



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

Мухаррир-мушовир:

Зиё Раҳмон – н.и.б.

Мухаррири 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

№3, 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 миллии илмҳои 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.

Основан в 2009 году. Журнал
зарегистрирован в Министер-
стве 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 Зоҳир 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;
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 Таджикистана (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 государственный медицинский
университет имени Абуали ибн Сино” (Душанбе).

Вохидов Абдусалом Вохидович – д.м.н., профессор;
ГОУ “Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибн Сино” (Душанбе).

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

Узакова Урунбиш Джурабаевна – к.м.н., доцент;
ГОУ “Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибн Сино” (Душанбе)

Юнусов Абдуганӣ Гаффарович – к.м.н.; ГУ
“Таджикский научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и перинатологии” (Душанбе)

Қурбанов Шамсиддин Мирзоевич – к.м.н., доцент;
медицинский центр “Насл” (Душанбе).

СОДЕРЖАНИЕ

Азими М., Ходжаева Н.Н., Мухаммаднабиева Ф.А., Бергер И.В., Жураева Н. <i>Особенности иммунного статуса пациентов с апластической анемией</i>	5
Алиева Р.Я., Бойматова З.К., Гулакова Д.М., Муродова Ш.М., Турсунова Д.Т. <i>Оценка эффективности флебодиа-600 у беременных с увеличением вен геморроидальных узлов</i>	10
Байматова З.К., Пулатова А.П., Гулакова Д.М., Турсунова Д.Т., Нарзуллаева З.Р. <i>Гипертензивные осложнения беременности и доплерометрические особенности при сочетанном дефиците микронутриентов</i>	15
Кадамалиева М.Д., Сохибова С.Д., Назаров Э.И., Мирова Н.Д., Набиева М.А. <i>Влияние иммунотерапии у женщин репродуктивного возраста на иммунную систему</i>	22
Кадамалиева М.Д., Юсуфбекова У.Ю., Шамсова М.С. <i>Применение препарата «Иноклим» в терапии климактерического синдрома</i>	28
Камилова М.Я., Ахадова Г.И., Коимдодова Б.К. <i>Результаты гормональной терапии женщин с воспалительными заболеваниями половых органов и овариальной недостаточностью</i>	37
Каримова М.Т. <i>Методика ультрасонографической оценки критических состояний, угрожающих жизни новорождённых, «SAFE-R+» протокол (обзор литературы)</i>	44
Каримова М.Т. <i>Фетальная макросомия. Анализ акушерских и перинатальных последствий</i>	50
Мирзоева М.Б., Ашурова Н.М., Алиева С.А., Ёракова Р.Х., Раджабова Г.А. <i>Хронический цервицит и папилломавирусная инфекция в репродуктивном возрасте ...</i>	56
Орипова Ш.Н., Байматова З.К., Алиева Р.Я., Талбова Н.С. <i>Использование метформина в прегравидарной подготовке пациенток с предиабетом и нарушенной толерантностью к глюкозе</i>	62
Расулова С.А., Исмоилов К.И., Ходжаева Н.Н., Шарипова М.М. <i>Коморбидные заболевания и белково-электролитное состояние у детей при гипотрофии</i>	68
Ходжаева Н.Н., Содиков Н.М., Султонбеков Н.С., Бергер И.В., Джамолова Р.Д., Шарипова М.М. <i>Некоторые аспекты диагностики лейкозов</i>	75
Юнусов А.Г., Мирзоева Г.Т., Сыпало Е.В., Саломова Ш.Н. <i>Апноэ недоношенных</i>	79

УДК 616.155.194.7

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

¹М. Азими, ¹Н.Н. Ходжаева, ¹Ф.А. Мухаммаднабиева, ²И.В. Бергер, ²Н. Жураева

¹Кафедра детских болезней №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности иммунного статуса больных с апластической анемией (АА) в зависимости от тяжести заболевания.

Материал и методы. Объектом исследования служили дети от 1,5 до 15 лет, находящиеся на лечении в детском гематологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш». Группой сравнения служили 30 здоровых детей.

Исследован иммунный статус пациентов в зависимости от тяжести заболевания, т.е. от степени поражения гемопоэза.

Результаты. При анализе иммунофенотипической характеристики лимфоидной популяции установлено, что в периферической крови больных тяжелой и нетяжелой форм АА содержание клеток, экспрессирующих основные дифференцировочные антигены, является либо сопоставимым с нормой (за исключением CD8⁺ клеток), либо имеет тенденцию к снижению.

