозирования кровопотери и возможных осложнений в ходе операции.

**Цель исследования.** Определить роль ультразвукового исследования и МРТ для выявления и уточнения диагноза приращения плаценты у беременных с предлежанием плаценты по Сogдийскому областному родильному дому.

**Материал исследования.** Проведен ретроспективный анализ истории родов 18

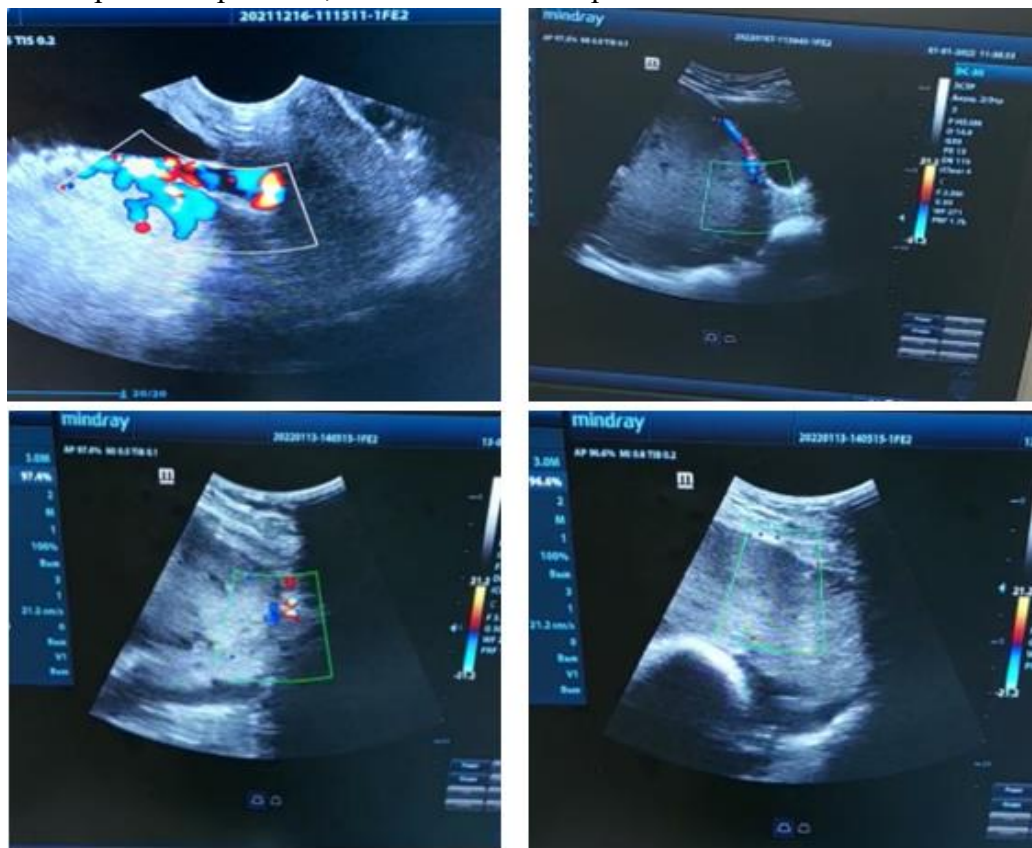
случаев беременных, госпитализированных в Сogдийский областной родильный дом с диагнозом предлежание плаценты за период 2021- 2022 гг. Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи стандартных компьютерных технологий и представлял собой оценку удельного веса каждого вида осложнений к общему количеству беременных.

**Результат и обсуждения.** Нами было изучено 18 историй родов беременных с диагнозом предлежание плаценты, поступивших из разных регионов области в Сogдийский областной родильный дом. За 2021 год всего в родильном доме зарегистрировано 5731 родов, за 2022 год- 6565. Из числа всех госпитализированных женщин после проведения ультразвукового исследования в 10 случаях было выявлено прорастание ворсин хориона вглубь слоев матки, а в 3 случаях, переход на мочевой пузырь. В 2021 году поступило 4 женщины, за 2022 год - 6 женщин с врастанием плаценты. Соответственно частота встречаемости данной патологии в нашем родильном доме возросло с 0,06% до 0,09%, а в 2020 году она была равна 0,02%. Беременные госпитализированы в отделение патологии беременных родильного дома в сроках 24- до 37 недель беременности, где были дообследованы, проведены консилиумы специалистов в составе: акушер гинеколога, анестезиолога, сосудистого хирурга, уролога и неонатолога и разработан план родоразрешения. Все 10 беременных проживали в сельской местности. Возрастной контингент женщин варьировал от 24 до 40 лет. Основную долю составили беременные в возрасте 28–34 лет-70%, средний возраст составил 29,8 лет. По паритету у всех женщин беременность была повторная. В 40% случаях в анамнезе были самопроиз-

вольные выкидыши и в одном случае пузырный занос. Во всех случаях у женщин в анамнезе были операции кесарево сечение, то есть был один из основных факторов развития врастания плаценты – наличие рубца на матке. С одним рубцом на матке было 3(30%) женщин, с 2- рубцами на матке - 5(50%) и двое - с 3 рубцами на матке, что составило 20%. В 100% случаях родоразрешение проводилось в плановом порядке.

При УЗИ диагностики у женщин с приращением плаценты обнаружены: нарушение границ серозного, мышечного

слоев матки и плаценты, отсутствие гипоэхогенного ободка между плацентой и маткой, уменьшение расстояния между ретроплацентарными сосудами и периметрием до 10мм и менее, наличие в толще плаценты кист, гиперэхогенных включений и тотальное расширение сосудов плаценты в области рубца на матке на протяжении всего нижнего сегмента матки с переходом на шейку матки. Образование множественных лакуны свидетельствуют о глубоком варианте инвазии плаценты, а также расширение сосудов миометрия в зоне плацентации.



**Рисунок 1.** УЗИ картина с доплерографией

Полученные данные позволили точно поставить диагноз в пользу врастания плаценты, и для верификации процесса беременным произведена МРТ, при котором было выявлено:

- однородной интенсивностью объёмные образования в полости матки, иногда близкой прилежащему миометрию на T1-взвешенных изображениях (ВИ);

- гетерогенностью или гипоинтенсивностью объёмных образований в полости матки на T2- взвешенных изображениях по сравнению с прилежащим миометрием;
- нарушение переходно-соединительной зоны и истончение миометрия, что лучше всего определяется также на T2-ВИ;
- наличие васкуляризации в виде подходящих питающих сосудов;

- аномальные выбухания передней стенки матки в нижнем сегменте с истончением миометрия, а в 3-х случаях - извитые сосуды, выходящие за контуры матки вплоть до мочевого пузыря.

Консилиумом врачей при участии акушер – гинекологов, сосудистого хирурга, уролога и анестезиолога разработан план подготовки к плановой операции. Выбран метод общей анестезии с ИВЛ, заготовлены компоненты крови. Объём

операции-кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков. Разрез на передней брюшной стенке произведен продольный нижнесрединный. При вскрытии брюшной полости в области нижнего сегмента отмечалась выраженная сосудистая сеть: сосуды плаценты расширены, стенка нижнего сегмента матки истончена. Разрез на матке произведен на дне (донный или классический) не затрагивая участок плацентации.

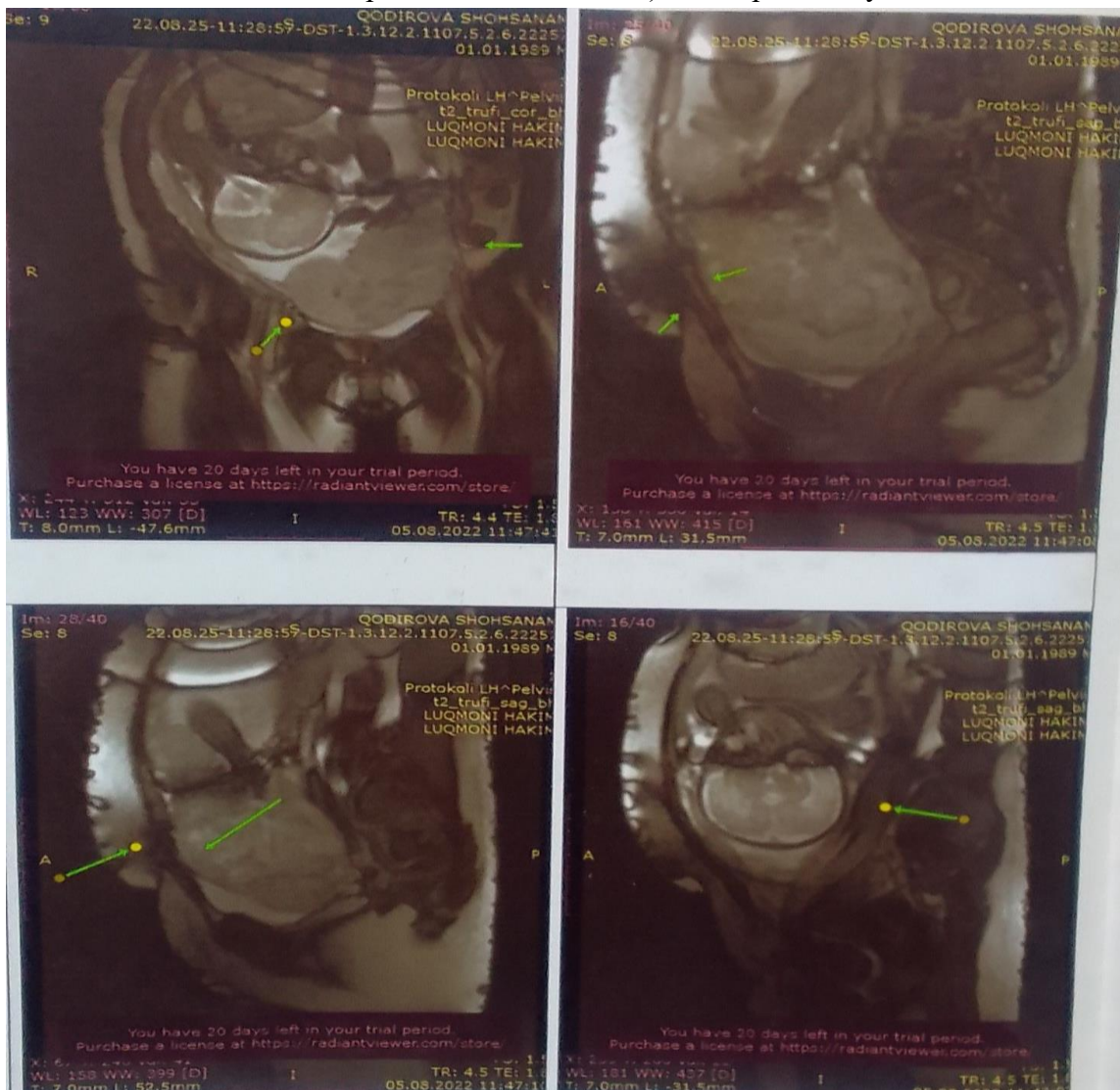


Рисунок 2. МРТ картина

(стрелками указана вращение ворсин переднюю стенку матки).

Плоды извлечены за ножку. После иссечения пуповины, без отделения плаценты матка ушивалась двухрядным викриловым швом, после чего непосредственно

производилась экстирпация матки без придатков. В 4-х случаях сосудистым хирургом до производства экстирпации матки была произведена перевязка внутрен-

ней подвздошной артерии. Длительность операции составило от 2-х часов до 3 часа 30 мин, в среднем 2 часа 34 мин  $\pm 4,4\%$  ( $p < 0,05$ ). Общая кровопотеря во время операции составило от 1500 мл до 4500 мл, в среднем - 2485 мл  $\pm 3,6\%$  ( $p < 0,05$ ). Необходимо отметить, что в тех случаях, когда была произведена перевязка внутренней подвздошной артерии, общая кровопотеря составила 1650,0  $\pm 8,6\%$  ( $p < 0,05$ ) мл, что намного меньше, чем без предварительной перевязки сосудов. Бригадой анестезиологов проводилась инфузионно – корригирующая терапия, трансфузиологом –

плазма и гемотрансфузия. Геморрагического шока не наблюдалось. В одном случае во время операции обнаружено ранение мочевого пузыря, который ушит врачом урологом. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. У всех пациенток диагноз врастания плаценты подтвержден гистологическим исследованием операционного материала. Выписаны женщины на 9–14 день после операции в удовлетворительном состоянии с новорождёнными. Средняя длительность пребывания родильниц составила 12,2  $\pm 1,2$  дней ( $p < 0,05$ ).

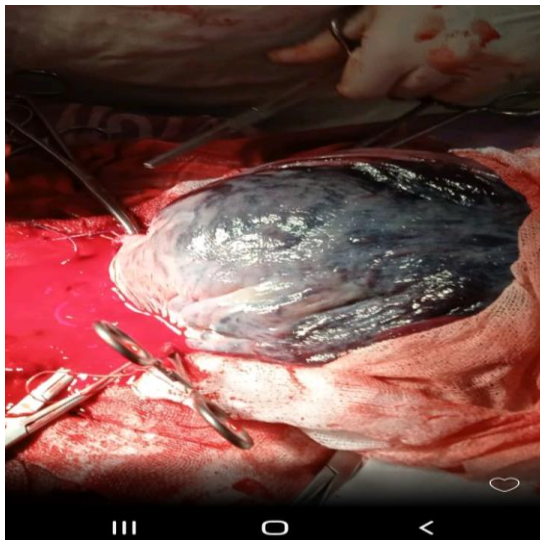


Рисунок 3. Вид матки при брюшной полости



Рисунок 4. Макропрепарат матки

**Таким образом:** приращение плаценты является осложнением беременности с высоким риском кровотечения с последующей гистерэктомией. Полученные при ультразвуковом исследовании и МРТ данные позволили описать размеры, структуру, глубину прорастания ворсин в миометрий, что подтверждено во время операции и результатами гистологического исследования. Диагностированные при МРТ особенности структуры и кровоснабжения выявленных образований позволило классифицировать его как плацентарную ткань. Ранняя родовая госпитализация всех пациенток с подозрением на

предлежание плаценты в сроке 30–32 недель беременности с целью наблюдения, обследования: УЗИ, МРТ исследований и решения вопроса тактики родоразрешения до 36 недель, способствует успешному родоразрешению женщин с вращением плаценты с минимальной кровопотерей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Веницкий А.А. Вращение плаценты: диагностика и органосохраняющая тактика при оперативном родоразрешении. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва – 2018 г.

2. Назаренко Л.Г., Дёмина О.В. Вращение плаценты: Вопросы этиологии, патофизиологии, диагностика (клиническая лекция). *Health of Woman* // 2019, vol.144, 8, pp.7-11.
3. Памфамиров Ю.К., Самойленко А.В. Вращение плаценты. Стратегия и лечения. Реалии. Ближайшие перспективы // Современные инновации, 2017, т.17, №3, с.33-35.
4. Тирачкова Е.В., Мещерякова Л.А., Шориков М.А., и соав. Магнитно-резонансная томография в диагностики истинного приращения плаценты: клинический случай. // Опухоли женской репродуктивной системы, 2016, т.12, №1, с.98-104.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Косимова Замира Назаровна** – к.м.н., заведующая курсом акушерства и гинекологии Худжандского отделения Таджикского института последипломной подготовки в сфере здравоохранения республики Таджикистан, E-mail: [Kasimova-z2015@mail.ru](mailto:Kasimova-z2015@mail.ru);

**Муминова Гулнора Файзуллаевна** – врач ультразвуковой диагностики СОРД;

**Самадова Парвина Тошмуродовна** – врач ультразвуковой диагностики СОРД;

**Султонова Ясмينا Самиевна** – врач МРТ диагностики СОРД;

**Амонова Манижа Алиджановна** – врач МРТ диагностики СОРД.

УДК 618.31

#### НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

С.М. Мардонова, Г.К. Давлатзода, А.К. Юлдашева, М.Киёмиддинзода

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

---

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования дистального временного гемостаза (турникеты) для снижения интраоперационной кровопотери при родоразрешении беременных с вращением плаценты.

**Материал и методы.** Проведен проспективный анализ оперативного вмешательства с использованием дистального временного гемостаза в 13 случаях беременности с вращением плаценты за 2 года (2019 г. (8 сл.) и 2020 г. (5 сл.)). Для сравнения проведен ретроспективный анализ 8 случаев вращение плаценты за 2017–2018 гг. когда после кесарево сечения (КС) на нижнем маточном сегменте удаляли плаценту и не применяли методы временной остановки кровотечения.

**Результаты.** Установлено, что методика дистального временного гемостаза, способствует снижению объема кровопотери в 2 раза, время операции на 1 час 10 мин, объема гемоплазматрансфузии в 4–5 раз, сокращение койка/день в стационаре на 3-4 дня, необходимости в присутствии сосудистых хирургов и бригады трансфузиологов. Установлено, что вращение плаценты чаще наблюдалось у беременных с 2-3 рубцами на матке и сроке гестации более 36 недель беременности.

**Заклучение.** Этот метод является простым в выполнении, эффективным, доступным и дешевым. С целью профилактики вращение плаценты в нижний маточный сегмент, необходимо при предыдущих КС проводить метропластику (иссечение истонченного послеоперационного рубца на матке), родоразрешение при предлежании плаценты и рубце на матке в сроке гестации 35-36 недель и придерживаться политики по снижению кесарево-сечения.

---

**Ключевые слова:** кесарево-сечение, вращение плаценты, акушерские кровотечения, рубец на матке, трансфузионно-инфузионная терапия.

---

### УСУЛҲОИ МУОСИР БАРОИ ТАВАЛЛУДКУНОНИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАДОР БО ВОРИДШАВИИ ҲАМРОҲАК

С.М. Мардонова, Г.К. Давлатзода, А.К. Юлдашева, М.Киёмиддинзода  
*МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».*  
*Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

---

**Мақсади омӯзиш.** Арзёбии самаранокии истифодаи гемостазҳои муваққатии дисталӣ (турникетҳо) барои кам кардани талафоти хун дар давоми ҷарроҳӣ ҳангоми таваллуди занони ҳомиладор бо воридшавии ҳамроҳак.

**Мавод ва усулҳо.** Таҳлили перспективи даҳолати ҷарроҳӣ бо истифода аз гемостазҳои муваққатии дисталӣ дар 13 ҳолати ҳомиладорӣ бо аккретаи пласента дар тӯли 2 сол (2019 (8 рӯз)) ва 2020 (5 сатр) гузаронида шуд. Барои муқоиса, таҳлили ретроспективи 8 ҳолати воридшавии ҳамроҳак дар солҳои 2017-2018 гузаронида шуд. Вақте, ки пас аз ҷарроҳии қайсарӣ (КС) ҳамроҳак дар сегменти поёнии бачадон хориҷ карда шуд ва усулҳои муваққатан қатъ кардани хунравӣ истифода намешаванд.

**Натиҷаҳо.** Муайян карда шудааст, ки техникаи гемостазҳои муваққатии дисталӣ барои 2 маротиба кам шудани ҳаҷми талафоти хун, 1 соату 10 дақиқа вақти ҷарроҳӣ, 4-5 маротиба миқдори гемоплазматрансфузия, кам шудани кати хоб дар як шабонарӯз дар беморхона то 3-4 рӯз, зарурати ҳузури ҷарроҳони рағҳо ва гурӯҳҳои трансфузионӣ. Муайян карда шуд, ки воридшавии ҳамроҳак бештар дар занони ҳомила бо 2-3 изи ҷарроҳии дар бачадон ва давраи ҳомиладорӣ зиёда аз 36 ҳафтаи ҳомиладорӣ мушоҳида мешавад.

**Хулоса.** Ин усул ба осонӣ иҷро, дастрас ва арзон аст. Барои пешгирӣ кардани воридшавии ҳамроҳак дар сегменти поёнии бачадон зарур аст. метропластика дар давраи CS қаблӣ (буридани изи бориқшудаи пас аз ҷарроҳӣ дар бачадон), таваллуди ҳамроҳак ва таваллуди захми бачадон дар ҳафтаи 35-36 ҳафтаи ҳомиладорӣ ва риояи сиёсати кам кардани буриши қайсарӣ.

---

**Калимаҳои калидӣ:** буриши қайсарӣ, афзоиши пласента, хунравии акушерӣ, из дар бачадон, терапияи трансфузионӣ-инфузионӣ.

---

**NEW APPROACHES TO DELIVERY OF PREGNANT WOMEN  
WITH PLACENTA INGROWTH**

S.M. Mardonova, G.K. Davlatzoda, A.K. Yuldasheva, M. Kiemiddinzoda

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

---

**Aim.** To evaluate the effectiveness of using distal temporary hemostasis (tourniquets) to reduce intraoperative blood lost during delivery of pregnant women with placenta ingrowth.

**Material and methods.** A prospective analysis of surgical intervention using distal temporary hemostasis was performed in 13 cases of pregnancy with placenta accreta over 2 years (2019 (8 days)) and 2020 (5 lines)). For comparison, a retrospective analysis of 8 cases of placenta ingrowth in 2017-2018 was carried out. when, after a caesarean section (CS), the placenta was removed on the lower uterine segment and methods for temporarily stopping bleeding were not used.

**Results.** It has been established that the technique of distal temporary hemostasis helps to reduce the volume of blood lost till 2 times, the operation time by 1 hour 10 minutes, the volume of hemoplasmo transfusion by 4-5 times, the reduction of bed/day in the hospital till 3-4 days, the need for the presence of vascular surgeons and transfusion the team. It was found that placenta ingrowth was more often observed in pregnant women with 2-3 scars on the uterus and a gestational age of more than 36 weeks of pregnancy.

**Conclusion.** This method is easy to perform, affordable and inexpensive. Therefore, to prevent placenta ingrowth into the lower uterine segment, it is necessary to perform metroplastic during previous CS (excision of a thinned postoperative scar on the uterus), placenta previa and uterine scar delivery at 35-36 weeks' gestation and adhere to a policy to reduce caesarean section.

---

**Key words:** caesarean section, placenta ingrowth, obstetric bleeding, uterine scar, transfusion-infusion therapy.

---

**Актуальность.** Акушерские кровотечения занимают лидирующее место в структуре причин материнской смертности, варьируя от 19,9 до 36,2%. Существенный вклад в структуре массивных акушерских кровотечений принадлежит беременным с вращением плаценты [2-5]. Из года в год этих пациенток становится все больше, что напрямую связано с увеличением частоты абдоминального родоразрешения. За последние 50 лет их количество увеличилось в 10 раз [3]. Массивные кровотечения при вращении плаценты связаны с инвазией ворсин в подлежащие ткани и органы, что затрудняют самостоятель-

ное отделение и удаление плаценты ручным методом. Такие женщины подвержены риску больших кровотечений во время операции. Это связано с существующим раздельным кровоснабжением тела матки и области перешейка, шейки матки [1].

В настоящее время предлагаются различные методы окончательной остановки кровотечения – от применения современных медикаментозных средств до инвазивных манипуляций. Однако эффективность данных методов находится в широких пределах. Результаты исследования показали, что эффективность эмболизации маточных артерий составляет от 86 до

91%, компрессионных швов на матке – от 85 до 96%, перевязки подвздошных артерий – от 85 до 88% [4, 5]. Поэтому многие авторы придерживаются точки зрения, что на современном этапе не существует оптимального метода для управления тяжелого послеродового кровотечения. В большинстве стран традиционными методами лечения пациенток с антенатально установленным диагнозом вставания плаценты являются плановое раннее оперативное родоразрешение и одномоментная гистерэктомия [6,7]. КС с разрезом в области дна матки, извлечение плода и гистерэктомия без попыток удаления плаценты значительно снижают кровопотерю [1, 3,4,7].

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования дистального временного гемостаза (турникеты) для снижения интраоперационной кровопотери при родоразрешении беременных с вставанием плаценты.

**Материал и методы исследования.** Всего за четыре года (2017-2020 гг.) в клинике НИИ АГиП РТ произошло 40559 родов, из них 7564 (18.6%) КС. С предложением плаценты госпитализировано 96 пациенток (0.24%). Проведен проспективный анализ оперативного вмешательства с использованием дистального временного гемостаза в 13 случаях беременности с вставанием плаценты за 2 года (2019 г. (8 сл.)) и 2020 г. (5 сл.)). Для сравнения проведен ретроспективный анализ 8 случаев вставания плаценты за 2017–2018 гг. когда после КС на нижнем маточном сегменте удаляли плаценту и не применяли методы временной остановки кровотечения.

Дородовая диагностика вставания плаценты выполнена при помощи ультразвукового исследования. Типичными признаками вставания плаценты были: отсутствие

гипоэхогенной ретроплацентарной зоны, отсутствие четкой границы между стеной матки и мочевым пузырем, аномальные плацентарные лакуны, плацента с признаками гиперваскуляризации, аберрантные сосуды, проникающие в заднюю стенку мочевого пузыря. Тактика ведения родов каждой пациентки обсуждалась на мультидисциплинарном консилиуме с участием акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов/трансфузиологов., после соответствующей предоперационной подготовки.

Эффективность использования турникетов для дистального гемостаза оценивалось по следующим критериям: объем интраоперационной кровопотери, гемоплазмотрансфузия, продолжительность операции, продолжительность пребывания в стационаре, ранения мочевого пузыря, течение послеродового периода, септические осложнения.

Все случаи вставания плаценты подтверждены гистологически.

**Результат исследования.** Анализ показал, что беременные активного репродуктивного возраста составили 70.9%, старшей возрастной группы 29.1%. Оперативное вмешательство у 6 (6.4%) пациенток проведено в сроке 24–28 недель в экстренном порядке из-за кровотечения, 29.1% пациенток госпитализированы в сроке гестации 37-39 недель, остальные 64.5% беременных – в сроке беременности 29-36 нед. Первобеременной были 16 пациенток, на 2-4 роды поступили 64 (66.7%) женщин и у 16 беременных – было более 5 родов в анамнезе. У 21 беременной был 1 рубец на матке, у 27 пациенток – 2 рубца на матке, у 15–3 рубца на матке и у 33 пациенток – не было рубцов на матке. В экстренном порядке произведена операция в 26 (27%) случаях, в плановом порядке – 70 (72.6%) сл. Общая

анестезия проведено 71 (74.2%) пациентам, 25 (25.8%) пациенткам – региональная анестезия. Кровопотеря в 38.1% случаях составила – до 999.0, 1000.0–1999.0 у 48.7% пациенток и более 2000.0 у 13 (13.2%) женщин. В 19 случаях проведена гемоплазматрансфузия.

Среди обследованных, выделена группа, в которую вошли антенатально установленные 13 случаев вращение плаценты. Причем у всех пациенток было более 2-х рубцов на матке. У 9 пациенток отмечалось вращение плаценты в истонченный нижний сегмент матки до внутреннего зева, у 2 вращение плаценты доходило до наружного зева шейки матки и у 2-х в заднюю стенку мочевого пузыря. Операция заключалась в 3 этапах: 1 этап: донное КС с сохранением плаценты в матке и зашивание раны на матке; 2 этап – отсепаровка мочевого пузыря от передней стенки матки до шейки матки; 3 этап – дистальный гемостаз: турникеты накладывались на маточную часть широкой связки с обеих сторон и на шейку матки. На фоне дистального временного гемостаза турникетами, произведена экстерпация матки без придатков. В 3 (23%) случаях при отсепаровке мочевого пузыря произошло ранение мочевого пузыря. Всем пациенткам было проведена общая эндотрахеальная анестезия. Минимальная кровопотеря составила 1200.0, максимальная – 2500.0. Гемотрансфузия проведена в 7 случаях (53%) и ограничена одной терапевтической дозой (500 мл эритроцитарной массы). Продолжительность операции в среднем 1 ч 15 мин (min 1ч 00мин – max - 1ч 50 мин). Средняя продолжительность койка/день составило 6 дней. случаев материнской смертности и инвалидности от кровотечения не зарегистрировано. Так же не было септических осложнений.

С целью сравнения были изучены, ранее проведенные операции с вращением плаценты за 2017–2018 гг (8 случаев), при которых проведено КС на нижнем маточном сегменте с отделением плаценты и производением экстерпации матки. В 3-х (37.5%) случаях отмечено ранение мочевого пузыря. При этих операциях кровопотеря составила 3500.0–4500.0, продолжительность операции 2 ч 25 мин (2 ч 40 мин – 3 ч 40 мин). В 6 случаях были вызваны сосудистые хирурги, для перевязки внутренних подвздошных артерий и дополнительного гемостаза культи и бригада трансфузиологов - для коррекции ДВС. Всем пациентам проведена гемоплазматрансфузия в количестве 1000.0–3500.0. Средняя продолжительность койка/день составила – 9 дней. Было 2 случая септических осложнений, перитонит и инфильтрат передней брюшной стенки, один случай влагилицнопузырного свища. Таким образом, методика дистального временного гемостаза, способствует снижению объема кровопотери в 2 раза, времени операции в 1 час 10 мин, объема гемоплазматрансфузии 4–5 раз, сокращении койка/день в стационаре на 3–4 дня, необходимости в присутствии сосудистых хирургов и бригады трансфузиологов. Этот метод является простым в выполнении, доступным и дешевым. Установлено, что вращение плаценты чаще наблюдалось у беременных с 2–3 рубцами на матке и сроке гестации более 36 недель беременности.

Следовательно, с целью профилактики вращение плаценты в нижний маточный сегмент, необходимо при предыдущих КС проводить метропластику (иссечение истонченного послеоперационного рубца на матке), родоразрешение при предлежании плаценты и рубце на матке в сроке

гестации 35–36 недель и придерживаться политики по снижению КС.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Виницкий А.А. Вростание плаценты: диагностика и органосохраняющая тактика при оперативном родоразрешении. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед.наук. М. 2018.
2. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорян А.М., Латышкевич О.А., Кутакова Ю.Ю., Кондратьева М.А. Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий при осуществлении органосохраняющих операций у пациенток с вростанием плаценты // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение, 2018, т.6, №4, с.31-37.
3. Куликов И.А., Белоусова Т.Н., Соваев Н.И., Плахотина Е.Н., Мусаева С.В., Павлютина К.С., Петров А.Е. Способ оперативного родоразрешения пациенток с вростанием плаценты в рубец на матке. Патент на изобретение RU 2706368 C1, 18.11.2019. Заявка №2019118817 от 18.06.2019.
4. Шмаков Р.Г., Пирогова М.М., Васильченко О.Н., Чупрынин В.Д., Ежова Л.С. Хирургическая тактика при вростании

плаценты с различной глубиной инвазии // Акушерство и гинекология, 2020, 1, с.78-82.

5. Ящук А.Г., Лутфарахманов И.И., Мусин И.И., Бирюков А.А., Решетникова Л.Р., Мингазов Н.Н., Галимова Э.Р., Молоканова А.Р. Органосохраняющие операции при истинном приращении плаценты // Практическая медицина, 2019, т.17, №4, с.52-56.
6. Kingdom J.C., Hobson S.R., Murji A., Allen L., Windrim R.C., Lockhart E., Collins S.L., Soleymani Majd H., Alazzam M., Naaisa F., Shamshirsaz A.A., Belfort M.A., Fox K.A. Minimizing surgical blood loss at cesarean hysterectomy for placenta previa with evidence of placenta increta or placenta percreta: the state of play in 2020 // Am J Obstet Gynecol, 2020 vol.223, 3, pp.322-329.
7. Collins S.L., Alemdar B., van Beekhuizen H.J., Bertholdt C., Braun T., Calda P. et al. Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta // Am. J. Obstet. Gynecol. 2019, vol.220, 6, pp.511-26.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Мардонова Саломат Махмудмурадовна** – к.м.н, доцент, заведующая специализированным акушерским отделением ГУ Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ, E-mail: [Salomat.71@mail.ru](mailto:Salomat.71@mail.ru)

УДК: 618.514

**АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАНТНОГО ПЕРИОДА: ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

Д.Б. Мурадова, К.А. Ишматова

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

---

**Цель исследования.** Изучить факторы риска развития аномальных маточных кровотечений в пубертатном периоде (АМКПП), улучшить прогнозирование, оптимизировать профилактические и лечебные мероприятия данной патологии.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 110 девочек РТ в возрасте от 11 до 17 лет. Исследуемые были поделены на 2 группы: I-я группа- 60 девочек с диагнозом «аномальные маточные кровотечения пубертатного периода», которые были обследованы и пролечены в отделении детской гинекологии НИИ Акушерства и гинекологии, II-я группа(контрольная)- 50 девочек в возрасте 11-17 лет, не имеющих нарушений менструального цикла, соматически здоровые. Всем девочкам было проведено полное клиническое обследование, выявлены хронические соматические заболевания, изучены анамнез, наследственность и особенность течения пубертатного периода, проведена оценка психологического статуса. Все пациенты с диагнозом АМКПП в зависимости от полученной терапии были разделены на 3 подгруппы.

**Результаты.** У матерей девочек с АМК чаще встречались: синдром задержки развития плода (СЗРП)- у 20/33,3%, угроза прерывания беременности – у 26/43,3%, преждевременные роды (ПР) – у 8/ 13,3%, тяжелая преэклампсия (ПЭ)- у 6/10,0%, инфекции передающиеся половым путем (ИПП) у матерей- в 15/25%, тогда как в группе контроля данные осложнения встречались реже- у 3/6,0; 3/6,0; 5/10,0; 2/4,0; 1/2,0% соответственно ( $p<0,05$ ). В группе девочек с АМК нарушение менструального цикла у мамы встречалось в 16/26,6% случаев, 8/13,3% из которых были АМК пубертатного периода. В группе контроля нарушения менструального цикла у матерей встречалось в 5/10% случаев, 3/ 6,0% - АМК пубертатного периода. Эндометриоз был диагностирован в 4/6,6% случаев, миома матки-в 2/3,3%, в контрольной группе-2/4,0 и 1/2,0% соответственно. Бесплодие в анамнезе в I группе составляло 4/ 6,6%, во II- 1/2,0% ( $p<0,05$ ). В группе с АМК психологические и физические нагрузки значительно превышали такие в группе контроля: 22/36,6; 11/18,3% и 5/10,0;1/2,0 соответственно ( $p<0,01$ ).

**Заключение.** Для снижения риска развития АМК у девочек, необходима их диспансеризация с раннего возраста с учетом наследственности, патологического течения беременности и родов у матерей, особенности соматического и психологического статуса, режима труда и отдыха, возраста менархе и периода становления менструального цикла, а также своевременная профилактика соматической патологии. В плане терапии выбора метода гемостаза АМК рекомендован индивидуальный подход в зависимости от тяжести кровотечения и особенностей клинического течения.

---

**Ключевые слова:** аномальные маточные кровотечения пубертатного периода, девочки подростки, факторы риска, профилактика, гемостатическая терапия.

**ХУНРАВИИ ҒАЙРИМУКАРРАРИИ БАЧАДОН:  
ОМИЛҲОИ ХАВФ, ПЕШГИРИ ВА ТАБОБАТ**

Д.Б. Мурадова, К.А. Ишматова

*МД «Пажухишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».*

*Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

---

**Мақсади омӯзиш.** Омӯзиши омилҳои хавф барои хунравии ғайримукаррарии бачадон дар давраи балоғат (ХҒБДБ), ки ба афзоиши пешгӯӣ ва коҳиши такроршавӣ, инчунин оптимизатсияи чорабиниҳои пешгирикунанда ва табобатии ин патология имкон медиҳад.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар тадқиқот 110 духтарони аз сини 11 то 17-солаи ҚТ иштирок карданд. Тадқиқотҳо ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I- 60 духтар бо ташҳиси хунравии ғайримукаррарии бачадон дар давраи балоғат, ки дар шубҳаи гинекологияи кӯдаконаи МД ПАГ ва П тафтиш ва табобат карда шуданд, гурӯҳи II(назоратӣ) – 50 духтари сини 11-17 сола, ки вайроншавӣ дар давраи ҳайзбини надоштаанд, аз ҷиҳати соматикӣ солим мебошанд. Ба ҳамаи духтарон ташҳиси пурраи клиникӣ гузаронида шуд, бемориҳои музмини соматикӣ ошкор карда шуданд, таърих, ирсият ва хусусияти ҷараени давраи балоғат омӯхта шуд, мақоми психологӣ арзёбӣ карда шуд. Ҳамаи беморони бо ташҳиси хунравии ғайримукаррарии бачадон дар давраи балоғат вобаста ба терапияи гирифташуда ба 3 зергурӯҳ тақсим карда шуданд.

**Натиҷаҳо.** Дар модарони духтарони гирифтори ХҒБДБ бештар: синдроми таъхири рушди ҳомила (СТРХ) дар 20/33,3%, таҳдиди қатъи ҳомиладорӣ дар 26/43,3%, таваллуди бармаҳал (ТБ) дар 8/ 13,3%, преэклампсияи вазнин (ПЭ) дар 6/10,0%, сироятҳои тавассути роҳи ҷинсӣ (СТРҶ) дар модарон дар 15/25%, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назорат ин мушкилот камтар дар у пайдо мешуданд 3/6,0; 3/6,0; 5/10,0; 2/4,0; 1/2,0% мувофиқан ( $p < 0,05$ ). Дар гурӯҳи духтарони гирифтори ХҒБДБ вайроншавии давраи ҳайзи модар дар 16/26,6% ҳолатҳо, 8/13,3% - и онҳо ХҒБДБ ба назар мерасид. Дар гурӯҳи назорати вайроншавии давраи ҳайз дар модарон 5/10% ҳолатҳо, 3/ 6,0% ХҒБДБ ба қайд гирифта шудааст. Эндометриоз дар 4/6,6% ҳолатҳо, миёмаи бачадон дар 2/3,3%, дар гурӯҳи назоратӣ мутаносибан 2/4,0 ва 1/2,0% ташҳис карда шуд. Таърихи безуретӣ дар гурӯҳи I- 4/ 6,6%, дар гурӯҳи II- 1/2,0% ( $p<0,05$ ) буд. Дар гурӯҳи бо ХҒБДБ, машқҳои психологӣ ва ҷисмонӣ аз он дар гурӯҳи назорат хеле зиёдтар буданд: мутаносибан 22/36,6; 11/18,3% ва 5/10,0; 1/2, 0( $p<0,01$ ).

**Хулоса.** Барои кам кардани хатари инкишофи ХҒБДБ дар духтарон, диспансеризатсияи онҳо аз сини хурдсолӣ бо назардошти ирсият, ҷараени патологияи ҳомиладорӣ ва таваллуд дар модарон, хусусиятҳои вазъи соматикӣ ва психологӣ, тарзи кор ва истироҳат, синну соли менарх ва давраи ташаккули давраи ҳайз, инчунин пешгирии саривақтии патологияи соматикӣ зарур аст. Дар робита ба терапия ва гемостази ХҒБДБ,

муносибати инфиродӣ вобаста ба вазнинии хунравӣ ва хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ тавсия дода мешавад.

---

**Калимаҳои калидӣ:** хунравии ғайримуқаррарии бачадон, духтарони наврас, омилҳои ҳавф, пешгирӣ, терапияи гемостатикӣ.

## **ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN ADOLESCENTS: RISK FACTORS? PREVENTION AND TREATMENT**

D.B. Muradova, K.A. Ishmatova

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

---

**Aim.** To study the risk factors of abnormal uterine bleeding in adolescents (AUB), allowing to increase the prediction and reduction of relapses, as well as to optimize preventive and therapeutic measures of this pathology.

**Material and Methods.** The study involved 110 girls of the Republic of Tajikistan aged 11 to 17 years old. The subjects were divided into 2 groups: I group - 60 girls diagnosed with abnormal uterine bleeding of puberty, who were examined and treated in the Department of Pediatric Gynecology of the Research Institute of Obstetrics and Gynecology, II group (control) - 50 girls aged 11-17 years, who do not have menstrual disorders, are somatically healthy. All the girls underwent a full clinical examination, chronic somatic diseases were identified, anamnesis, heredity and peculiarities of the course of puberty were studied, and psychological statuses were assessed. All patients diagnosed with AUB in adolescents, depending on the therapy received, were divided into 3 subgroups.