Заключение. Статистически значимые различия между группами больных с тяжелым и умеренным угнетением гемопоэза были выявлены только по величине иммунорегуляторного индекса, который при нетяжелой АА был снижен до инверсии (CD4⁺/CD8⁺<1) в периферической крови, в отличие от тяжелой АА, при которой он несколько превышал показатели контроля.

Ключевые слова: иммунный статус, апластическая анемия, субпопуляция лимфоцитов, иммуноглобулины.

ХУСУСИЯТҲОИ ҲОЛАТИ ИММУНӢ ДАР БЕМОРОНИ КАМХУНИИ АПЛАСТИКӢ

¹М. Азими, ¹Н.Н. Хочаева, ¹Ф.А. Мухаммаднабиева, ²И.В. Бергер, ²Н. Жураева

¹Кафедраи бемориҳои бачагонаи №2 МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибн Сино”

²Маркази махсусгардонидашудаи илми-амалии тиббии гематологи ш.Тошкент, Узбекистон.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои ҳолати иммунӣ беморони АА вобаста ба вазнинии беморӣ

Мавод ва усулҳо. Объектҳои тадқиқот кӯдакони аз 1,5 то 15 сола буданд. Беморон дар шӯбаи гематологияи бачагонаи «Шифобахш», таърихи беморӣ

Натиҷаҳо. Вазъи иммунӣ беморони гирифтори АА вобаста ба вазнинии беморӣ, яъне дараҷаи осеби гемопоэз омӯхта шуд. Хангоми таҳлили ҳосиятҳои иммунофенотипии лимфоидҳо; аҳоли, муқаррар карда шудааст, ки дар хуни периферии беморони

гирифтори шаклҳои ҳам вазнин ва ҳам ғайрисахтии АА (расми 1) мазмунҳои ҳуҷайраҳои, ки антигенҳои асосии дифференсиони роида мекунад ё ба меъёр муқоиса мекунад (ба истисноии CD8+). ҳуҷайраҳо) ё майл ба камшавӣ дорад

Хулоса. Ҳамин тариқ, таҳлили хусусиятҳои ҳолати иммунии беморони гирифтори АА вобаста ба вазнинии беморӣ имкон дод, ки фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим байни гурӯҳҳои беморони дорои ҷилавгирии шадид ва мӯътадили гемопоэз танҳо дар арзиши иммунорегулятория муайян карда шуданд. нишондиҳандае, ки дар НАА ба инверсия ($CD4+/CD8+<1$) дар хуни перифералӣ коҳиш ёфтааст, дар муқоиса бо ТАА, ки дар он аз арзишҳои назоратӣ каме баландтар буд

Калимаҳои асосӣ: ҳолати иммунӣ, камхунии апластикӣ, субпопуляцияи лимфоситҳо, иммуноглобулинҳо.

FEATURES OF IMMUNE STATUS IN PATIENTS WITH APLASTIC ANEMIA

¹M. Azimi, ¹N.N. Khodzhaeva, ¹F.A. Muhammadnabieva, ²I.V. Berger, ²N. Dzhuraeva

¹Department of Childhood Diseases No 2 of the SEE «Avicenna Tajik State Medical University»

²Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Hematology. Tashkent, Republic of Uzbekistan

Aim. To study the peculiarities of immune status of AA patients depending on the severity of the disease.

Material and methods. The object of the study was children from 1.5 years old to 15 years old. Patients in the pediatric hematology department Shifobakhsh, case histories. The immune status of AA patients was investigated depending on the severity of the disease, i.e., the degree of hematopoiesis damage.

Results. When analyzing the immunophenotypic characteristics of the lymphoid; population, it was found that in the peripheral blood of patients with both severe and nonsevere forms of AA (Fig.1) the content of cells expressing the main differentiation antigens is either comparable to the norm (except for CD8+ cells) or tends to decrease.

Conclusion. Thus, the analysis of the peculiarities of the immune status of AA patients depending on the severity of the disease made it possible to establish that statistically significant differences between the groups of patients with severe and moderate suppression of hematopoiesis were revealed only by the value of the immunoregulatory index, which in НАА was reduced to inversion ($CD4+/CD8+<1$) in the peripheral blood, in contrast to ТАА, in which it slightly exceeded the control parameters.

Keywords: immune status, aplastic anemia, lymphocyte subpopulation, immunoglobulins.