**Results.** Mothers of girls with AUB were more likely to have: fetal growth restriction (FGR) - in 20/33.3%, the threat of termination of pregnancy – in 26/43.3%, premature birth (PB) – in 8 / 13.3%, severe preeclampsia (PE) - in 6/10.0%, sexually transmitted infections (STI) in mothers - in 15/25%, whereas in the control group, these complications were less common- in 3/6,0; 3/6,0; 5/10,0; 2/4,0; 1/2,0% accordingly ( $p<0.05$ ). In the group of girls with AUB, a violation of the menstrual cycle in the mother was found in 16/26,6% of cases, 8/13,3% of which were AUBs of the puberty period. In the control group, menstrual cycle disorders in mothers occurred in 5/10% of cases, 3/ 6.0% - AUB in adolescents. Endometriosis was diagnosed in 4/6.6% of cases, uterine fibroids - in 2/3.3%, in the control group-2/4.0 and 1/2.0%, respectively. Infertility in the anamnesis in group I was 4/ 6.6%, in group II - 1/2.0% ( $p<0.05$ ). In the group with AUB, psychological and physical loads significantly exceeded those in the control group: 22/36.6; 11/18.3% and 5/10.0;1/2.0, respectively ( $p<0.01$ ).

**Conclusion.** To reduce the risk of developing AUB in girls, their medical examination from an early age is necessary, as well as taking into account heredity, the pathological course of pregnancy and childbirth in mothers, the peculiarities of somatic and psychological status, work and rest regime, the age of menarche and the period of formation of the menstrual cycle, as well as timely prevention of somatic pathology. In terms of therapy and hemostasis of AUB, an individual approach is recommended, depending on the severity of bleeding and the features of the clinical course.

**Keywords:** abnormal uterine bleeding in adolescents, adolescent girls, risk factors, prevention, hemostatic therapy.

**Актуальность.** Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМК ПП) являются одной из наиболее часто встречаемых патологий репродуктивной системы у девочек, это кровотечения из матки, не соответствующие параметрам нормальной регулярной менструации, вызывающие, физический и психический дискомфорт у девочек-подростков с возраста менархе до 17 лет включительно. [1,4,6,7,8,11] Частота АМК ПП в структуре заболеваний детского и подросткового возраста колеблется от 10 до 38%. [3,4,5,10] Свыше 50% всех обращений к детскому гинекологу составляют АМК ПП. [1,6,8] В Республике Таджикистан в структуре общей гинекологической заболеваемости подросткового периода, АМКПП, на 2022 г. составляют 42% случаев и в сравнении с предыдущими годами тенденции к снижению не прослеживается. Основной причиной АМКПП является незрелость репродуктивной системы, т.е. дефект отрицательной обратной связи яичников и гипоталамо-гипофизарной области ЦНС. [1,6,8,12]. Этиопатогенетические аспекты АМК изучаются на протяжении многих лет, освещены генетические факторы, наследственность, осложненное течение беременности и родов у матерей пациенток, экстрагенитальные заболевания, гормональные нарушения, инфекционные факторы, психологический стресс. [2,6] Также известно, что острые инфекционные заболевания, обострение хронических соматических заболеваний, патология щитовидной железы, могут стать пусковым механизмом АМК у девочек. [2,7] Прослеживается отчетливая тенденция к затяжному

течению данной патологии с частыми рецидивами. Эта проблема имеет большое социальное значение, так как даже при нормальном течении периода полового созревания, организм подростка находится в значительном напряжении, обусловленном не только гормональной перестройкой, но и социально-психологической адаптацией [1,6,8,9]. Для своевременной профилактики реализации АМКПП необходимы комплексное изучение факторов риска, прогнозирования рецидивов, анализ состояния центральных механизмов регуляции репродуктивной системы, а также оптимизация лечебно-диагностических мероприятий. [11] В связи с этим лечение пациенток с АМКПП несомненно вызывает определенные трудности. Все шире в практику внедряются негормональные методы лечения, отличающиеся неинвазивностью и отсутствием побочных эффектов. В то же время лечение должно быть комплексным и включать в себя не только остановку кровотечения, но и нормализацию менструального цикла, лечение анемии, а также устранение причины заболевания [3,5,8,11]. Немаловажным противорецидивным лечением является соблюдение режима труда и отдыха, включение в рацион разнообразной и калорийной пищи, богатой витаминами и минералами. [1,4,8,13] Вместе с тем следует учесть, эффект лечения зависит от клинического типа АМК ПП, а также от своевременно выявленных и устраненных причин данного заболевания. В связи с этим, к каждой больной должна быть подобрана индивидуальная тактика лечения, зависящая от тяжести заболевания, объема кро-

вопотери, а также состояния эндометрия. [1,4,6,9,12]

**Цель исследования.** Изучить факторы риска развития аномальных маточных кровотечений в пубертатном периоде, улучшить прогнозирование, оптимизировать профилактические и лечебные мероприятия данной патологии.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 110 девочек Республики Таджикистан в возрасте от 11 до 17 лет, которым было проведено полное клиническое обследование, выявлены хронические соматические заболевания и заболевания, связанные с нарушением системы гемостаза, изучены анамнез, наследственность и особенность течения пубертатного периода, проведена оценка психологического статуса. Основная группа - 60 девочек с аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода, получивших лечение в отделении детской гинекологии НИИ Акушерства и гинекологии. Под наблюдением находились девочки в возрасте от 11 до 17 лет. Всем девочкам проведены анамнестическое, объективное обследование, клинико-лабораторное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Группа сравнения – 50 девочек в возрасте от 11 до 17 лет, не имеющих нарушений менструальной функции, соматически здоровые, проходившие профилактический осмотр на базе НИИ АГ и П. Клиническое обследование включало изучение анамнеза, наследственности, наличия соматических заболеваний, особенностей течения пубертатного периода, характера менструальной функции. Проводили осмотр с оценкой полового развития девочек по Таннеру, ультразвуковое исследование малого таза с оценкой уровня эндометрия. Данные осмотра вносились в

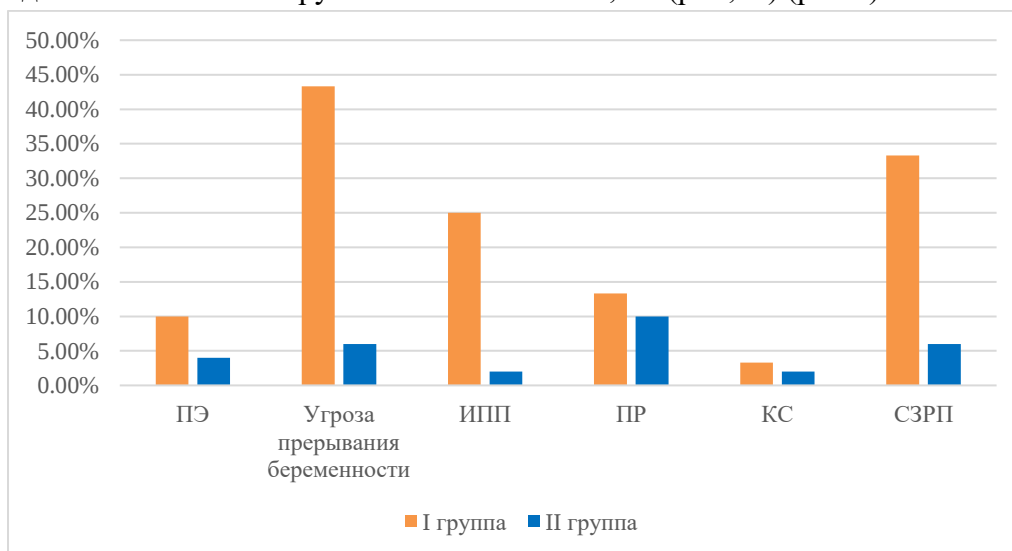
специальную карту-анкету для девочек. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ Statistica 7.0 BIOSTAT. Все пациенты с диагнозом АМКПП в зависимости от полученной терапии были разделены на 3 подгруппы. В 1 подгруппу включены 18/30,0% больных, которые не получали гормональную терапию. Во 2 подгруппу вошли 31/51,6% девочек, гормональная терапия которым назначалась на 3-5 день лечения после неэффективности гемостатической терапии. В 3 подгруппу вошли 11 /18,3% девочек, которым был проведен гормональный стаз в первый день обращения.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст в I группе девочек с АМК составил  $14,27 \pm 1,31$  года, в контрольной -  $14,79 \pm 0,71$  года, группы были однородны по возрасту ( $p < 0,001$ ). В исследуемых группах показатели физического и полового развития по Таннеру соответствовало возрастным нормам. Установлено, что значимыми факторами, влияющими на репродуктивное здоровье девочек, являются патологическое течение беременности и родов у их матерей, к которым относятся тяжелая преэклампсия, инфекции половой системы, обострения хронических экстрагенитальных заболеваний, особенно перенесенные в ранние сроки беременности, а также осложненное течение родов. Кроме того, большое значение имеют осложненное течение внутриутробного периода, перенесенные детские инфекционные заболевания, патология эндокринной системы, родоразрешение [6,12]. Анализируя антенатальный период развития плода у матерей девочек с АМК чаще встречались: синдром задержки развития плода (СЗРП)- у 20/33,3%, угроза прерывания беременности – у 26/43,3%, преждевременные роды (ПР) – у 8/ 13,3%,

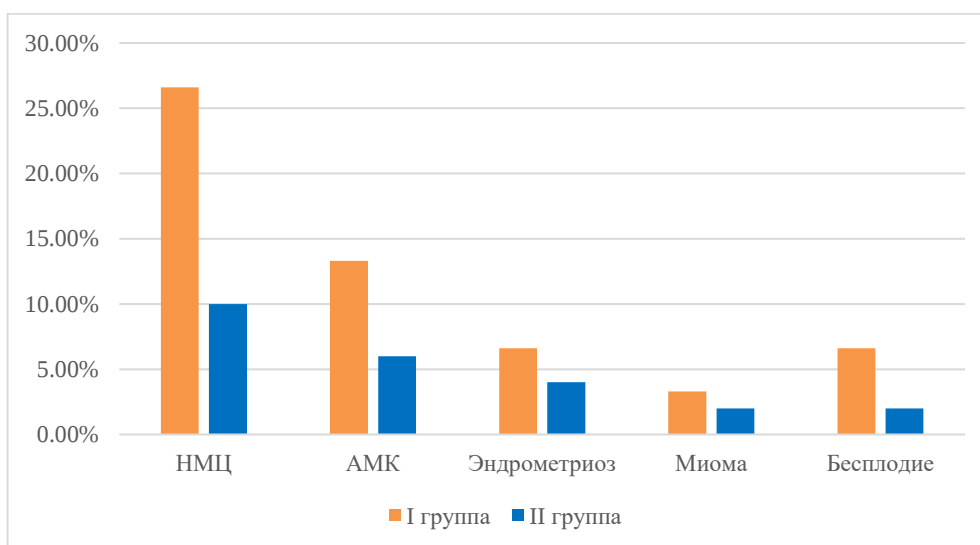
тяжелая преэклампсия (ПЭ)- у 6/10,0%, инфекции передающиеся половым путем (ИПП) у матерей – в 15/25%, тогда как в группе контроля данные осложнения встречались реже- у 3/6,0; 3/6,0; 5/10,0; 2/4,0; 1/2,0% соответственно ( $p<0,05$ ). Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (КС) в основной группе составило 2/3,3%, в группе контроля -1/2,0 % (рис.1).

Также был проведен анамнестический анамнез гинекологической патологии матерей девочек. Следует отметить, что в группе девочек с АМК нарушение мен-

струального цикла у мамы встречалось в 16/26,6% случаев, 8/13,3% из которых были АМК пубертатного периода. В группе контроля нарушения менструального цикла у матерей встречалось в 5/10% случаев, 3/ 6,0% - АМК пубертатного периода. Данные цифры указывают на наследственный фактор развития данной патологии. Эндометриоз был диагностирован в 4/6,6% случаев, миома матки-в 2/3,3%, в контрольной группе-2/4,0 и 1/2,0% соответственно. Бесплодие в анамнезе в I группе составляло 4/ 6,6%, во II-1/2,0% ( $p<0,05$ ) (рис.2)



**Рисунок 1.** Антенатальные факторы риска развития аномальных маточных кровотечений.



**Рисунок 2.** Анамнестические данные гинекологической патологии матерей девочек.

При сборе анамнеза у 55% девочек с АМК были выявлены чрезмерные психологические и физические нагрузки, нарушение режима труда и отдыха, проблемы социального характера (трудности в учебе, конфликты в семье, с родственниками, друзьями, нахождение родителей в трудовой миграции). В группе с АМК психологические и физические нагрузки значительно превышали такие в группе контроля: 22/36,6; 11/18,3% и 5/10,0; 1/2,0 соответственно ( $p < 0,01$ ).

Продолжительность сна менее 8 часов у девочек с АМК составлял 16/26,6% и 1/2,0% - в группе здоровых, что доказывает вышеизложенное. Задержка полового развития в основной группе составило 2/

3,3% случаев, а в контрольной - 1/2,0 %.(Рис.3) Основываясь на данных литературы, для девочек с гинекологической патологией наиболее характерен комплекс эмоционально-личностных особенностей, включающий высокий уровень тревожности, впечатлительности, агрессии, подавленности, выраженности чувства страха и вины, а также уровень сдержанности в проявлении этих эмоций. [5,6]

Индекс массы тела девочек с АМК в 48,9% случаев соответствовал нормальным значениям, в 31,0% отмечался дефицит массы тела, в 20,1%-избыточная масса тела. В группе контроля 55,6% имели нормальную массу тела, 24,4%-дефицит массы тела, 20,0%-избыточную массу тела

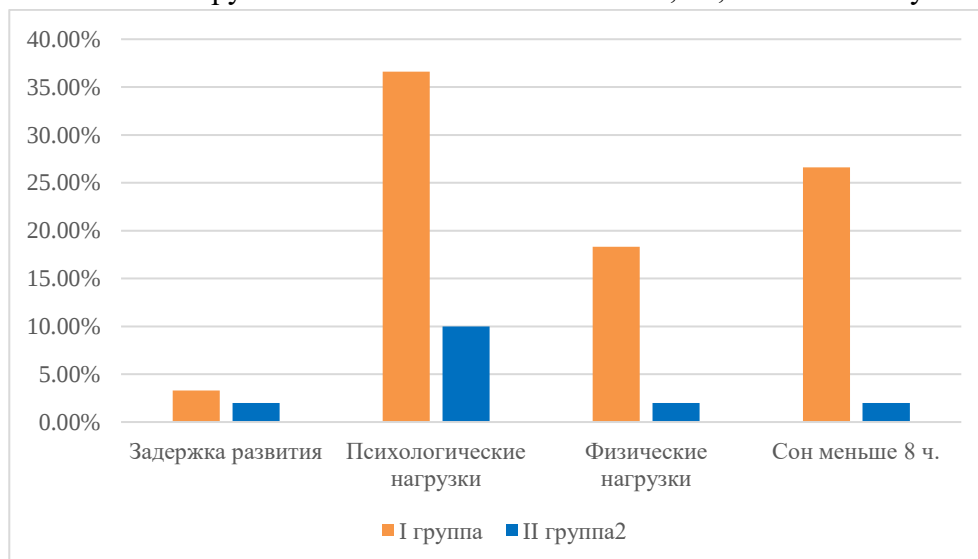


Рисунок 3. Факторы риска развития АМК у девочек

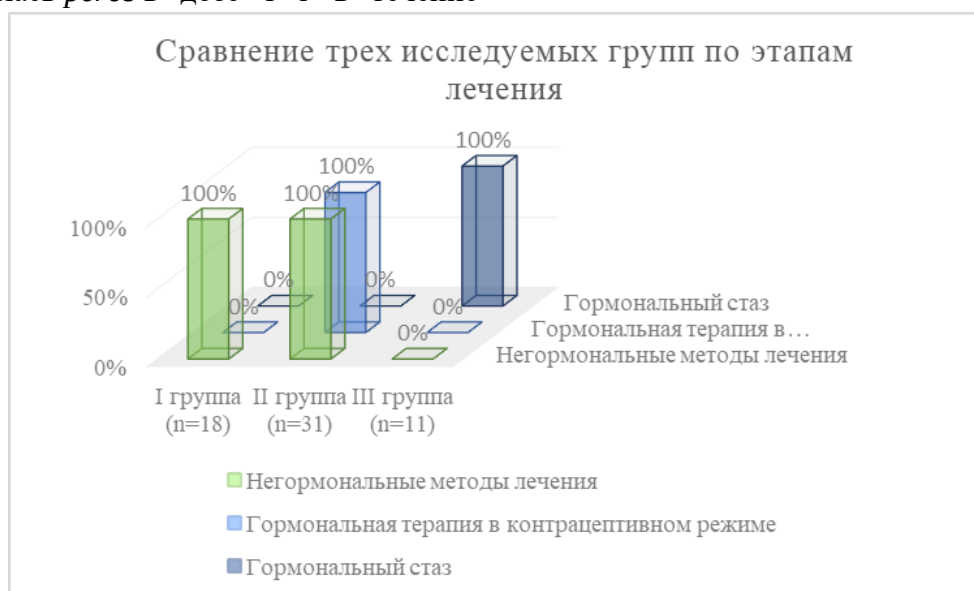
По результатам УЗИ органов малого таза органическая патология не выявлена ни у одной пациентки обеих групп. У девочек с АМК в 58,7% случаев на фоне кровотечений диагностированы гиперпластические изменения эндометрия. Все девочки с АМК в зависимости от тяжести состояния, объема кровопотери, уровня гемоглобина и полученной терапии были разделены на 3 подгруппы.

В 1 подгруппе девочки с АМК при поступлении жаловались на длительные обильные маточные кровотечения, анемия легкой степени тяжести отмечалась у 14/78% больных. На УЗИ гиперплазия эндометрия матки выявлена у 3/17% больных. Почти у 10/55 % из них в анамнезе отмечались психологические и стрессовые ситуации. Гипотиреоз выявлен у 7/39 % девочек.

Во 2 подгруппу были включены девочки-подростки с умеренным кровотечением, а также обильным с начала первой менструации. В этой группе анемия средней степени тяжести отмечалась у 14/45% больных. На УЗИ гиперплазия эндометрия матки выявлена у 11/35,4% больных. В данной группе психологическая и физическая нагрузка отмечалась у 16/52 % больных. Наличие эндокринных нарушений отмечалось у 8/26 % девочек.

В плане лечения в 1 и 2 подгруппах была назначена негормональная гемостатическая терапия, что подразумевает назначение кровоостанавливающих препаратов (транексамовая кислота, которая назначалась *per os* в дозе 1 г в течение

первого часа терапии, затем по 500 мг — 1,5 г 3 раза в сутки до полной остановки кровотечения, а также внутривенное капельное введение по 500 мг каждые 8 ч); НПВС; средства, укрепляющие сосудистую стенку (аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день); антианемические и седативные препараты, а также витамины группы В и вит Е. Как было указано выше, эффект от данной терапии в 1 подгруппе был достигнут на 2-3 день лечения. В последующем была назначена циклическая витаминотерапия, седативная терапия, физиотерапия и лечение гипотиреоза. Рецидив АМК ПП наблюдался у 3 /16,6 % больных. (Рис.4)



**Рисунок 4.** Эффективность лечения АМК ПП в исследуемых группах

Во 2 подгруппе на 3-4 день негормональной терапии отмечались скудные кровянистые выделения, но учитывая, что гемостаз не был полностью достигнут, им были назначены комбинированные оральные контрацептивы в течении 3-6 месяцев, а пациенткам с высоким уровнем эстрогенов в сочетании с гиперплазией эндометрия были назначены гестагены во 2-ю фазу цикла по 10-дневной схеме. Рецидивы АМК ПП в данной группе отмечались

у 5/ 16% пациенток, 2/6% из них нарушили прием КОК, другие отказались от приема КОК в течение 3 месяцев. Что касается 3 подгруппы- 11/18,3 % больных, в нее вошли девочки-подростки с обильными менструальными кровотечениями, с анемией тяжелой 6/54,5% и средней 5/45,4% степени тяжести. На УЗИ гиперплазия эндометрия матки выявлена у 9/82% больных. Гипотиреоз выявлен у 6/54,5% девочек данной группы. Следует отме-

тять, что у 8/73% пациенток этой группы АМКПП развились на фоне постоянных стрессовых ситуаций. 6/54,5% пациенток в связи с анемией тяжелой степени, были госпитализированы в отделение реанимации, где им была проведена гемотрансфузия, так как уровень гемоглобина у них был 60 г/л и ниже. Учитывая тяжесть состояния им всем был назначен гормональный стаз в первый день поступления в стационар. В зависимости от объема кровопотери и состояния эндометрия КО) поначались по 2 схемам: 1) по 1 таблетке 4 раза в сутки в течение 4 дней, затем 1 таблетка 3 раза в сутки в течение 3 дней, затем 1 таблетка 2 раза в сутки, после 1 таблетка в день до конца второй упаковки препарата, 2) по ½ таблетки через каждые 4 ч до наступления полного гемостаза. Суммарная гемостатическая доза этинилэстрадиола при этом колебалась от 60 до 90 мкг. В последующие дни суточную дозу КОК снижали до ½ таблетки от 2 до 4 раз в день в течение 10 дней [1,5,7,14]. Эффект от гормональной терапии в обоих случаях достигался на 2-3 сутки от начала лечения.

**Заключение.** Ссылаясь на данные, полученные в ходе проведенного исследования, можно сделать вывод, что АМК пубертатного периода продолжают оставаться одной из главных проблем репродуктивного здоровья девочек. Для снижения риска развития АМК у девочек необходимо с раннего возраста формировать диспансерные группы, учитывая при этом наследственность, патологическое течение беременности и родов у матерей, особенности течения постнатального периода, соматический статус, стрессовые ситуации, режим труда и отдыха, возраст менархе, период становления менструального цикла. Необходимо своевременно проводить профилактические мероприятия,

улучшающие качество жизни девочек-подростков и реализацию в будущем их репродуктивной функции, так как в большинстве случаев АМК имеют рецидивирующий характер. В плане лечения необходим индивидуальный подбор схемы лечения. Так девочкам-подросткам с АМКПП при удовлетворительном состоянии, анемии легкой и средней степени тяжести, при отсутствии эхопризнаков гиперплазии эндометрия, лечение желательно начинать с гемостатической терапии и только при отсутствии или слабом эффекте гемостаза, переходить на гормональную терапию с назначения препаратов в малых терапевтических дозировках. Гормональная терапия с первого дня лечения целесообразна у больных с обильными маточными кровотечениями, с тяжелой анемией (для предотвращения ещё большей анемизации больной) и выраженной гиперплазией эндометрия. Важным аспектом терапии АМКПП является выявление предрасполагающих факторов риска и своевременное их устранение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунова И.Е., Логинова О.Н., Тарбая Н.О., Осипова Г.Т., Пахомова П.И. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода: диагностика и тактика лечения (обзор литературы) // Проблемы репродукции, 2016, т.22, №6, с.89-97.
2. Андреева В.О. НМЦ у девочек-подростков с нервной анорексией// Репродуктивные технологии. Ростов-на-Дону, 2018, с.40.
3. Богданова Е.А. Практическая гинекология молодых. Москва, 2011, с.155-164.
4. Гоготадзе И.Н., Кротин П.Н., Кожуховская Т.Ю., Богатырева Е.М. Ведение пациенток с аномальными маточными

- кровотечениями пубертатного периода в амбулаторных условиях (Опыт ГКДЦ «Ювента») // Педиатр, 2015, т.VI, №1, с.54-61.
5. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. Руководство для врачей. Москва, 2009, с.268-300.
6. Кароунцос В., Цимарис П., Делегеорглу Е. Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде. Обследование, тактика ведения и лечения-современное положение дел // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2019, т.15, №3, с.53-62.
7. Кох Л.И., Бурцева Г.А. Факторы риска формирования репродуктивного здоровья у девушек-подростков // Мать и дитя в Кузбассе, 2016, №1, с.40-44.
8. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Яцык С.П., Тин И.Ф., Гераськина С.Г. Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода-состояние гормонального фона // Вопросы современной педиатрии, 2014, т.13, №4, с.136-139.
9. Уварова Е.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2018, №1, с.64-91.
10. Хурасева А.Б. Маточные кровотечения пубертатного периода- проблемы и пути решения // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2015, №2, с.84-88.
11. Хурасева А.Б. Обоснование лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику рецидивов маточных кровотечений пубертатного периода // Педиатр, 2011, т.II, №4, с.43-50.
12. Bauman D. Diagnostic methods in pediatric and adolescent gynecology // Endocr/Dev, 2019, vol.14, pp.10-15.
13. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. ACOG Committee Opinion No. 651. American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet. Gynecol, 2015, vol.126, pp.143-146.
14. Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S. et al. The FIGO classification system («PALM-COEIN») for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation // Int. J. Gynaecol. Obstet, 2011, vol.113, 1, pp.3-13.
15. Roberts I, Shakur H, Ker K., Coats T. CRASH-2 Trial collaborators (2012) Anti-fibrinolytic drugs for acute traumatic injury. Cochrane Database Syst Rev, 12. CD004896. ISSN 1469-493X.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Мурадова Дилором Бахромовна** – к.м.н., зав. отделения детской гинекологии ТНИИ АГиП, E-mail: [mdil\\_76@mail.ru](mailto:mdil_76@mail.ru);  
**Ишматова Камила Азимджоновна** – врач-интерн ТНИИ АГиП.

УДК 618.2-9

**ПРИЕМЛЕМОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВОГО  
КОНТРАЦЕПТИВА ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕВОПЛАНТ  
ДЛЯ ЖЕНЩИН ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА**

С.М. Мухамадиева<sup>1</sup>, Г.А. Ахмеджанова<sup>2</sup>, М.Х. Джумаева<sup>2</sup>, О.Ф. Акрамова<sup>3</sup>

1. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения  
Республики Таджикистан»

2. ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗСЗНРТ

3. Городской Центр репродуктивного здоровья №2

---

**Цель исследования.** Изучить приемлемость и эффективность чисто прогестинового подкожного контрацептива пролонгированного действия Левоплант для женщин групп высокого риска.

**Материалы и методы исследования.** Проспективное наблюдение за 142 женщинами репродуктивного возраста, использовавших современные чисто прогестиновые контрацептивные пролонгированного действия: основная группа – 78 женщин, которым был введен подкожный имплант Левоплант, группа сравнения – 64 пациентки, использовавшие внутримышечные инъекции Депо-Провера. Динамика наблюдения 12 месяцев.

**Результаты.** Среди пациенток, использовавших Левоплант, 51,3% находились в позднем репродуктивном возрасте, 41,0% – в активном. Левоплант эффективно использовали в течение 12 месяцев 55,6% повторнородящих и 39,4% многорожавших женщин. Среди пользователей Левопланта 51,0% имели отягощенный акушерский анамнез, анемией страдали 62,8%, йододефицитные состояния имели 55,1%, ожирение – 56,4±0,01%, варикозная болезнь диагностирована в 44,9% случаев, пиелонефриты – в 39,7%, заболевания печени и желчевыводящих путей 28,2±0,04%; гинекологическими заболеваниями страдали 60,2% пациенток, патологические процессы шейки матки – 17,9±0,02%. К концу года 87,1% женщин отметили «хорошую» субъективную переносимость контрацептива, 84,6% - удобство используемого метода.

**Заключение.** Подкожный чисто прогестिनковый контрацептив пролонгированного действия Левоплант является приемлемым методом предохранения от нежелательной беременности для женщин старших возрастных групп, повторно и многорожавших, страдающих экстрагенитальной и гинекологической патологией и не уступает по своей значимости инъекционному контрацептиву Депо-провера. Практическая эффективность метода зависит от квалификации специалиста, предоставляющего контрацептивные услуги.

---

**Ключевые слова:** репродуктивный возраст, чисто прогестиновые контрацептивы, приемлемость, эффективность, нежелательные эффекты.

---

**ҚОБИЛИЯТ ВА САМАРАНОКИИ КОНТРАСЕПТИВИ ТАНҲО ПРОГЕСТИНИ  
ДАРОЗМУДДАТ LEVORPLANT БАРОИ ЗАНОНИ АКСАДИ ТАДҚИҚОТ**

С.М. Мухамадиева<sup>1</sup>, Г.А. Ахмеджанова<sup>2</sup>, М.Х. Джумаева<sup>2</sup>, О.Ф. Акрамова<sup>3</sup>

1. МДТ «Донишқадаи тахсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии  
Ҷумҳурии Тоҷикистон»;

2. МД «Пажуишгоҳи акушери, гинекологи ва перинатологии Тоҷикистон»;

3. Маркази солимии репродуктиви шаҳри №2.

---

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши қобили қабул ва самаранокии контрацептиви дарозмуддати танҳо прогестини пӯсти Левоплант барои занони дорои хатари баланд.

**Маводҳо ва усулҳо.** Мушоҳидаи ояндаи 142 занони синну соли репродуктивӣ, ки аз контрацептивҳои муносири соф прогестини дарозмуддат истифода кардаанд: гурӯҳи асосӣ – 78 зане, ки имплантатҳои пӯсти Левоплантро гирифтаанд, гурӯҳи муқоисавӣ – 64 бемороне, ки тазриқи дохили мушакҳои Депо-Провера истифода кардаанд. Динамикаи пайгирӣ 12 моҳ.

**Натиҷаҳо.** Дар байни бемороне, ки Левоплантро истифода мебаранд, 51,3% дар синни репродуктивӣ, 41,0% дар синни фаъол буданд. Левоплантро дар давоми 12 моҳ 55,6 Ҷоиз ва 39,4 Ҷоизи занони серфарзанд самаранок истифода бурданд. Дар байни истифодабарандагони Левоплант 51,0% таърихи акушерӣ, 62,8% аз камхунӣ, 55,1% норасоии йод, фарбеҳӣ  $56,4 \pm 0,01\%$ , бемории варикозӣ дар 44,9%, пиелонефрит – 39,7%, бемориҳои чигар ва роҳҳои сафро  $28,2 \pm 0,04\%$ ; 60,2 Ҷоизи беморон аз бемориҳои занона, равандҳои патологияи гарданаки бачадон  $17,9 \pm 0,02$  Ҷоиз азият мекашиданд. Дар охири сол, 87,1% занон таҳаммулпазирии субъективӣ "хуб" ба воситаҳои пешгирии ҳомиладорӣ, 84,6% - қулай будани усули истифодашударо қайд карданд.

**Хулоса.** Контрацептиви дарозмуддати пӯсти зерӣ прогестин Левоплант усули қобили қабули пешгирии ҳомиладорӣ номатлуб барои занони синну соли калонсол, таваллуди такрорӣ ва сершумор, ки гирифтори патологияи экстрагениталӣ ва гинекологӣ мебошанд ва аз ҷиҳати аҳамияти худ аз контрацептиви тазриқии Депо-Провера кам нест. Самаранокии амалии усул аз тахассуси мутахассиси хидматрасонии контрацептив вобаста аст.

---

**Калимаҳои калидӣ:** синну соли репродуктивӣ, контрацептивҳои танҳо прогестин, қобили қабул, самаранокӣ, таъсири манфӣ.

---

## ACCEPTABILITY AND EFFICACY OF THE PROGESTIN-ONLY EXTENDED-RELEASE CONTRACEPTIVE LEVOPLANT FOR HIGH-RISK WOMEN

S.M. Muhammadieva<sup>1</sup>, G.A. Akhmedzhanova<sup>1</sup>, M.H. Djumaeva<sup>2</sup>, O.F. Akramova<sup>3</sup>

1. State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"

2. State Institution "National Center for Reproductive Health" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan;

3. Urban Center for Reproductive Health", 2

---

**Aim.** To study the acceptability and efficacy of the long-acting progestin-only subcutaneous contraceptive Levoplant for high-risk women.

**Material and methods.** Prospective observation of 142 women of reproductive age who used modern purely progestin long-acting contraceptives: the main group – 78 women who received the Levoplant subcutaneous implant, the comparison group – 64 patients who used intramuscular injections of Depo-Provera. Follow-up dynamics 12 months.

**Results of research.** Among the patients who used Levoplant, 51.3% were in late reproductive age, 41.0% were in active age. Levoplant was effectively used for 12 months by 55.6% of multiparous and 39.4% of multiparous women. Among Levoplant users, 51.0% had a burdened obstetric history, 62.8% suffered from anemia, 55.1% had iodine deficiency, obesity –  $56.4 \pm 0.01\%$ , varicose disease was diagnosed in 44.9% of cases, pyelonephritis - in 39.7%,. Diseases of the liver and biliary tract  $28.2 \pm 0.04\%$ ; 60.2% of patients suffered from gynecological diseases, pathological processes of the cervix -  $17.9 \pm 0.02\%$ . By the end of the

year, 87.1% of women noted "good" subjective tolerance of the contraceptive, 84.6% - the convenience of the method used.

**Conclusion.** Subcutaneous progestin-only long-acting contraceptive Levoplant is an acceptable method of preventing unwanted pregnancy for women of older age groups, repeated and multiple births, suffering from extragenital and gynecological pathology and is not inferior in its importance to Depo-Provera injectable contraceptive. The practical effectiveness of the method depends on the qualifications of the specialist providing contraceptive services.

**Key words:** reproductive age, progestin-only contraceptives, acceptability, efficacy, adverse effects

**Актуальность.** В современных социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения в Республике Таджикистан остается одной из наиболее важных медико-социальных проблем, поскольку высокие показатели материнской и перинатальной смертности вызывают озабоченность сектора здравоохранения. [3]. В улучшении этих показателей предоставление качественных контрацептивных услуг является ведущей движущей силой повышения репродуктивного потенциала жительниц региона. В настоящее время во многих странах мира в силу внедрения современных методов контрацепции удалось решить демографические и медико-социальные проблемы, связанные со снижением материнской заболеваемости и смертности, а также числа аборт [1,2,5].

В этом аспекте отсутствуют единые взгляды ученых о приемлемости и безопасности современных чисто прогестиновых контрацептивов пролонгированного действия [4,5,6,7,11].

Согласно медицинским критериям приемлемости для использования методов контрацепции (2015г.) чисто прогестиновые контрацептивы пролонгированного действия имеют не только контрацептивные, но и лечебные эффекты, являясь эффективными и безопасными препаратами не только для здоровых женщин, но и пациенток позднего репродуктивного возраста, страдающих гипертонической болезнью, имеющих риск развития тромбоэмболических осложнений, сахарный диабет др. [12].

Согласно данным LARC (обратимые контрацептивы длительного действия), внутримышечные инъекции норэстерона энантат и Депо-Провера, а также подкожные контрацептивы импланон, импланон НКСТ и Левоноргестрел относятся к обратимым методам, обеспечивают длительную контрацепцию и не требуют действий пользователя [12].

Имеются исследования, не исключающие возможность использования чисто прогестиновых контрацептивов для профилактики развития новообразований репродуктивной системы, таких как рак эндометрия и яичников, а также их терапевтический эффект при гинекологических заболеваниях (миома матки, кисты яичников, аденомиоз) [8, 9,10,11].

**Цель.** Основной целью настоящего исследования явилось изучение репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женщин, использовавших чисто прогестиновый гормональный контрацептив пролонгированного действия Левоплант.

**Материалы и методы исследования.** По специально разработанной анкете проведено проспективное наблюдение за 142 женщинами репродуктивного возраста, использовавших современные чисто прогестиновые контрацептивы пролонгированного действия Левоплант и Депо-Провера. Основную группу составили 78 женщин, которым был введен подкожный имплант Левоплант (I группа), группой сравнения были 64 пациентки, использовавшие каждые три месяца внутримы-

шечные инъекции Депо-Провера (II группа) за период 2020 -2021гг.

Левоплант представляет собой два гибких стержня, содержащие по 75 мг левоноргестрела со сроком контрацептивного действия 3 года

**Результаты и их обсуждение.** В исследовании участвовало практически одинаковое количество женщин, что позволяло проводить сравнительный анализ между группами: Левоплант – 78/34,6±0,22%, Депо-Провера – 64/28,1± 0,19%.

Проведенное исследование позволило установить медико-социальный портрет женщин, использовавших подкожный имплант пролонгированного действия Левоплант в сравнении с инъекционным контрацептивом Депо-провера.

Установлено, что средний возраст обследованных женщин составлял 30,75±0,4 лет. Существенных различий в возрастных группах обследованных женщин не установлено. Среди пациенток, использовавших Левоплант, каждая вторая (40/51,3±0,22%) находилась в позднем репродуктивном возрасте, более 40% (32/41±0,22%) – в активном и 6/7,7±0,02% - в раннем репродуктивном периоде. Среди пользователей Депо-Провера более половины пользователей находились в позднем репродуктивном возрасте (36/56,2±0,21%), почти 40% (25/39,1±0,012%) – были активного репродуктивного возраста и 3/4,7±0,02% женщин были потребителями раннего репродуктивного возраста.

Следует отметить, что риск беременности у пациенток позднего репродуктивного возраста (40-49 лет) ниже, чем у женщин активного репродуктивного возраста, обусловленный не только изменениями в репродуктивной системе, но и со снижением интенсивности половой жизни. Поэтому при выборе контрацептивных средств для этой категории пациенток консультирование с целью обсуждения сексуального поведения и приемлемого метода предохранения от нежелательной беременности с учетом ограничений и противопоказаний проводилось конфиденциально.

На репродуктивное поведение женщин влияют их социальный статус и уровень образования, что во многом определяет некоторые аспекты здоровья женщин с учетом социально-экономического уровня развития страны. Изучение социального статуса среди изучаемых групп пациенток существенных различий не выявило: более половины из них были городскими жительницами (40/51,3±0,03 и 34/53,2±0,02 соответственно), проживали в сельской местности (38/48,7±0,01 и 30/46,8±0,01% соответственно).

Результаты исследований показали, что более 60% женщин, использовавших ЧПК, были домохозяйками (89/62,6±0,04%), каждая четвертая (36/25,3±0,02%) – были рабочими и каждая десятая (15/10,5±0,01%)- студентками. Число домохозяек было в группе женщин, использовавших Левоплант было почти в 1,3 раза больше (55/70,5±0,02%) по сравнению с группой женщин, использовавших Депо-Провера (35/54,7±0,03%). Анализ показал, что работающих женщин было более 1/3 (22/34,4±0,02%) среди пациенток, использовавших Депо-Провера, более 1/4(18/23,1±0,02%). - среди пользователей Левоплант. При этом, студенток в группе пациенток, использовавших подкожно Левоплант было в 2,2 раза больше (11/14,1±0,01%), по сравнению с пациентками, которые получали внутримышечные инъекции Депо-Провера (5/7,8±0,02%)  $P<0,05$ .

Общепризнанно, что одним из факторов низкого социального статуса населения является образовательный уровень. Сравнительный анализ показал, что независимо от вида использования вышеуказанных контрацептивов, более 60% пользователей имели средний уровень образования (41/64,1±0,01% и 48/61,5±0,02% в I-ой и II-ой группах соответственно). Тогда как высшее образование имели каждая третья пациентка, использовавшая Левоплант (23/29,5±0,02%) и каждая четвертая (17/26,6±0,04%) - среди пользователей Депо-Провера.

Начальное образование имели практически одинаковое количество обследованных женщин ( $6/9,4 \pm 0,01$  и  $7/9,0 \pm 0,03\%$  соответственно).

Результаты наших исследований показали, что  $59/75,6 \pm 0,04\%$  женщин, использовавших Левоплант и  $42/65,6 \pm 0,04\%$  пациенток, использовавших Депо-Провера оценивали свое материальное положение и жилищно-бытовые условия неудовлетворительными.

При изучении паритета родов установлено, что больше половины пациенток, использовавших ЧПК пролонгированного действия ( $79/55,6 \pm 0,01\%$ ) были повторнородящими женщинами, многорожавшие составляли  $56/39,4 \pm 0,03\%$ , первородящие –  $7/4,9 \pm 0,07\%$ .

Полученные данные свидетельствуют, что повторнородящих женщин в группе пациенток, использовавших Депо-Провера ( $47/73,4 \pm 0,34\%$ ) было в 1,7 раза больше, по сравнению с пациентками, использовавшими Левоплант ( $34/43,6 \pm 0,22\%$ ) ( $p < 0,05$ ).