Актуальность. Апластическая анемия (АА) является одной из самых сложных проблем современной гематологии. Это редкое и тяжелое заболевание системы крови с высоким процентом инвалидизации и смертности больных. Характерным признаком АА является гипоклеточность

костного мозга и панцитопения в периферической крови. Это глобальная трехростковая недостаточность гемопоэза, в основе которой, по современным представлениям, лежит прямое или опосредованное повреждение стволовой кроветворной клетки, приводящее к дисбалансу между

основными процессами, составляющими нормальный гемопоэз: пролиферацией, дифференцировкой и клеточным апоптозом. Однако, несмотря на длительную историю изучения АА, механизмы, приводящие к подобному повреждению, до сих пор окончательно не установлены [1-3].

Среди основных концепций развития депрессии кроветворения при данном заболевании, наряду с прямым поражением стволовой клетки и дефектностью гемопоэтического микроокружения, важное место занимает гипотеза о том, что повреждение клеток (как стволовых кроветворных, так и микроокружения) может вызываться и поддерживаться иммунологическими механизмами. Это представляется обоснованным в силу ряда обстоятельств. Во-первых, именно иммуносупрессивная терапия, вне зависимости от концептуального подхода, в большинстве случаев приводит к положительным результатам. Во-вторых, именно клетки иммунной системы являются основными продуцентами большинства вышеперечисленных гемопоэтических факторов, которые, как известно, оказывают влияние на процессы пролиферации, дифференцировки и апоптоза, регулируя таким образом гемопоэз.

Цель исследования. Изучить особенности иммунного статуса больных с апластической анемией в зависимости от тяжести заболевания.

Материал и методы исследования. Для выполнения данной работы было обследовано 45 больных с апластической анемией. Группой сравнения служили 30 здоровых детей.

Группа больных апластической анемией (АА) была представлена 24 мальчиками и 21 девочкой в возрасте от 1,5 до 15 лет, находившихся на лечении в НМЦ РТ

“Шифобахш” с 2020 по 2023 годы. Длительность заболевания к моменту обследования колебалась от двух недель до 10 мес. Указания на возможные этиологические факторы химической и физической природы (контакт с бензином, мазутом, лакокрасочными материалами, пестицидами, лекарственными средствами и др.) имелись в анамнезе у 8 больных (17%). У 3 пациентов вероятна связь с перенесенным гепатитом В. Остальные 34 больных расценены, как страдающие идиопатической формой заболевания.

Диагноз апластической анемии устанавливался на основании общепринятого комплекса клинико-гематологических данных. Тяжесть течения заболевания определяли по критериям, разработанным Международной группой по изучению АА, которые отражают степень депрессии кроветворения и включают в себя следующие показатели гемограммы: 1. число гранулоцитов менее $0,5 \times 10^9$ /л; 2. число тромбоцитов менее 20×10^9 /л; 3. уровень ретикулоцитов менее 1%. Наличие двух любых показателей из перечисленных выше в сочетании с аплазией костного мозга по данным трепанобиопсии (клеточность костного мозга не более 30% от нормы) свидетельствует о тяжелой форме АА.

Среди обследованных больных у 26 была диагностирована тяжелая форма апластической анемии (ТАА), у 19 - нетяжелая форма заболевания (НАА). Для сопоставления иммунологических параметров периферической крови была обследована группа из здоровых детей.

Для решения поставленных в работе задач был использован комплекс иммунологических методов исследования, включающий: 1) определение иммунофенотипической характеристики лимфоидной популяции периферической крови и содержа-

ние иммуноглобулинов классов G, A, M в сыворотке крови стандартным методом радиальной иммунодиффузии в агарозном геле по Mancini; 2) определение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови путем их осаждения в полиэтиленгликоле 5% концентрации (Hashkova V., 1978).

Дана оценка иммунного статуса больных АА в соответствии с тяжестью депрессии кроветворения и динамикой заболевания. Выявлены взаимосвязи между соотношением иммунорегуляторных субпопуляций лимфоцитов периферической крови и костного мозга и степенью нарушения гемопоэза. Установлено, что субпопуляция CD4⁺ Т-хелперов I класса (Th) является преобладающей при тяжелой форме АА, а также в рецидиве заболевания.

Результаты и их обсуждение. Был исследован иммунный статус больных АА в зависимости от тяжести заболевания, то есть от степени поражения гемопоэза. При анализе иммунофенотипической характеристики лимфоидной популяции установлено, что в периферической крови больных как тяжелой, так и нетяжелой форм АА содержание клеток, экспрессирующих основные дифференцировочные антигены, является либо сопоставимым с нормой (за исключением CD8⁺ клеток), либо имеет тенденцию к снижению. Степень выраженности этих изменений находилась в соответствии со степенью депрессии кроветворения: так, у больных с тяжелой формой заболевания уровень активированных (DR⁺ и CD25⁺) клеток был более высоким, чем в группе с нетяжелой АА, и достоверно превышал показатели контроля ($0,005 < p < 0,05$).