Из общего числа обследованных женщин первородящих в группе Левоплант было ( $5/6,4 \pm 0,02\%$ ), что в 2 раза больше, по сравнению с женщинами, которые внутримышечно получали инъекции Депо-Провера ( $2/3,1 \pm 0,01\%$ ).

В то же время многорожавших женщин было в I-ой группе  $42/53,8 \pm 0,32\%$ , что в 2,3 раза больше по сравнению со II-ой группой –  $15/23,4 \pm 0,22\%$ .

Анализ первичной медицинской документации показал, что у каждой третьей пациентки ( $32,7 \pm 0,21\%$ ), использовавших ЧПК пролонгированного действия, межродовой интервал был менее 2-х лет ( $39,7 \pm 0,23$  и  $34,4 \pm 0,22\%$  соответственно). У более половины изучаемых групп женщин, использовавших ЧПК пролонгированного действия ( $51,0 \pm 0,35\%$ ), установлен отягощенный акушерский анамнез, при этом у пациенток, использовавших Депо-Провера ( $69,6 \pm 0,33\%$ ) анамнез был отягощен в 1,4 раза чаще по сравнению с группой женщин, использовавших Левоплант ( $48,7 \pm 0,3\%$ ) ( $p < 0,05$ ).

О недостаточно предоставленных контрацептивных услугах свидетельствует тот факт, что после родов чисто прогестиновые контрацептивы пролонгированного действия использовали только  $28,2 \pm 0,19\%$  родильниц, при этом в группе пользователей Депо-Провера  $32,8 \pm 0,21\%$ , в группе использовавших Левоплант –  $29,5 \pm 0,2\%$ .

При опросе женщин, по какой причине, по их мнению, женщины не используют контрацептивные средства в послеродовом периоде, они отметили следующее: боязнь побочных эффектов, уверенность в том, что беременность не наступит, члены семьи не одобряли послеродовое использование контрацептивов, низкий уровень знания о современных контрацептивных средствах.

Установлен низкий уровень послеабортной контрацепции. После аборта ЧПК пролонгированного действия предпочитала каждая пятая пациентка ( $21,6 \pm 0,18\%$ ): среди использовавших Левоплант –  $19,2 \pm 0,15\%$  и Депо-Провера –  $17,2 \pm 0,14\%$  ( $p > 0,05$ ).

Наличие экстрагенитальных заболеваний у женщин репродуктивного возраста во многом определяет выбор ЧПК пролонгированного действия.

В настоящем исследовании более половины пациенток, использовавших данный вид контрацепции, страдали той или иной экстрагенитальной патологией, при этом у многих из них имело место сочетание 2-х или 3-х соматических заболеваний.

Более 60% пациенток, использовавших ЧПК анемией различной степени тяжести страдали  $92/64,8 \pm 0,02\%$ : в I группе –  $49/62,8 \pm 0,04$  и во II-ой –  $43/67,2 \pm 0,22\%$  соответственно; у более половины ( $55,1 \pm 0,17\%$  и  $53,1 \pm 0,16\%$  в I и II группах соответственно) диагностированы йоддефицитные состояния ( $p > 0,05$ ). Установлено, что пиелонефритом страдали более 1/3 пациенток: в I-ой группе –  $31/39,7 \pm 0,01$ , во II – ой –  $26 /40,6 \pm 0,04\%$ . Среди потребителей подкожного контрацептива Левоплант варикозная болезнь была диагностирована в  $35/44,9 \pm 0,02\%$  случаев и во II –  $26/40,6 \pm 0,04\%$  случаев.

Изучение приемлемости Левопланта для указанной категории женщин нуждается в проведении дальнейших исследований, поскольку сведений о них в современной литературе недостаточно, несмотря на критерии ВОЗ.

Одной из актуальных и серьезных медико-социальных проблем современности является ожирение, которое приобретает характер всемирной эпидемии. Многими учеными ожирение расценивается как хроническое рецидивирующее заболевание, способствующее появлению и развитию таких сопутствующих болезней, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и др.

Из анализа данных, более половины пациенток имели ожирение различной степени  $73/51,4 \pm 0,39\%$ , причем в группе женщин, использовавших Депо-Провера их было –  $31/48,4 \pm 0,04\%$ , тогда как в группе пользователей Левопланта ожирение различной степени встречалось в 1,2 раза больше  $44/56,4 \pm 0,01\%$ .

Хронические заболевания печени ограничивают использование Левопланта в силу недостаточного уровня знаний специалистов. Среди изучаемой группы женщин у каждой четвертой  $36/25,3 \pm 0,01\%$  в анамнезе имели место заболевания печени и желчевыводящих путей: в I группе –  $22/28,2 \pm 0,04\%$  и во II –  $14/21,9 \pm 0,02\%$ .

Наряду с экстрагенитальной патологией, актуальной социальной и экономической проблемой в стране является рост воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОТ) среди женщин репродуктивного возраста, особенно хронических, что также нацеливает внимание специалистов при выборе контрацептивов для данной категории пациенток.

Большинство обследованных нами женщин, использовавших ЧПК, страдали гинекологическими заболеваниями –  $75/52,8 \pm 0,04\%$ . В их структуре ВЗОТ имел место в 2 раза больше в группе женщин, использующих Левоплант по сравнению с пациентками, получавшими Депо-Провера (в I группе –  $47/60,2 \pm 0,02\%$ , во II –  $19/29,7 \pm 0,04\%$ )

Патологические изменения шейки матки диагностированы у  $42/29,5 \pm 0,03\%$  женщин, при этом в группе пациенток, использовавших Депо-Провера, они имели место в каждом третьем случае –  $19/29,7 \pm 0,02\%$ , что в 1,3 раза больше по сравнению с группой женщин, использовавших Левоплант –  $14/17,9 \pm 0,02\%$ . Остальная гинекологическая патология (миома матки, кисты яичников, эндометриоз) встречалась от 7% до 12% во обеих группах у женщин, использовавших чисто прогестиновые контрацептивы пролонгированного действия Левоплант и Депо-Провера.

Полученные результаты позволяют предположить взаимосвязь ряда гинекологических заболеваний и экстрагенитальной патологии.

Одним из основных аспектов нашего исследования явилось изучение контрацептивного анамнеза у женщин, использовавших ЧПК пролонгированного действия.

Расширение применения контрацептивных средств приведет к значительному уменьшению частоты гинекологической патологии. При этом применение современных гормональных контрацептивов, помимо высокой эффективности в предотвращении нежелательной беременности, сопровождается целым рядом положительных лечебно-профилактических эффектов.

Изучение контрацептивного анамнеза показало, что каждая третья пациентка ( $68/30,0 \pm 0,01\%$ ) не использовали в прошлом какие-либо методы предохранения от нежелательной беременности. Большая часть обследованных пациенток в прошлом предпочитали в основном внутриматочную контрацепцию (ВМС), причем в группе пациенток, использовавших Депо-Провера их было более  $80 \pm 0,04\%$ , что 1,3 раза больше по сравнению женщинами, которым подкожно был введен подкожный имплант Левоплант –  $60,2 \pm 0,04\%$ . Из гормональных контрацептивов существенных различий в использовании КОК в группах не установлено, ими пользова-

лись каждая пятая женщина ( $20,5 \pm 0,02\%$  и  $21,9 \pm 0,04\%$  соответственно). Среди женщин, использовавших Депо-Провера, в прошлом МЛА использовали в 2,2 раза чаще ( $71,4 \pm 0,01$ ) по сравнению с I группой ( $32,0 \pm 0,02\%$ ) ( $p < 0,05$ ).

В ходе исследований каждые три месяца после применения ЧПК и в течение одного года мы сравнивали побочные эффекты, характер кровянистых выделений и уровень удовлетворенности методом по продолжительности их использования.

В I-ой группе женщин, которым был подкожно введен Левоплант, количество пользователей за период наблюдения сократилось только через 12 месяцев, составляя  $70/89,7 \pm 0,03\%$ . Во II-ей группе женщин, которые получали внутримышечные инъекции Депо-провера, количество пользователей через 9 месяцев сократилось до  $54/84,3\%$ , составляя к концу года  $51/79,6 \pm 0,07\%$ .

Следует отметить, что количество женщин, продолживших использовать ЧПК в I-ой группе уменьшилось на  $10,3\%$ , во II-ой – на  $20,4\%$ .

Несмотря на проведенное при каждом визите консультирование, прекратили использование метода после года использования метода в первой группе  $12/15,3\%$  женщин, во второй –  $13/20,3\%$  пользователей.

У более половины женщин исследуемых групп причиной перехода на ЧПК пролонгированного действия явилась неудовлетворенность ранее используемым методом ( $44/56,4 \pm 0,02$  и  $34/53,1 \pm 0,04\%$  соответственно). Остальными причинами явились: изменение репродуктивных целей (в I группе –  $5/6,4 \pm 0,02\%$ , во II –  $3/4,6 \pm 0,04\%$  соответственно), желание удлинить интергенетический интервал (в I группе –  $8/10,2 \pm 0,02\%$ , во II –  $4/6,4 \pm 0,04\%$  соответственно), решили прекратить деторождение, но отказались от стерилизации (в I группе –  $5/6,4 \pm 0,02\%$ , во II –  $2/3,1 \pm 0,04\%$  соответственно), желание использовать современные виды гормональной контрацепции (в I группе –

$2/2,5 \pm 0,02\%$ , во II –  $3/4,6 \pm 0,04\%$  соответственно).

Установлено, что через 12 месяцев, при использовании Левопланта, нарушение менструального цикла наблюдалась у  $53/67,9 \pm 0,38\%$  женщин, при этом аменорея у каждой пятой ( $16/20,5 \pm 0,1\%$ ), кровомазание – каждой четвертой ( $16/25,0 \pm 0,23$ ). Тогда как среди пациенток, использовавших Депо-Провера в течение одного года, они установлены у  $34,4 \pm 0,26$  и  $37,5 \pm 0,28\%$  соответственно.

Кроме вышеуказанных нежелательных эффектов ЧПК, 23 ( $16,1\%$ ) обследованных пациенток указали на другие побочные эффекты в виде головной боли, головокружения и перепадов настроения и снижения сексуального влечения.

Установлено, что в течение использования ЧПК подавляющее большинство женщин отмечали «хорошую» субъективную переносимость используемого контрацептива. Так, к концу года, в I-ой –  $68/87,1 \pm 0,36\%$ , во II-ой –  $56/87,5 \pm 0,32\%$ . Несмотря на побочные эффекты, большинство женщин изучаемых групп указали удобство использования ЧПК: в I-ой группе  $66/84,6 \pm 0,19\%$ , во II-ой –  $56/87,5 \pm 0,14\%$ . Беременность не наступила ни у одной женщины.

**Заключение.** Подкожный чисто прогестинный контрацептив пролонгированного действия Левоплант является приемлемым методом предохранения от нежелательной беременности для женщин старших возрастных групп, повторно и многорожавших, страдающих экстрагенитальной и гинекологической патологией и не уступает по своей значимости инъекционному контрацептиву Депо-Провера. Практическая эффективность метода зависит от квалификации специалиста, предоставляющего контрацептивные услуги.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аганезова Н.В., Аганезов С.С. Новые технологии в гинекологии: фиксированный пролонгированный режим гормональной контрацепции // Акушерство и гинекология, 2017, №3, с.154-159.

2. Гормональная контрацепция и здоровье женщин: взгляд российских экспертов (пострелиз) // РМЖ, Мать и дитя, 2018, №1, с.96-100.
3. Дикке, Г. Б. Профилактика повторной нежелательной беременности. Выбор метода контрацепции // Акушерство и гинекология, 2014, №4, с.81-87.
4. Дикке, Г. Б. Факторы и методы, определяющие приверженность к гормональной контрацепции // РМЖ. Акушерство и гинекология, 2014, №1, с.1-4.
5. Доброхотова, Ю.Э., Боровкова Е.И. Персонализированный подход к выбору контрацептивов: взвешиваем все за и против // Гинекология, 2017, №3, с.40-44.
6. Дубровина С.О. Рациональный подход к гормональной контрацепции у женщин старше 40 лет // МРЖ. Акушерство и гинекология, 2019, №7, с.112-116.
7. Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р. Современные возможности пролонгированной гормональной контрацепции // Медицинский оппонент, 2018, №4, с.38–43.
8. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин зрелого возраста: Клинические рекомендации. Проект (Протоколы). М.: РОАГ, 2014, 57 с.
9. Хамошина М.Б., Маклецова С.А. Результаты социологического опроса россиян о знаниях по контрацепции // Status Praesens, 2015, т.28, №5, с.43-50.
10. Kimberly C., Saad A. Subcutaneous Injectable Contraception Global Health: Science and Practice March // Glob Health, 2018, №6 (1), pp.1-5.
11. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: Recommendations and Reports, 2016, vol.65 (3), pp. 1–104.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Мухамадиева Саодатхон Мансуровна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», e-mail: [saohon@mail.ru](mailto:saohon@mail.ru);

**Ахмеджанова Гульнора Авасовна** – заведующая отделом медицинских услуг ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья», e-mail: [avazovna@bk.ru](mailto:avazovna@bk.ru);

**Джумаева Малика Холназаровна** – акушер-гинеколог ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья»;

**Акрамова Озодамо Файзовна** – акушер-гинеколог Городского Центра репродуктивного здоровья.

УДК 618.3-06.888, 618.5 14-089.5

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ  
С COVID-19**

Т.Ш. Олимова, З.М. Икромова

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

---

**Цель исследования.** Изучить эффективность методов анестезии и периоперационное ведение женщин с COVID-19.

**Материалы и методы.** Проанализированы клинико-лабораторные показатели и результаты лечения 14 беременных женщин с COVID-19 поступивших в НИИ АГиП в 2020г. Большинство больных беременных госпитализированы с бессимптомной формой COVID-19 (усталость, одышка, заложенность носа, тошнота/рвота), что следует учитывать при обследовании беременных женщин с осложнениями беременности (например, преэклампсия с тяжелыми проявлениями). После госпитализации и положительного теста на COVID-19, диагноз был подтвержден. Беременных с подтвержденной и с тяжелой формой COVID-19, с наличием одышки, сатурации ниже-88, кашля и температуры с выше 37.5C, перенаправляли в специально подготовленное учреждение для больных с COVID-19.

**Результаты:** Доказано, что во время нормальной беременности эстроген и прогестерон повышают уровни ангиотензиногена и ренина, что достоверно приводит к повышению уровня АПФ-2, и это способствует заражению COVID -19. Установлено, что у беременных заболевание протекает так же, как и у небеременных. Анестезиологическое обеспечение у данной категорий больных, аналогичные, как и при ведении обычных беременных женщин - регионарное обезбоживание, кроме как при тяжелой форме заболевания. Учитывая высокий риск коагулопатических нарушений, изменения были выявлены в исследованиях гемостазиограммы.

---

**Ключевые слова:** беременность, ведение беременных женщин с COVID-19, гемостазиограмма, анестезия.

---

**ХУСУСИЯТҲОИ ТАШХИС, ИСТИФОДАИ АНЕСТЕТИКҲО ВА  
ИДОРАКУНИИ ҲОЛАТИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАДОР, КИ ГИРИФТОРИ  
COVID-19 МЕБОШАНД**

Т.Ш. Олимова, З.М. Икромова

*МД «Пажуҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».  
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

---

**Ҳадаф.** Тадқиқоти самаранокии усулҳои анестезия ва идоракунии перперативии занони гирифтори COVID-19.

**Маводҳо ва усулҳо.** Мо параметрҳои клиникӣ, лабораторӣ ва натиҷаҳои табobati 14

зани ҳомиладори гирифтори COVID-19-ро, ки дар соли 2020 ба Пажӯҳишгоҳи илмӣ ПАГваП қабул карда шудаанд, таҳлил кардем. Аксари беморони ҳомиладор бе аломати COVID-19 дар беморхона бистарӣ шуданд. Пас аз бистарӣ ва санҷиши мусбӣ будан барои COVID-19, таҳхис тасдиқ карда шуд.

**Натиҷах.:** Ҳангоми ҳомиладорӣ муқаррарӣ, эстроген ва прогестерон нишон дода шудааст, ки сатҳи ангиотензиноген ва ренинро зиёд мекунад, ки боиси афзоиши назарраси сатҳи ACE-2 мегардад ва ин ба сирояти COVID-19 мусоидат мекунад. Муайян карда шудааст, ки дар занони ҳомила беморӣ ҳамон тавре, ки дар занони ҳомила нестанд, пеш меравад. Бо назардошти хатари баланди ихтилочи коагулопатия, тағирот дар таҳқиқоти гемостазиограмма муайян карда шуданд.

---

**Калимаҳои калидӣ:** ҳомиладорӣ, идоракунии занони ҳомиладор бо COVID-19, гемостазиограмма, анестезия.

### FEATUARES OF THE USE OF LABORATORY DIAGNOSTI METHODS, ANESTHESIOLOGICALSUPPORT AND PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF PRAGNANT WOMEN WITH COVID-19

T.Sh. Olimova, Z.M. Ikromova

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

---

**Aim:** The choice of anesthesia method and perioperative management of women with COVID-19.

**Materials and methods:** The study of clinical and laboratory parameters and the results of treatment of 14 women with COVID-19 admitted to the IAG and P in 2020 were analyzed. Mostly hospitalized with an asymptomatic form of COVID-19. (runny nose and symptoms of severe preeclampsia). After hospitalization, passing an analysis test for COVID-19, the diagnosis was confirmed. With a confirmed form and with a severe form of COVID-19. (Shortness of breath, saturation below-90, cough and temperature above 37.5 C) were redirected to a special prepared facility for COVID-19 patients.

**Results:** During normal pregnancy, estrogen and progesterone increase angiotensinogen and renin levels, which leads to an increase in ACE-2 levels, and this contributes to COVID-19 infection. Anesthetic provision in this category of patients, similar as in the management of ordinary pregnant women - regional anesthesia, except for those with a severe form of the disease. Given the high risk of coagulopathic disorders, there were changes in hemostasiogram studies:

---

**Key words:** Pregnancy, management of pregnant women with COVID-19

**Актуальность:** В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань

(провинция Хубэй). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавиру-

сом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции SARS-CoV-2. Этот вирус был зарегистрирован и в Таджикистане.

Известно, что хотя беременность – это физиологическое состояние, однако изменения, сопровождающие беременность, создают предрасположенность к респираторным инфекциям. Риск заражения COVID-19 у беременных такой же, как и у всех остальных людей. Установлено, что вероятность тяжелого течения болезни у беременных не выше, чем у небеременных: у 86% беременных пациенток болезнь протекает легко, у 9,3% – в тяжелой форме, а у 4,7% – в критической форме. Уровень смертности от инфекции COVID-19 среди беременных составляет до 25%. Во время нормальной беременности эстроген и прогестерон повышают уровни ангиотензиногена и ренина, что приводит к повышению уровня АПФ-2, это может способствовать заражению COVID-19 [52].

Беременность и первый месяц после родов относятся к периоду повышенного риска тромбообразования (стаз крови, гиперкоагуляция, повреждение сосудов, гормональные изменения с влиянием на мускулатуру сосудистой стенки, увеличение концентрации факторов коагуляции и снижение фибринолитической активности) и тромбоэмболических заболеваний, которое может усиливаться при воздействии COVID-19 и создаются благоприятные условия для различных грозных осложнений гестации, таких как преэклампсия, отслойка плаценты, выкидыши (2%); преждевременные роды (39%) и преждевременное излитие околоплодных вод [52-54].

Группу наиболее высокого риска развития тяжелых форм COVID-19 составляют беременные, имеющие соматические заболевания: хронические заболевания легких, в том числе бронхиальная астма средней и тяжелой степени тяжести; заболевания сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертензия; сахарный диабет; иммуносупрессия, в т.ч. на фоне лечения онкологических заболеваний; ожирение (ИМТ>40); хроническая болезнь почек, заболевания печени, АФС [13].

Анестезиологическое обеспечение у данной категории больных, аналогичные, как и при ведении обычных беременных женщин – регионарное обезбоживание, кроме как при тяжелой форме заболевания.

**Цель исследования.** Изучить эффективность методов анестезии и периоперационное ведение женщин с COVID-19.

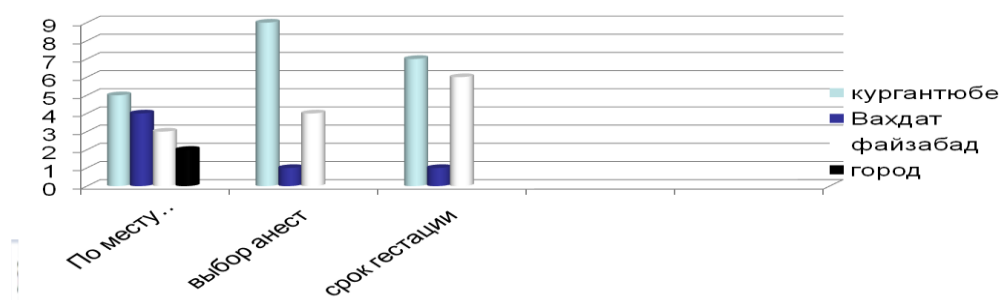
**Материалы и методы.** Работа основана на результатах ведения и изучения клинико-лабораторных показателей 14 женщин с COVID-19 поступивших в НИИ АГиП в 2020 г. Большинство больных беременных госпитализированы с бессимптомной формой COVID-19 (усталость, одышка, заложенность носа, тошнота/рвота), что следует учитывать при обследовании беременных женщин с осложнениями беременности (преэклампсия с тяжелыми проявлениями).

Только после госпитализации и положительном тесте на COVID-19, диагноз был подтвержден.

Анализ полученных данных по месту проживания поступивших больных показал, что в основном женщины поступили из г. Вахдат-5(35,7%); Файзабад-3(21,4%); Кургантюбе-4(28,5%) и из города Душанбе -2(14,2%). У 7(50%) из 14 женщин срок гестации 37–38 недель с родовой деятельностью и с наличием 2-3 рубцов на

матке. Структура осложнений беременности и родов была следующей: у одной беременной произошла преждевременная отслойка плаценты, в сроке 35 недель, у 6 (42,8%) из 14 женщин, беременность осложнилась тяжелой преэклампсией в сроке 39-40 недель, в одном случае тяжелая преэклампсия развивалась на фоне сахарного диабета. С подтвержденной и с тяжелой формой COVID-19 (одышка, сатурация ниже-88, кашель и температура с выше 37,5С) больных беременных пере-

направляли в специальное подготовленное учреждение для больных COVID-19. У 9 (64,2%) беременных из 14, родоразрешение было произведено путем кесарево сечение, под регионарным обезболиванием - спинномозговая анестезия, у одной с преждевременной отслойкой, метод анестезии был общим ЭТН + ИВЛ. 4(28,5%) - м женщинам с тяжелой преэклампсией, обезболивание родов – регионарное, эпидуральная аналгезия.



У одной женщины (19 лет, 1-я беременность) сроком гестации беременность 35 недель с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, операция была проведена под общим эндотрахеальным обезболиванием. По ходу операции была произведена гемоплазмотрансфузия. При поступлении у больной был подтвержден диагноз, тест на COVID-19 положительный (эпид анамнез – прибывшая из г.Санкт-Петербург, симптомы: субфебрилитет, тяжелая преэклампсия). На 2-е сутки после операции отмечалось олигурия в последующем до анурии, повысились азотистые шлаки (креатинин и мочевины), печеночные ферменты, повысилось АД до стойких цифр, где далее была переведена в центр детоксикации для проведения сеансов гемодиализа. (МНО-1,30; D димер-1800нг/мл).

У другой женщины (36 лет, 3-я беременность) сроком гестации беременность 38

недель, тяжелая преэклампсия. Тест на COVID-19 подтвержден на 2-е сутки. При поступлении: субфебрилитет, насморк. Роды протекали естественным путем, под эпидуральным обезболиванием. На 3-е сутки в послеродовом периоде стойкая температура до 38,5 гр.С, сатурация ниже 89%, одышка, на КТ гр.кл 40% поражение легких, где далее была переведена в инфекционную больницу.

Учитывая высокий риск коагулопатических нарушений, исследована система гемостаза: Международное Нормализованное Отношение – (МНО), АЧТВ, Фибриноген, Тромбоциты, Гемоглобина, D - димер, ВСК по Lee и White. Кратность обследования зависело от степени тяжести заболевания и применения антикоагулянтов. Также исследован биохимический анализ крови: ферменты - АЛТ, Креатинин, Ферритин, СРБ. При снижении числа тромбоцитов, увеличении МНО (протромбиновое время). При повышении

уровня D-димера следует подумать о наличии сепсис-индуцированной коагулопатии, как начальной стадии ДВС-синдрома. Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии. Обязательное лабораторное исследование на наличие РНК SARS-CoV методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) вне зависимости от клинических проявлений. Соответственно у всех беременных тест на COVID-19 был положительным.

| Показатель                | При поступлении | При выписке |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| <i>ВСК по Lee и White</i> | 2,5-4,0         | 5,6-6,4     |
| <i>АЧТВ</i>               | 31,2±0,3        | -           |
| <i>МНО</i>                | 1,28            | -           |
| <i>Д-димер</i>            | 800 нг/мл±150   | -           |
| <i>Фибриноген г/л</i>     | 5,4±0,3         | 3,3±0,3     |
| <i>Нб г/л</i>             | 94±1,3          | 100±1,3     |
| <i>Нт в%</i>              | 28±1,3          | 34,0±1,5    |
| <i>Эритроциты</i>         | 2,65±0,3        | 3,05±0,4    |
| <i>тромбоциты</i>         | 177,5±11,1      | 245,5±11,1  |
| <i>АЛТ</i>                | 0,4±0,2         | -           |
| <i>Ферритин</i>           | 614,0 нг/мл     | -           |
| <i>СРБ</i>                | 20-30 мг/л      | -           |
| <i>Лимфоциты</i>          | 40,9%           | -           |

**Лечение:** Помимо традиционной терапии всех беременных лечили по протоколу лечения COVID-19, включающем: антикоагулянты, антиагреганты, симптоматическое, обезболивающее, патогенетическое. Соблюдали все меры предосторожности: изоляция, использование СИЗ.

**Критериями выписки из стационара родильниц служило:** Нормализация температуры тела в течение 3-х-4-х дней; отсутствие симптомов поражения респираторного тракта; восстановление нарушенных лабораторных показателей; отсутствие акушерских осложнений (послеоперационного периода).

**Заключение:** Беременность и первый месяц после родов относятся к периоду повышенного риска тромбообразования и тромбоэмболических заболеваний, которое значительно усугубляется при воздействии COVID-19 и создаются благоприятные условия для развития угрозных осложнений гестации, таких как преэклампсия, отслойка плаценты, выкидыши, преждевременные роды и преждевременное излитие околоплодных вод.

Ведение беременных с COVID-19 аналогичны тем, как и при лечении других небеременных больных зараженных COVID-19. Выбором метода обезболивания женщин с COVID-19 является проводниковая анестезия: эпидурально/спинальное обезболивание, за исключением тяжелых форм заболевания, с обязательным исследованием систем гемостаза и своевременной коррекцией их при нарушении, с соблюдением всех мер предосторожности: изоляция, использование СИЗ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Заболотских И.Б., Шифмана Е.М. Анестезиология-реаниматология. Клинические рекомендации. Москва "ГЭОТАР-Медиа", 2016 г.
2. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP синдром.-Петрозаводск: Издательство «ИнтелТек», 2002 г.
3. Эпидуральная анестезия и преэклампсия. Материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. Петрозаводск 2003 г.
4. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике.-М.: СпецЛит, 2007 г.
5. Пылаева Н.Ю., Шифман Е.М., Куликов А.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Филиппов О.С., Бабич Т.Ю. Преэклампсия. Эклампсия. Анестезия и интенсивная терапия в родах и послеродовом

- периоде. Вестник интенсивной терапии им. А.И.Салтанова. 2020.
6. Косолапова Ю.А., Морозов Л.А., Инвиева Е.В. Влияние COVID-19 на исходы беременности и состояние новорожденных (обзор литературы).
7. Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Филиппов О.С., Марочко К.В. Особенности течения беременности, акушерская и терапевтическая тактика при новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных // Акушерство и гинекология, 2020, 12
8. Припутневич Т.В., Ачкасова Е.Н., Чубаров В.В., Гордеев А.Б. Острые респираторные заболевания и грипп в современном акушерстве: Эпидемиологические особенности и проблемы диагностики // Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2019, т.18, №3, с.89-97.
9. Griffin R.P., Reynolds F. Extradural anaesthesia for Caesarean section: a double-blind comparison of 0.5% bupivacaine // Br J Anaesth 1995, 74, pp.512–516.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Олимова Тахмина Шодимуродовна** – к.м.н., ГУ ТНИИ АГиП РТ. Адрес: 734002, Душанбе, ул. М.Турсунзаде, 31. E-mail: [cool.olimova@bk.ru](mailto:cool.olimova@bk.ru)

**Икромов Зайнаб Мирзоалиевна** – к.м.н., врач акушер-гинеколог, заведующая отделением эндовидеохирургии ГУ ТНИИ АГиП РТ, Адрес: 734002, Душанбе, ул. М.Турсунзаде, 31., E-mail: [zaynab2708@bk.ru](mailto:zaynab2708@bk.ru)

#### УДК

#### РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ (обзор литературы)

Ш.Н. Орипова

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

---

В кратком обзоре представлены результаты исследований, проведенных с целью выявить возможную связь между уровнем витамина D в организме беременной женщины и развитием осложнений беременности при инсулинорезистентности. Представляется возможным и целесообразным использовать витамин D для профилактики инсулинорезистентности и развития гестационного сахарного диабета, в том числе его тяжелых осложнений.

---

**Ключевые слова:** инсулинорезистентность, беременность, витамин D, сахарный диабет

**НАҚШИ ВИТАМИНИ D ДАР ПЕШГИРИИ МУШКИЛОТИ ҲОМИЛАДОРӢ  
ДАР ЗАНОНИ МУҚОВИМАТИ ИНСУЛИН (баррасии адабиёт)**

Ш.Н. Орипова

*МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».*

*Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

---

Дар мақола натиҷаҳои таҳқиқот бо мақсади муайян намудани имконияти алоқаи байни сатҳи витамини D дар организми зани ҳомиладор ва инкишофи аворизи ҳомиладорӣ ҳангоми муқовимати инсулин пешниҳод шудааст. Имконияти мақсаднок истифода бурдани витамини D барои пешгирии муқовимати инсулин ва инкишофи диабет қанди гестационӣ ва инчунин аворизҳои он нишон дода шудааст.

---

**Калимаҳои калидӣ:** муқовимати инсулин, ҳомиладорӣ, витамини D, диабет қанд.

---

**THE ROLE OF VITAMIN D IN THE PREVENTION OF PREGNANCY  
COMPLICATION IN WOMEN WITH INSULIN RESISTANCE (literature review)**

Sh.N. Oripova

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

---

A brief review presents the results of studies conducted with aim to identify a possible relationship between vitamin D levels in the body of a pregnant woman and the development of pregnancy complications in insulin resistance. It seems possible and reasonable to use vitamin D to prevent insulin resistance and development of gestational diabetes mellitus, including its severe complications.

---

**Key words:** insulin resistance, pregnancy, vitamin D, diabetes.

**Актуальность.** Сахарный диабет является самым распространенным метаболическим заболеванием в мире. На земном шаре более 150 млн человек страдают этой болезнью и, по прогнозам, к 2035 г. это число вырастет до 592 млн [1]. Беременность в свою очередь является еще одним состоянием, связанным с инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией. Повышение уровня глюкозы в крови во время беременности – одно из самых распространенных нарушений обмена веществ у будущей матери. Инсулинорезистентность беременных или так называемый предиабет – часто встречаемое осложнение беременности, характеризующееся развитием спонтанной гипергликемии, которая появляется в период вынашивания ребенка и ограничена сроками беременности [2]. Согласно по-

следним оценкам Международной федерации диабета (IDF, 2017), ГСД развивается приблизительно у 14% беременных во всем мире, что составляет около 18 млн рождений ежегодно [3]. Он ассоциирован с повышенным риском преэклампсии, кесарева сечения, самопроизвольных аборт, преждевременных родов и т.д. [4]. Инсулинорезистентность оказывает негативное влияние и на организм матери, и на рост и развитие плода. При развитии патологической инсулинорезистентности в I триместре беременности возрастают риски врожденных пороков развития сердца и мозга плода. Появление патологической инсулинорезистентности во II–III триместрах приводит к чрезмерному росту плода (макросомии), гиперинсулинемии и постнатальным осложнениям, таким как диабетические фетопатии [5].

Витамин D, также известный как кальциферол, включает две основные, функционально идентичные формы: витамин D<sub>2</sub> (эргокальциферол), который синтезируется и добавляется в пищу и добавки; витамин D<sub>3</sub> (холекальциферол), который присутствует в пищевых продуктах животного происхождения и вырабатывается кожей человека через вызванное солнечным светом преобразование 7-дегидрохолестерина [6]. Обе формы являются прогормонами и становятся активными после двойного гидроксирования: сначала в печени образуется 25-гидроксивитамин D [25(OH)D], а затем в почках – биологически активный гормон кальцитриол (1,25-дигидроксивитамин D, 1,25(OH)<sub>2</sub>D). Кальцитриол регулирует экспрессию генов, влияя на транскрипцию генов посредством взаимодействия с ядерным рецептором витамина D (VDR). Традиционная роль кальцитриола заключается в регуляции гомеостаза кальция и фосфора в сыворотке и таким образом – в поддержании здоровья костей [7].

Витамин D участвует в метаболизме глюкозы и инсулина, в том числе способствует повышению чувствительности к инсулину и поддержанию уровня гликемии при сахарном диабете 2 типа [8]. *In vitro* 1,25(OH)<sub>2</sub>D индуцирует биосинтез инсулина в клетках Лангерганса поджелудочной железы крысы [9], а также ингибирует индуцированную свободными жирными кислотами резистентность к инсулину (т.е. улучшает поглощение глюкозы) в культивируемых миоцитах [10]. На  $\beta$ -клетках поджелудочной железы имеются специфические рецепторы витамина D (VDR) [11], связанные с экспрессией генов фермента 1 $\alpha$ -гидроксилазы в  $\beta$ -клетках поджелудочной железы за счет увеличения внутриклеточного уровня кальция с помощью неселективных потенциалзависимых кальциевых каналов, преобразующей проинсулин в инсулин [12]. Кроме того, 1,25(OH)<sub>2</sub>D непосредственно активирует транскрипцию гена рецепторов инсулина человеческого и усиливает инсулинопосредованный транс-

порт глюкозы *in vitro* [13, 14], увеличивает экспрессию  $\delta$ -рецептора, активируемого пероксисомными пролифераторами [15], тормозит продукцию провоспалительных цитокинов в островках Лангерганса, что может снижать инсулинорезистентность [12].

Как известно, гиповитаминоз D у матери связан с рядом неблагоприятных последствий, в частности, для здоровья костей плода [16]. Кроме того, имеются данные, указывающие на связь между дефицитом витамина D у плода и такими заболеваниями, как рассеянный склероз, сердечно-сосудистые заболевания, шизофрения, некоторые виды рака и другие аутоиммунные заболевания, такие как СД 1 типа и системная красная волчанка, которые могут манифестировать как в раннем детстве, так и в более поздний возраст [17]. В литературе представлены результаты экспериментальных и клинических исследований, подтверждающих связь витамина D с уровнем глюкозы.

S. Bennett et al. [18] провели исследование среди 52 беременных женщин без диабета и 65 беременных женщин с СД 1 типа, оценив содержание 25(OH)D на протяжении всей беременности и после родов. Уровень витамина D в пуповинной крови женщин с ожирением оказался значительно ниже, чем у женщин с нормальной массой тела. Кроме того, при беременности на фоне инсулинорезистентности уровень витамина D у матери демонстрирует независимую обратную связь с уровнем гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>), подтверждая потенциальную роль этого витамина в обеспечении гликемического контроля.

Clifton-Bligh R. et al. [19], обследовав 264 беременные женщины в Австралии, обнаружили, что у 32% беременных с инсулинорезистентности уровни 25(OH)D были значительно ниже, чем у нормогликемических женщин. В исследовании «случай–контроль» с участием 54 иранских женщин с ГСД и 111 – с нормогликемией, служивших контролем, было показано, что концентрация 25(OH)D на 24–28-й

неделе беременности была значительно ниже у женщин с ГСД [20]. Показано, что уровень 25(OH)D <50 нмоль/л имели 83 % женщин с гликемическими нарушениями, тогда как в группе контроля – 71% ( $p=0,03$ ). В другой работе иранских исследователей женщин с выраженным дефицитом витамина D, A. Hossein-Nezhad et al. обнаружили, что у 29% из 741 женщины уровень 25(OH)D был <15 нмоль/л и распространенность инсулинорезистентности в этой подгруппе была выше, чем среди женщин с уровнем 25(OH)D  $\geq 35$  нмоль/л [21].

Описано несколько биологических механизмов, связывающих концентрацию 25(OH)D с развитием плода, т.к. материнский витамин D может влиять на васкуляризацию плаценты [22]. Предполагается, что рецепторы витамина D и 1,25(OH)<sub>2</sub>D регулируют плацентарную секрецию человеческого плацентарного лактогена и других гормонов, влияющих на метаболизм глюкозы и жирных кислот в материнской крови, который обеспечивает плод энергией для развития [23].

Витамин D обеспечивает гликемический контроль при СД 2 типа, регулирует внутриклеточное содержание кальция и, следовательно, транспорт глюкозы в тканях-мишенях, а также влияет на экспрессию генов рецептора инсулина и на системное воспаление, связанное с инсулинорезистентностью [24].

В ходе проведенного в Нидерландах когортного исследования 7098 матерей и их детей определяли связь между концентрацией 25(OH)D и развитием плода. Содержание 25(OH)D оценивали в течение всей беременности.

В результате было выявлено, что низкие концентрации 25(OH)D в материнской крови связаны с пропорциональным ограничением роста плода и размера окружности головы, а также с повышенным риском преждевременных родов [25].

Систематический обзор и мета-анализ 7 наблюдательных исследований (2146 участников, из них 433 с ГСД) позволил констатировать высокую частоту дефици-

та витамина D (>50%) у беременных женщин и выявить значительную взаимосвязь уровня 25(OH)D в плазме крови и частотой возникновения ГСД [26].

Y. Zhang et al. [27] с целью оценить взаимосвязь между уровнем витамина D и ГСД, выполнив поиск в базах данных EMBASE, MEDLINE, Cochrane Library и China Biology Medicine, провели тщательный мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований приема витамина D во время беременности при ГСД. В 87 наблюдательных и 25 рандомизированных контролируемых исследований вошли 55 859 и 2445 женщин соответственно. Установлено, что низкий уровень витамина D в крови во время беременности связан с более высоким риском развития ГСД (OR=1,850, 95% ДИ – 1,471–2,328), т.к. уровень витамина D в крови женщин с ГСД был ниже, чем таковой у контрольных женщин [27].

По рекомендациям Американского колледжа акушерства и гинекологии (ACOG), для женщин с выраженным дефицитом витамина D целесообразно применение последнего в дозе 1000–2000 МЕ. В указанных рекомендациях дефицит витамина D не связывают с ГСД, но данные научной литературы свидетельствуют: женщины с ГСД имеют более высокий риск осложнений беременности, чем нормогликемические женщины с низким уровнем 25(OH)D [28].

В последних рекомендациях Института медицины беременным и кормящим женщинам в США и Канаде для поддержания оптимального здоровья костей рекомендовано принимать витамин D в дозе 15 мкг/день [29].

В 2017 г. было проведено рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование с участием 140 пациенток с ГСД. Они были случайным образом разделены на соответствующие группы, получавшие витамин D и омега-3 жирные кислоты. По прошествии 6-недельного приема у пациенток, получавших комбинированные добавки витамина D и омега-3 жирных

кислот, по сравнению с пациентками, принимавшими только витамин D, значительно снизился уровень глюкозы в плазме натощак. В целом совместное применение витамина D и омега-3 жирных кислот в течение 6 недель для пациенток с инсулинорезистентностью оказало благотворное влияние на уровень глюкозы в плазме натощак, уровень сывороточного инсулина, гомеостатическую модель оценки инсулинорезистентности, количественный индекс чувствительности к инсулину, содержание триглицеридов в сыворотке крови и холестерина липопротеинов низкой плотности [30]. Однако сделать обоснованные выводы о влиянии приема витамина D на профилактику и улучшение исхода ГСД можно только на основании тщательно спланированных рандомизированных контролируемых исследований.