Анализ уровня сывороточных иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов у больных АА в соответствии со степенью нарушения гемопоэза

не выявил достоверных различий между группами больных с тяжелой и нетяжелой формами заболевания. Существенными оказались различия только по одному показателю: концентрации сывороточного IgG, который был достоверно снижен в группе с ТАА, по сравнению с нормой.

Заключение. Таким образом, анализ особенностей иммунного статуса больных АА в зависимости от тяжести заболевания позволил установить, что статистически значимые различия между группами больных с тяжелым и умеренным угнетением гемопоэза были выявлены только по величине иммунорегуляторного индекса, который при НАА был снижен до инверсии ($CD4^{+}/CD8^{+} < 1$) в периферической крови, в отличие от ТАА, при которой он несколько превышал показатели контроля. Указанный индекс характеризует соотношение основных иммунорегуляторных субпопуляций (CD4⁺ клеток-хелперов и CD8⁺ цитотоксических клеток) и его повышение означает, что у больных с ТАА субпопуляция CD4⁺ лимфоцитов является преобладающей в периферической крови. При тяжелой форме АА также является характерным повышение уровня активированных клеток: DR⁺ и CD25⁺. В свою очередь, активированные формы CD4⁺ лимфоцитов являются профессиональными продуцентами цитокинов, в том числе тех, которые оказывают регуляторное воздействие на все этапы кроветворения. Важно отметить, что и CD3⁺, и CD4⁺, и CD 16⁺ лимфоциты, повышенное содержание которых выявлено в обеих группах больных, также являются активными источниками синтеза различных регуляторов гемопоэза.

Таким образом, на основании комплексного анализа выявленных взаимосвязей между нарушениями иммунного статуса и тяжестью депрессии гемопоэза установ-

лена роль иммунной системы в развитии аплазии кроветворения при АА. Субпопуляция CD4+ Т-хелперов 1 типа (Th) является преобладающей при тяжелой форме АА и существенно увеличивается при рецидиве заболевания. Полная клинико-гематологическая ремиссия характеризуется тенденцией к нормализации в соотношении цитокинов и цитокинпродуцирующих клеток периферической крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рожко А.В., Чешик А.А., Надыров Э.А., Шуваева Л.П., Масякин В.Б. Заболеваемость гемобластозами населения Республики Беларусь, пострадавшего от катастрофы на ЧАЭС // Материалы Международной научно-практической конферен-

ции: «Современные проблемы радиационной медицины: от теории к практике». Гомель, 2013. С. 60-61

2. Рожко А.В., Чешик А.А., Надыров Э.А. Первично-множественные злокачественные новообразования у наиболее пострадавших от последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС категорий населения // Достижения медицинской науки Беларуси. Минск, 2013.

3. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению приобретенной апластической анемии у детей. М.: НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, 2015.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Азими Махфузуллох – магистр кафедры детских болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 934331633

Ходжаева Никзан Назарбековна - доцент кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 935002090

Мухаммаднабиева Фаришта Абдулрахимовна - ассистент кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 981551312

Бергер Инна Викторовна – зам. директора, старший научный сотрудник гематологического центра Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, доктор Phd; тел.: (+998) 909876100

Жураева Нодира – докторант, сотрудник гематологического центра Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; тел.: (+998) 977664766

УДК 616.147.17-007.64-089

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЛЕБОДИА-600 У БЕРЕМЕННЫХ С
УВЕЛИЧЕНИЕМ ВЕН ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ**

Р.Я. Алиева, З.К. Бойматова, Д.М. Гулакова, Ш.М. Муродова, Д.Т. Турсунова

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Оценить результаты эффективности препарата «Флебодиа-600» у беременных с увеличением вен геморроидальных узлов.

Материал и методы. Всего обследовано 37 пациенток, у которых установлен острый и хронический геморрой. Беременные наблюдались врачом-проктологом. Критерием включения в исследование являлось наличие у беременных объективных и субъективных признаков заболевания. Флебодиа-600 назначали по следующей схеме: первые 4 дня по 1 таблетке 3 раза в сутки во время еды, в последующем - по 1 таблетке 2 раза в течение 10-20 дней по мере исчезновения симптомов геморроя.