Представленные выше данные дают основание предполагать, что, применяя витамин D на фоне гипергликемии у беременной женщины, каким-то образом можно регулировать уровень глюкозы в крови и препятствовать развитию осложнений беременности. Однако сведений, объясняющих причастность витамина D к развитию ГСД и сахарного диабета 2 типа и механизм метаболических нарушений, недостаточно, что требует проведения дальнейших исследований.

К сожалению, оценка связи между уровнем витамина D и риском развития инсулинорезистентности основном проводилась в рамках наблюдательных исследований. Между тем недавно проведенные мета-анализы подобных исследований представили доказательства тесной связи между низким уровнем 25(OH)D и повышенным риском ГСД [31–34].

В целом изучение в молекулярном уровне вовлеченности витамина D в процессы, связанные с инсулином, может приводить к появлению новых терапевтических стратегий, предотвращающих развитие нарушений, связанных с инсулинорезистентностью.

В современной медицине сохраняется огромный интерес к витамину D и его потенциальному влиянию на исходы беременности при инсулинорезистентности. В экспериментах показано, что витамин D улучшает экзокринную функцию поджелудочной железы и чувствительность к инсулину. Основные механизмы, лежащие в основе данных взаимосвязей, включают метаболические и иммуномодулирующие эффекты витамина D. Представляется возможным и целесообразным использовать витамин D для профилактики развития и лечения ГСД, в т.ч. тяжелых его осложнений. Однако в настоящее время отсутствуют убедительные данные о безопасности препаратов для матери и плода при длительном применении. При этом нельзя исключать индивидуальный ответ на прием витамина D, который определяется, в частности, соматическими болезнями матери, состоянием плаценты, сроком (триместром) беременности, сопутствующим применением лекарственных препаратов, генетическими факторами, национальностью, условиями проживания и т.д. Все исследователи, занимающиеся данной проблемой, едины во мнении о необходимости проведения хорошо спланированных контролируемых исследований на больших выборках пациентов. Задача перед исследователями – клиницистами состоит в том, чтобы определить взаимосвязь между статусом витамина D и инсулинорезистентности. В целом изучение в молекулярном уровне вовлеченности витамина D в процессы, связанные с инсулином, может приводить к появлению новых терапевтических стратегий, предотвращающих развитие нарушений, связанных с инсулинорезистентностью.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Forouhi N., Wareham N. Epidemiology of diabetes // *Medicine (Abingdon)*, 2014, vol.42, 12, pp.698–702.
2. American Diabetes Association Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2018, 41, S13–S27.

3. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas. 8th ed. IDF; Brussels, Belgium, 2017. URL: [www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html](http://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html)
4. Yang J., Cummings E.A., O'Connell C., Jangaard K. Fetal and neonatal outcomes of diabetic pregnancies // *Obstet Gynecol.* 2006, 108, pp.644–650.
5. Kamana K., Hua Z., Sumisti S. Gestational Diabetes Mellitus and Macrosomia: A Literature Review // *Ann Nutr Metab.* 2015, vol.66, 2, pp.14–20.
6. Ross A. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington, DC: National Academies Press; Institute of Medicine (U.S.) // Committee to Review, 2011. Doi: 10.17226/13050 2011.
7. Pike W., Christakos S. Biology and mechanisms of action of the vitamin D hormone // *Endocrinol Metab Clin North Am.*, 2017, vol.46, 4, pp.815–843.
8. Aghajafari F., Nagulesapillai T., Ronksley P., et al. Association between serum maternal 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies // *BMJ.* 2013, 346: f1169. Doi: 10.1136/bmj.f1169.
9. Bourlon P., Billaudel B., Faure-Dussert A. Influence of vitamin D3 deficiency and 1,25 dihydroxyvitamin D3 on de novo insulin biosynthesis in the islets of the rat endocrine pancreas // *J Endocrinol*, 1999, vol.160, 1, pp.87–95.
10. Zhou Q., Hou F., Guo Z., et al. 1,25-dihydroxyvitamin D improved the free fatty acid-induced insulin resistance in cultured C2C12 cells // *Diabet Metab Res Rev.*, 2008, vol.24, 6, pp.459–464.
11. Johnson J., Grande J., Roche P., Kumar R. Immunohistochemical localization of the 1,25(OH)2D3 receptor and calbindin D28k in human and rat pancreas // *Am J Physiol.* 1994, vol.267, 3Pt1, E356–60.
12. Pittas A., Lau J., Hu F., et al. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis // *J Clin Endocrinol Metab.*, 2007, 92, 2017–29.
13. Dunlop T., Väisänen S., Frank C., et al. The human peroxisome proliferator-activated receptor  $\delta$  gene is a primary target of  $1\alpha$ , 25-dihydroxyvitamin D3 and its nuclear receptor // *J Mol Biol.* 2005, vol.349, 2, pp.248–260.
14. Maestro B., Campion J., Davila N., et al. Stimulation by 1,25-dihydroxyvitamin D3 of insulin receptor expression and insulin responsiveness for glucose transport in U-937 human promonocytic cells // *Endocrine J* 2000, vol.47, 4, pp.383–391.
15. Maestro B., Molero S., Bajo S., et al. Transcriptional activation of the human insulin receptor gene by 1,25-dihydroxyvitamin D3 // *Cell Biochem Funct.* 2002, 20, 3, pp.227–232.
16. Karras S., Fakhoury H., Muscogiuri G., et al. Maternal vitamin D levels during pregnancy and neonatal health: evidence to date and clinical implications // *The Adv Musculoskelet Dis.* 2016, vol.8, 4, pp.124–35.
17. Rizzo G., Garzon S., Fichera M. et al. Vitamin D and Gestational Diabetes Mellitus: Is There a Link? *Antioxidants (Basel)*. 2019, 8(11), pii:E511. Doi: 10.3390/antiox8110511.
18. Bennett S., McPeake J., McCance D. Maternal Vitamin D status in type 1 diabetic pregnancy: impact on neonatal vitamin d status and association with maternal glycaemic control // *PLoS One.* 2013, vol.8, 9, e74068. Doi: 10.1371/journal.pone.0074068.
19. Clifton-Bligh R., McElduff P., McElduff A. Maternal vitamin D deficiency, ethnicity and gestational diabetes // *Diabet Med.* 2008, vol.25, 6, pp.678–84.
20. Soheilykhah S., Mojibian M., Rashidi M., et al. Maternal vitamin D status in gestational diabetes mellitus // *Nutr Clin Pract.* 2010, 25, pp.524–27.
21. Hossein-nezhad A., Holick M. Vitamin D for Health: A Global Perspective // *Mayo Clin Proc.*, 2013, vol.88, 7, pp.720–755.
22. Shin J., Choi M., Longtine M., et al. Vitamin D effects on pregnancy and the placenta // *Placenta*, 2010, vol.31, 12, pp.1027–1034.
23. Lapillonne A. Vitamin D deficiency during pregnancy may impair maternal and fetal outcomes. *Med Hypotheses.* 2010; vol.74, 1, pp.71–75.
24. El-Fakhri N., McDevitt H., Shaikh M., et al. Vitamin D and its effects on glucose ho-

meostasis, cardiovascular function and immune function // *Horm Res Paediatr.*, 2014, vol.81, 6, pp.363–378.

25. Miliku K., Vinkhuyzen A., Blanken L. Maternal vitamin D concentrations during pregnancy, fetal growth patterns, and risks of adverse birth outcomes // *J Clin Nutr.*, 2016, vol.103, 6, pp.1514–22.

26. Mutlu N., Esra H., Begum A., et al. Relation of maternal vitamin D status with gestational diabetes mellitus and perinatal outcome // *Afr Health Sci.*, 2015, vol.15, 2, pp.523–31.

27. Zhang Y., Gong Y., Xue H., et al. Vitamin D and gestational diabetes mellitus: a systematic review based on data free of Hawthorne effect // *BJOG*, 2018, vol.125, 7, pp.784–93.

28. Committee on Obstetric Practice, ACOG Committee Opinion No. 495 Vitamin D Screening and supplementation during pregnancy // *Obstet Gynecol.*, 2011, 118, pp.197–98.

29. Ross A., Manson J., Abrams S., et al. The 2011 report on Dietary Reference Intakes for calcium and vitamin D from the Institute of

medicine: What clinicians need to know // *J Clin Endocrinol.* 2011, vol.96, 1, pp.53–8.

30. Jamilian M., Samimi M., Ebrahimi F., et al. The effects of vitamin D and omega-3 fatty acid co-supplementation on glycemic control and lipid concentrations in patients with gestational diabetes // *J Clin Lipidol.* 2017, vol.11, 2, pp.459–68.

31. Dwarkanath P., Ponnusamy V., Thomas T., et al. Relationship of early vitamin D concentrations and gestational diabetes mellitus in Indian pregnant women // *Front Nutr.*, 2019, 6:116.

32. Rajput R., Vohra S., Nanda S., et al. Severe 25(OH)vitamin-D deficiency: a risk factor for development of gestational diabetes mellitus // *Diabetes Metab Syndr.* 2019, vol.13, 2, pp.985–87.

33. Burris H., Camargo C.A. Jr. Vitamin D and gestational diabetes mellitus // *Curr Diab Rep.*, 2014, vol.14, 1, 451.

34. Szymczak-Pajor I., Sliwinska A. Analysis of Association between Vitamin D Deficiency and Insulin Resistance // *Nutrients*, 2019, vol.11, 4:794.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

**Орипова Шабнам Нурилловна** – очный аспирант акушерского отдела ГУ ТНИИ АГиП, МЗ СЗН РТ, 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мирзо Турсунзода, 31., E-mail: [shabnamoripova02@gmail.com](mailto:shabnamoripova02@gmail.com)

**УДК**

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ  
ИСХОДЫ ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕФИЦИТЕ МИКРОНУТРИЕНТОВ  
РОДИЛЬНИЦ**

А.П. Пулатова, М.С. Рустамова, С.Р.Хакимова,

Н.В. Гуломшоева, М.С. Аюбова

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства,*

*гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан*

---

**Цель.** Изучение значимости и влияния медико-социальных факторов риска развития сочетанного дефицита микронутриентов на течение гестации и перинатальные исходы.

**Материал и методы.** Ретроспективно изучены медико-социальные данные 151 родильницы с дефицитом микронутриентов, из них 42 женщины (I группа) с железодефицитной анемией (ЖДА), 55 женщин (II группа) с йододефицитным заболеванием (ЙДЗ) и 54 женщин (III групп) с сочетанным дефицитом микронутриентов - железа, йода, кальция, магния, фосфора и фолиевой кислоты (СДМ). Изучены характер и режим питания, сбалансированность рациона, пищевое поведение, количество членов семьи, экономический статус. Оценивались содержание микроэлементов, репродуктивная функция, состояние новорожденного при рождении по шкале Апгар с определением физического развития и статистическая обработка полученных данных.

**Результаты исследования.** Во всех группах преобладали повторнородящие и многократно рожавшие женщины с коротким интергенетическим интервалом менее 2 лет. Наибольшее количество акушерских и перинатальных осложнений были выявлены среди родильниц с сочетанным дефицитом микронутриентов (СДМ). Анемию различной степени имели 49,2% и 51,3% пациенток в I и III группах, соответственно, диффузный зоб различной степени - 43,2% во II и 45,2% в III группах, в то время как сочетанная форма недостаточности железа, йода, магния, кальция и фолиевой кислоты установлены у всех 100% женщин III группы.

По оценке данных социального блока установлено, что преимущественное большинство участниц (78,2%, 67,4% и 63,1%) имели среднее или не полное среднее образование и многие из них (77,1%; 85,4%; и 79,2%, соответственно) проживали в больших (2 семьи в одном доме) и сверхбольших семьях (3 и более семей в одном доме). Работающими в семьях были в основном мужчины, более чем 1/3 которых (34,2%; 38,3 и 36,2%) работают в трудовой миграции, большую часть в таких семьях составляют неработающие, то есть, женщины, дети и пенсионеры. Установлено, что наиболее значимыми факторами для развития СДМ являются: проживание в эндемичной зоне, несбалансированное по основным ингредиентам питание, короткий межродовый интервал, длительная лактация, проживание в больших семьях и не использование контрацептивных средств.

**Заключение.** Высокая частота факторов риска и осложнений гестации при дефиците критически важных микронутриентов, обусловлена несбалансированным (низким содержанием белка и высоким уровнем жиров и легкоусвояемых углеводов) питанием, коротким межродовым интервалом, проживанием в эндемичной по дефициту йода и

железа региону, длительной лактацией и недостаточной информированности женщин о планировании семьи.

**Ключевые слова:** микронутриенты, беременность, несбалансированное питание, лактация, гестация.

### ОМИЛҲОИ ХАВТИ ТИББИЮ ИҶТИМОӢ ВА НАТИҶАҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР НОРАСОНИ ОМЕХТАИ МИКРОЭЛЕМЕНТҲО ДАР ҲОМИЛАДОРӢ

А.П. Пулотова, М.С. Рустамова, С.Р. Ҳакимова,

Н.В. Гуломшоева, М.С. Аюбова

*МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».*

*Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

**Ҳадаф.** Омӯзиши аҳамият ва таъсири омилҳои хатари тиббию иҷтимоӣ барои рушди норасоии микроэлементҳои омехта ба ҷараёни ҳомиладорӣ ва перинаталӣ.

**Мавод ва усулҳо.** Маълумоти тиббию иҷтимоии 151 кӯдаки ҳомиладор бо норасоии микроэлементҳо ба таври ретроспективӣ омӯхта шуд, аз ҷумла 42 зан (гурӯҳи I) бо камхунии норасоии оҳан (ИДА), 55 зан (гурӯҳи II) бо бемории норасоии йод (IDD) ва 54 зан (гурӯҳи III) бо норасоии омехтаи микроэлементҳо - оҳан, йод, калсий, магний, фосфор ва кислотаи фолий (SDM). Табиат ва парҳез, ғизои мутавозин, рафтори ҳӯрокхӯрӣ, шумораи аъзоёни оила, вазъи иқтисодӣ омӯхта шуд. Мазмуни микроэлементҳо, функсияи репродуктивӣ, ҳолати кӯдаки навзод ҳангоми таваллуд аз рӯи ҷадвали Апгар бо муайян кардани инкишофи ҷисмонӣ ва коркарди омории маълумотҳои гирифташуда арзёбӣ карда шуданд.

**Натиҷаҳои тадқиқот.** Дар ҳама гурӯҳҳо занони серфарзанд ва серфарзанд бо фосилаи кӯтоҳи байнигенетикӣ камтар аз 2 сол бартарӣ доранд. Микдори зиёди мушкilotи акушерӣ ва перинаталӣ дар байни таваллудҳо бо норасоии микроэлементҳои омехта (MDD) пайдо шудааст. Камхунии дараҷаҳои гуногун мутаносибан 49,2% ва 51,3% беморони гурӯҳҳои I ва III, зогӣ диффузии дараҷаҳои гуногун - 43,2% дар гурӯҳҳои II ва 45,2% дар гурӯҳҳои III, дар ҳоле ки шакли омехтаи норасоии оҳан, йод, магний, калсий ва кислотаи фолий дар ҳамаи 100% занони гурӯҳи III пайдо шудааст.

Мувофиқи маълумоти блоки иҷтимоӣ маълум гардид, ки аксарияти мутлаки иштирокчиён (78,2 фоиз, 67,4 фоиз ва 63,1 фоиз) маълумоти миёна ва миёнаи нопурра ва бисёреро онҳо (77,1 фоиз; 85,4 фоиз; 79,2 фоиз) доранд, мутаносибан дар оилаҳои серфарзанд (2 оила дар як хона) ва оилаҳои серфарзанд (3 ва зиёда оила дар як хона) зиндагӣ мекарданд. Оилаҳои коргар асосан мардон буданд, ки зиёда аз 1/3 (34,2%; 38,3 ва 36,2%) дар муҳоҷирати меҳнатӣ кор мекунанд, аксарияти чунин оилаҳоро бекор, яъне занон, кӯдакон ва нафақахӯрон ташкил медиҳанд. Муайян карда шудааст, ки омилҳои муҳимтарини рушди СДМ инҳоянд: зиндагӣ дар минтақаи эндемикӣ, ғизои аз ҷиҳати компонентҳои асосӣ номутаносиб будан, фосилаи кӯтоҳи байни таваллуд, дарозмуддати ширдиҳӣ, зиндагӣ дар оилаҳои серфарзанд ва истифода набурдани доруҳои зидди ҳомиладорӣ.

**Хулоса.** Басомади баланди омилҳои хавф ва мушкилоти ҳомиладорӣ бо норасоии микроэлементҳои муҳими муҳим аз ғизои номутаносиб (сафедаи кам ва миқдори зиёди рағванҳо ва карбогидратҳои ба осонӣ ҳазмшаванда), фосилаи кӯтоҳи байни таваллуд, зиндагӣ дар минтақаи эндемикии йод ва оҳан вобаста аст. камбудӣ, дарозшавии ширмакӣ ва огоҳии нокифояи занон дар бораи банақшагирии оила.

---

**Калимаҳои калидӣ:** микроэлементҳо, ҳомиладорӣ, ғизои номутаносиб, ширмакӣ, ҳомиладорӣ.

### MEDICO-SOCIAL RISK FACTORS AND PERINATAL OUTCOMES IN COMBINED MICRONUTRIENT DEFICIENCY IN PUERPERAS

A.P. Pulatova, M.S. Rustamova, S.R. Khakimova,

N.V. Gulomshoeva, M.S. Ayubova

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

---

**Target.** To study the significance and influence of medical and social risk factors for the development of a combined micronutrient deficiency on the course of gestation and perinatal outcomes.

**Material and methods.** The medical and social data of 151 puerperas with micronutrient deficiency were retrospectively studied, including 42 women (group I) with iron deficiency anemia (IDA), 55 women (group II) with iodine deficiency disease (IDD) and 54 women (group III) with combined micronutrient deficiency - iron, iodine, calcium, magnesium, phosphorus, and folic acid (SDM). The nature and diet, balanced diet, eating behavior, number of family members, economic status was studied. The content of microelements, reproductive function, the state of the newborn at birth according to the Apgar scale with the definition of physical development and statistical processing of the data obtained were assessed.

**Research results.** In all groups, multiparous and multiple parous women with a short intergenetic interval of less than 2 years predominated. The greatest number of obstetric and perinatal complications were found among puerperia with combined micronutrient deficiency (MDD). Anemia of varying degrees had 49.2% and 51.3% of patients in groups I and III, respectively, diffuse goiter of varying degrees - 43.2% in groups II and 45.2% in groups III, while the combined form of iron deficiency, iodine, magnesium, calcium and folic acid were found in all 100% of women in group III.

According to the data of the social block, it was found that most participants (78.2%, 67.4% and 63.1%) had a secondary or incomplete secondary education, and many of them (77.1%; 85.4%; and 79.2%, respectively) lived in large (2 families in one house) and extra-large families (3 or more families in one house). The working families were mostly men, more than 1/3 of whom (34.2%; 38.3 and 36.2%) work in labor migration, many of such families are unemployed, that is, women, children and pensioners. It has been established that the most significant factors for the development of SDM are living in an endemic zone, nutrition that is unbalanced in terms of the main ingredients, a short interbirth interval, prolonged lactation, living in large families and not using contraceptives.

**Conclusion.** The high frequency of risk factors and complications of gestation with a deficiency of critically important micronutrients is due to unbalanced (low protein and high levels of fats and easily digestible carbohydrates) nutrition, a short interbirth interval, living in an endemic region for iodine and iron deficiency, prolonged lactation, and insufficient awareness of women about family planning.

---

**Key words:** micronutrients, pregnancy, unbalanced diet, lactation, gestation.

**Актуальность.** Экономические сложности переходного периода существенно сказываются на показателях материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, являющимися демографическими показателями развития страны и здоровья населения [1,2,3]. В глобальном аспекте эти показатели являются интегральным индикатором уровня родовспоможения, качества жизни и экономического статуса населения в стране [3, 4, 5].

Несмотря на снижение этих показателей за последние годы в Таджикистане и достижения Целей тысячелетия развития ООН, все же они остаются достаточно высокими по сравнению с показателями развитых стран. В связи с чем исследования, направленные на снижение материнской и перинатальной смертности и заболеваемости представляет актуальную проблему медицинской науки и практического здравоохранения страны [10,11,13].

Анализ структуры материнской смертности показал, что неинфекционные заболевания в многих странах, занимают лидирующее место, частота которых за последние годы повышается и не имеет тенденции к снижению [3,9,10].

По данным В.Е. Радзинского и соавт. (2011) с соматической патологией связаны до 20% материнской смертности и до 40% перинатальной заболеваемости и смертности. В многоцентровых исследованиях «Centre for Maternal and Child Enquiries» (CMACE, 2010) установлено, что при наличии сочетанной

соматической патологии, риск развития осложнений гестационного процесса увеличивается в 10 и более раз [9,10,11,12].

Экстрагенитальные заболевания у беременных представляют собой особую проблему, так как они определяют состояние женщины до и в период беременности. Благоприятное течение гестационного процесса и перинатальные исходы зависят от догестационного периода при котором необходимый физиологический уровень микроэлементного статуса, достигающего в результате сбалансированного питания, должен быть адекватным периоду гестации и лактации [6,7,8].

Многочисленными исследованиями установлено, что Таджикистан относится к эндемической зоне по дефициту железа и йода, однако не изучены причинно-следственные последствия развития комплексной недостаточности дефицита «критически» важных для гестации микронутриентов, таких как, железо, йод, кальций, магний, фосфор и фолиевая кислота и их влияние на гестационный процесс, что указывает на проведение дальнейших исследований.

**Целью исследований** явилось изучение значимости и влияния медико-социальных факторов риска развития сочетанного дефицита микронутриентов на течение гестации и перинатальные исходы.

**Материал и методы.** Ретроспективно изучены медико-социальные индивидуальные данные 151 родильницы с дефицитом микронутриентов, родоразрешенных в клинике ТНИИ АГиП за 2019-2022г. Обследованные женщины были разделены на 3 группы: в I группу вошли 42 женщины с железодефицитной анемией (ЖДА), II группу составили – 55 женщин с йододефицитным заболеванием (ЙДЗ) и III группу – 54 женщин с сочетанным дефицитом микронутриентов, в том числе железа, йода, кальция, магния, фосфора и фолиевой кислоты. По разработанной специальной анкете, состоящая из 8 блоков и 48 вопросов, изучены факторы риска развития сочетанных форм дефицита микронутриентов включая: возраст, семейное положение, начало менархе и половой жизни, гинекологический, акушерский и соматический анамнез, при этом было уделено внимание паритету, интергенетическому интервалу, течению беременности и исходам родов, контрацептивному анамнезу.

Блок вопросов был посвящен изучению характера, режима питания и сбалансированности рациона по основным ингредиентам, то есть белкам, жирам и углеводам, их количеству и соотношению в суточном рационе. Кроме того, также были изучены изменения вкусовых предпочтений, в связи с беременностью, длительность проживания в данной местности (эндемичность зоны по содержанию микроэлементов), пищевые традиции и поведение, количество членов семьи, в том числе работающих, проживание в больших семьях и экономический статус.

Оценивались лабораторные результаты исследования, которые включали общепринятые биохимические анализы и бактериологическое исследование флоры влагалища, и определение микроэlemen-

тов: железа, йода, кальция, магния, фосфора и фолиевой кислоты, а также оценка состояние новорожденного при рождении по шкале Апгар с одновременным определением физического развития по росту и массе тела.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы «Statistika» v.6.0. Абсолютные значения представлены в виде средних величин (M) и их ошибок( $\pm$ ) для количественных признаков, правильного распределения, Достоверность разниц 2 величин признавался при вероятности ошибки  $p < 0,05$ . Относительный риск (RR) рассчитывали в 95% доверительном интервале.

**Результаты исследования.** Возраст обследованных женщин в I, II и III группах в среднем составили  $29,4 \pm 2,5$  лет;  $30,3 \pm 2,2$  лет и  $30,2 \pm 3,4$  лет, соответственно и достоверно не отличался. Анализ анамнестических данных показал, что большинство обследованных во всех 3 группах имели высокую частоту экстрагенитальной патологии (ЭГП), таких как гепатиты, заболевания желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, острые респираторные вирусные заболевания, аллергоз и др. с колебаниями ЭГП в группах от 10,6% до 59,5%, достоверной разницы в показателях заболеваний между группами не выявлено. У подавляющего большинства (около 89,5%) обследованных всех групп установлен высокий индекс перенесенных инфекционных заболеваний, (корь, ветряная оспа, краснуха, скарлатина) соотношение которого (368:151) был высок и составил 3,3.

Из гинекологической патологии пациентки отметили: консервативную миомэктомию в анамнезе (1 случ. – во II гр); тубэктомию (по 2 женщины во II и III группах), на эрозию шейки матки в анамнезе

указали у 5(8,5%); у 8(15,2%); и 7(4,6%) родильниц в группах соответственно.

Анализ менструальной функции у женщин I, II и III группах показал, что средний возраст наступления менархе составляет  $13,6 \pm 2,2$  лет,  $12,8 \pm 3,1$  лет и  $12,9 \pm 1,5$  лет, соответственно, то есть почти не отличались, при этом во всех группах большинство женщин отметили нормопонирующий цикл в среднем с продолжительностью –  $29,5 \pm 4,1$  дней;  $28,2 \pm 3,3$  дней и  $28,8 \pm 2,2$  дней, соответственно. Дисменореей страдали 13/24,1% женщин с СДМ, достоверно ( $<0,001$ ) превышая в 5,6 и 6,7 раза данный показатель у пациенток 1-й группы с анемией

(2/4,3%) и женщин 2-ой группы с ЙДЗ- (2/3,7%), однако гиперполименорея выявлена у 12,4% женщин с анемией, по сравнению со II (6,3%) и III (5,5%) группами.

Оценка репродуктивного анамнеза женщин во всех обследованных группах показала, что преобладали повторнородящие и многократно рожавшие женщины (с колебаниями 41,6%–42,3% и 44,2%–48,5%, соответственно). Интергенетический интервал менее 2 лет соблюдали от 34,5% до 46,0% женщин.

Акушерские и перинатальные осложнения при данной беременности приведены в таблице №1.

Таблица 1

Акушерские и перинатальные осложнения у женщин обследованных групп

| №   | Осложнения                 | I<br>n=42 |      | II<br>n=55 |      | III<br>n=54 |      | Всего<br>151 |      |
|-----|----------------------------|-----------|------|------------|------|-------------|------|--------------|------|
|     |                            | Абс       | %    | Абс        | %    | Абс         | %    | Абс          | %    |
| 1.  | Угрожающий выкидыш         | 22        | 52,4 | 26         | 47,3 | 29          | 53,7 | 77           | 50,9 |
| 2.  | Угр. преждевременные роды  | 4         | 9,5  | 10         | 18,2 | 18          | 33,3 | 32           | 21,2 |
| 3.  | Умеренная преэклампсия     | 10        | 23,8 | 12         | 21,8 | 18          | 33,3 | 40           | 26,5 |
| 4.  | Акушерские кровотечения    | 2         | 4,8  | 1          | 1,8  | 4           | 7,4  | 7            | 4,6  |
| 5.  | Кесарево сечение           | 3         | 7,1  | 4          | 7,3  | 10          | 18,5 | 17           | 11,3 |
| 6.  | Тяжелая анемия             | 3         | 7,1  | -          | -    | 8           | 14,8 | 11           | 7,3  |
| 7.  | Гипоксия                   | 9         | 21,4 | 16         | 29,1 | 19          | 35,2 | 44           | 29,1 |
| 8.  | Врожденные пороки развития | 1         | 2,4  | 2          | 3,6  | 4           | 7,4  | 7            | 4,6  |
| 9.  | Асфиксия                   | 3         | 7,1  | 4          | 7,3  | 10          | 18,5 | 17           | 11,3 |
| 10. | Перинатальная смертность   | 2         | 4,8  | 7          | 12,7 | 7           | 13,0 | 16           | 10,6 |

Согласно представленным данным более половины (52,4) участниц в 1-й, 47,3% во второй и у каждой второй (53,7%) в 3 – ей группе в течение данной беременности имелись угрожающие явления и почти каждая 4-я (21,2%) участница в группах имели угрожающие преждевременные роды.

Срочными завершились роды в 1-й группе у большинства участниц (38–90,5%),

преждевременно завершились 2-е родов (4,2%) и запоздалые роды также в 2-х случаях.

Во 2-й группе у 3 участниц преждевременные роды и 3 родов запоздалые (5,5%), в 3-й срочными были 45,5% (25) родов, преждевременными 9 родов составляя 16,7% родов. Всего ТПЭ в первых двух группах было 3 и 7 случаев (21,2 % и 54,5%), в 3-й группе 11(20,3%) случая.

Кесаревым сечением в 1-й группе родоразрешены 3(6,4%) участниц, во 2-й 4(7,3%) и в 3-й 10 (19,2%) родильниц. Акушерские кровотечения имели место в 1 случае во 2-ой и в 4 случаях в 3-ей (7,4%) группе участниц, тяжелую степень анемии имели в 1-ой группе – 3 больных, в третьей 8 (6,4% и 15%) участниц, среднюю 6 и 15 участниц (12,6 и 27,8%) соответственно. Преждевременные роды в анамнезе имеют 3,6%; 5,5% и 6,2% соответственно женщин, на искусственные роды в связи с преэклампсией указали всего 4 участниц по 2 во 2-ой и в 3-ей группах, самопроизвольный выкидыш в анамнезе имели всего 19 участниц: 4 в 1-ой, 7 во второй и (8,5; 12,8 и 15%) в третьей группе участниц.

Анализ перинатальных исходов показал, что наибольшее количество перинатальных осложнений были в III группе у женщин с СДМ. Так как в данной группе угрожающие явления имели каждая 2-я, каждая 3-ая умеренную преэклампсию (УПЭ) и 17% тяжелую преэклампсию (ТПЭ) то суммарно 1/3 новорожденных родились с асфиксией и гипоксическими поражениями. В этой связи в целом и перинатальная смертность в данной группе достигает 13%, что превышает их в 1-й и во 2-й группах.

Следовательно, наибольшее количество акушерских и перинатальных осложнений имели родильницы 3-й группы имевших сочетанный дефицит критически важных для гестации микронутриентов.

Определение уровня гемоглобина крови показал, что анемию различной степени имели каждая вторая (49,2% и 51,3%) пациентка в I и III группах, соответственно, диффузный зоб различной степени – 43,2% во II и 45,2% в III группах, в то время как сочетанная форма дефицита микронутриентов с недостаточностью

железа (ниже 12,5 мкг/л), йода (при йодурии ниже 100мкг/л), магния (ниже 1,5 ммоль/л), кальция (ниже 2,02ммоль/л) и фолиевой кислоты (менее 3,0мкг/л) установлены у всех женщин III группы.

Изучив и резюмируя социальный блок вопросов установлено, что преимущественное большинство участниц (78,2%, 67,4% и 63,1%) имели среднее или не полное среднее образование и многие из них (77,1%; 85,4%; и 79,2%, соответственно) проживали в больших (2 семьи в одном доме) и сверхбольших семьях (3 и более семей в одном доме) в I, II и III группах.

Работающими в семьях были в основном мужчины, составляя 51,3%; 48,2% и 52,2%, в I, II и III группах, соответственно, при этом они работали (более 1/3 из них) в трудовой миграции. Большую часть в таких семьях составляют неработающие, то есть, женщины, дети и пенсионеры. По занятости менее всего участниц были служащими (от 0,2% до 0,5%); при этом только 2,4; 3,1 и 3,2% женщин в группах соответственно, имели средне специальное и/или высшее образование.

Медико-социальные факторы риска и их значимость в развитии сочетанных форм дефицита микронутриентов приведены в таблице 2.

Как видно из представленных данных таблицы 2, наиболее значимыми факторами для развития СДМ являются: проживание в эндемичной зоне, несбалансированное по основным ингредиентам питание, короткий межродовый интервал, длительная лактация, проживание в больших семьях и не использование контрацептивных средств, указывая на неосведомленность и низкую информированность о планировании семьи.

Таблица 2

Влияние факторов риска на развития СДМ

| №  | Факторы риска                                                                        | RR    | D.I          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|
| 1. | Интергенетический интервал менее 1,5 лет                                             | 11,4  | 3,42 – 38,5  |
| 2. | Лактация более 1,5-2 лет                                                             | 10,6  | 3,21 – 36,6  |
| 3. | Несбалансированное питание (дефицит белка и повышенное содержание жиров и углеводов) | 12,3  | 4,2 – 36,3   |
| 4. | Проживание в больших семьях                                                          | 10,4  | 5,1 - 34,4   |
| 5. | В семьях 0-1 работающих                                                              | 11,6  | 3,44 – 38,6  |
| 6. | Проживание в эндемической зоне                                                       | 13,34 | 11,06 – 42,7 |
| 7. | Не использовали контрацепции                                                         | 9,31  | 2,8 – 18,3   |

**Заключение.** Полученные данные указывают на высокую частоту риска и осложнений гестации при сочетанном дефиците критически важных микронутриентов, в результате несбалансированного (с низким содержанием белка и высоким содержанием легкоусвояемых углеводов) питания, короткого межродового интервала, проживания в эндемичной по дефициту йода и железа региону, длительной лактации и недостаточной информированности по планированию семьи. В этой связи необходимо проводить меры профилактики СДМ среди населения и непрерывное образование медицинских работников по вопросам питания на всех уровнях оказания медицинских услуг.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. WHO. The global prevalence of anemia in 2011. Geneva: WHO, 2015. 43p.
2. Агаева Л.В. и др. Состояние питания женщин до и во время беременности // *Juvenisscientia*, 2020, №2, с.6-13.
3. Радзинский В.Е., Рябинкина Т.С., Брилль Ю.А., Симонова Х.Ю. Коррекция рациона питания беременных: доказательные данные / Информационный бюллетень, М. 2017, 36 с.
4. Анчева И.А. Комплексная прегравидар-

ная подготовка женщин с дефицитом железа // *Практическая медицина*, 2015, т.86, №1, с.41-43.

5. Кохно Н.И. Нарушенное пищевое поведение: чем рискует беременная и каковы последствия для ребенка // *Stat.Pres.*, 2015, т.26, №3, с.97-106.

6. Курецу В.Н., Савичева А.М., Ордынец И.М. Факторы пренатального риска развития преэклампсии у беременных // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучения*, 2020, т.8, №3, с.6-19.

7. Чабанова П.Б., Василькова Т.П. Фактическое питание и алиментарный статус беременных. Сборник материалы X общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России», 2017, с.25-26.

8. Расулова Г.Д., Зурхолова Х.Р. Перинатальные аспекты йододефицитных состояниях, профилактика, лечение // *Мать и дитя*, 2020, №1, с.46-49.

9. Haider B.A., Bhutta Z.A. Multiple-mikronutrients supplementation for women during pregnancy // *Cochrane Database Syst.Rev.*, 2015, 11 Art NCD00490 [PMID:265.223.44].

10. Анчева И.А. Комплексная прегравидарная подготовка женщин с дефицитом железа // *Практическая медицина*, 2015, т.86, №1, с.41-43.

11. Саидова Х.О., Мухамадиева С.М., Абдурахманова Ф.М., Мухамадиева М.М., Намозова З.С. Особенности воздействия повреждающих факторов на развитие врожденных пороков развития центральной нервной системы. Материалы 7-го съезда Акушеров – Гинекологов РТ, с.92-97.
12. WHO. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization, 2012. 27 p.
13. Саидова М.И. Роль тромбофилий и дефицита фолатов в генезе потерь беременности // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения, 2021, №4, с.99-104.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

**Пулатова Азиза Пулатовна** – к.м.н. заведующая орг. метод. отделом ТНИИ АГиП  
E-mail: pulatova.55@mail.ru;

**Рустамова Мехриниссо Сангиновна** – д.м.н., профессор, Национальная Академия Наук, E-mail: [memristor@mail.ru](mailto:memristor@mail.ru);

**Хакимова Ситорамо Раджабовна** – сотрудник орг. метод. отдела отделом ТНИИ АГиП, E-mail: sitoramo.khakimova@bk.ru

**Гуломщоева Нилуфар Олеговна** – сотрудник орг. метод. отдела отделом ТНИИ АГиП



Шахсияти нотақро, начибтарин инсон, волотарин устози соҳибтаҷриба – Самиева Наталия Умаровна, санаи 08.05.1953 дар шаҳраки Консойи шаҳри Гулистон, дар оилаи хизматӣ чашм ба олами ҳастӣ кушода аст. Айёми қудакӣ ва наврасиашро дар зодгоҳаш сипарӣ намуда, пас аз хатми мактаби миёна соли 1968 ба коллеҷи тиббии шаҳри Ленинобод ба номи Павлов дохил гашта, онро бо муваффақият соли 1971 хатм намудааст.

Солҳои 1971–1973 дар озмоишгоҳи вилоятӣ ба ҳайси таҳлилгар фаъолияти корӣ намудааст. Аз сабаби шавқу рағбати беандоза дар соҳаи тиб, бо мақсади идома додани таҳсилот ба Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино дохил гашта, онро соли 1979 бо баҳои аъло, бо ихтисоси кори табобатӣ ба итмом расонидааст. Хониши аъло ва ҳислати инсондустии Наталия Умаровнаро ба инобат гирифта, уро соли 1979 ба ҳайси ординатори клиникии кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2 Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино қабул менамоянд.

Фаъолияти кории худро Наталия Умаровна ба ҳайси духтур акушер – гинеколог, солҳои 1981–1982 дар таваллудхонаи шаърии №2 шаҳри Душанбе оғоз намудааст.

Солҳои 1982–1998 фаъолияти кориашро дар Таваллудхонаи вилоятӣ вилояти Ленинобод идома дода, худро ҳамчун табиби оқилу кордон, уҳдабаро нишон додаст. Ин буд, ки соли 1998 бо мақсади баланд бардоштани сатҳи хизматрасонии соҳаи модар ва қудак ва расонидани кумаки амалӣ ба Таваллудхонаи шаърии шаҳри Хучанди навбунёдгашта, ба сифати муовини сартабиб таъин карда мешавад. Аз соли 1998 то лаҳзаҳои охирини ҳаёт дар ҳамин муассиса фаъолият намудааст.

Самиева Наталия Умаровна – ташкилотчии хуб буда, мутахассиси соҳиби дараҷаи олии ихтисос мебошад. Оиди ворид намудани усулҳои нави ташҳис ва муолиҷа, Барномаҳои соҳавӣ ва миллий дар таваллудхонаҳои вилояти Суғд кушишҳои зиёд ба харҷ додаст. Тайи солҳои зиёд роҳбарии омузиши духтурони соҳаи момопизишкӣ ва бемориҳои занонаро ба уҳда дошт. Яке аз мутахассисони варзидаи соҳаи амрози занона ва момодоягӣ ба ҳисоб рафта, сабабгори наҷоти садҳо занҳои ҳомила ва навзодон гардидааст. Дорои як қатор сипосномаҳо ва

ифтихорномаҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Раёсати тандурустии вилояти Суғд ва Мақомотҳои иҷроияи ҳокимияти давлатии вилоят ва шаҳр буданд. Соли 2005 сазовори унвони Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон гардидааст.

Дар баробари мутахассиси пуртаҷриба, роҳбари уҳдабора, устоди серталаб буданашон, он кас оиладор, ҳамчун модар тарбияи 2 фарзанд ва 6 набараро ба уҳда доштанд. Айни ҳол фарзандонашон дар мақомотҳои давлатӣ фаъолияти қорӣ бурда дорон обрӯву эътибори хоса мебошанд.

30 январи соли 2023 баъди бемории дурудароз қалби зани ҳалиму меҳрубон, хоксор, меҳнадуст Самиева Наталия Умаровна аз қор монд.

*Зиндаву ҷовид монд, ҳар ки накуном зист.  
К-аз ақибаш зикри хайр, зинда кунад номро...*

Ҷамъияти акушер-гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.