Результаты. Ведущим симптомом геморроя у беременных женщин являлась боль - у 81,0%, ощущение дискомфорта (зуд) - у 43,2%, кровотечение из заднего прохода - в 32,4% случаях. Получены положительные результаты при использовании препарата «Флебодиа» (прекращение кровотечений, перианального отека, болевого синдрома, зуда) у 91,8% беременных женщин с геморроем.

Заключение. Применение ангиопротектора флебодиа-600 показало быстрое облегчение клинических симптомов геморроя, хорошую переносимость препарата, а также удобство приема.

Ключевые слова: беременность, геморрой, флебодиа, удобство применения, клинические симптомы, эффективность применения.

**САМАРАНОКИИ ДОРУИ ФЛЕБОДИА-600 ДАР ҲОМИЛАДОРОН БО
ВАСЕЪШАВИИ ВАРИДҲОИ БАВОСИР**

Р.Я. Алиева, З.К. Бойматова, Д.М. Гулакова, Ш.М. Муродова, Д.Т. Турсунова

МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мақсади тадқиқот. Натиҷаҳои самаранокии доруи Флебодиа 600 дар ҳомиладорон бо васеъшавии варидҳои бавосир.

Мавод ва усулҳо. Ҳамагӣ 37 нафар занҳои ҳомиладор, ки бо ташҳиси бавосирҳои шадид ва музмин, ки дар шӯъбаи патологияи №1-и Пажӯҳишгоҳи акушери, гинекологии ва перинатологии дар давраи солҳои 2000-2021 буданд, аз тарафи проктолог муоина карда шуда, зери назорати он қарор доштан. Ин беморон аз ҷониби проктолог машварат карданд. Меъёри дохил шудан ба тадқиқот мавҷудияти маҷмӯи аломатҳои объективӣ ва субъективӣ беморӣ дар бемор буд. Флебодиа - 600 аз рӯи нақшаи зерин таъин карда шуд: дар 4 рӯзи аввал 1 ҳаб 3 бор дар як рӯз бо ҳӯрок ва баъдан 1 ҳаб 2 бор дар давои 20 рӯз.

Хулоса. Истифодабарии ангиопротектор флебодиа 600 дар занҳои ҳомиладор муфиднокии онро ба речаи номбурда, яъне зуд бартараф кардани нишонаҳои клиникии бемории бавосир, кулай будан ва таҳамулпазирии хуби онро нишон дод.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, бавосир, флебодиа, нишонаҳои клиникӣ, таҳамулпазир, васеъшавии варидҳои бавосир.

EFFICIENCY OF THE USE OF THE PHLEBODIA– 600 IN PREGNANT WITH INCREASED VEINS OF HEMORROIDAL NODES

R.Y. Alieva, Z.K. Baymatova, D.M. Gulakova, Sh.M. Murodova, D.T. Tursunova

State Institution "Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Aim. To evaluate the results of the effectiveness of the use of the drug Phlebodia in pregnant women with hemorrhoids.

Material and methods. A total of 37 patients were examined who were diagnosed with acute and chronic hemorrhoids, who were in the department of pathology of pregnant women No. 1 of the State Research Institute of AH and P for the period 2000-2021. These patients were consulted by a proctologist.

Results. After the discharge of pregnant women from the pathology department, further observation was carried out by a proctologist. The criterion for inclusion in the study was the presence of a combination of at least one objective symptom and at least one subjective symptom of the disease in a patient. Phlebodia was prescribed according to the following scheme: for the first 4 days, 1 tablet 3 times a day with meals, and subsequently, 1 tablet 2 times.

Conclusion. The use of the angioprotector Phlebodia 600 showed a rapid relief of the clinical symptoms of hemorrhoids, good tolerability of the drug, as well as ease of administration.

Keywords: pregnancy, hemorrhoids, phlebodia, placental insufficiency, clinical symptoms.

Актуальность. Геморроидальная болезнь остаётся актуальной проблемой в области проктологии. Беременность и роды являются одним из основных провоцирующих факторов развития геморроя у женщин. По статистике, более 50% беременных страдают данным заболеванием. В послеродовом периоде их число возрастает до 80%. Геморрой развивается у беременных в 40% случаев, чаще всего во 2–3 триместрах беременности. В 1 триместре беременности заболевание выявляют у 33%, а в 3 триместре – у 42%, после родов – у 41% родильниц, причем с увеличением возраста беременных женщин частота

диагностирования геморроя достоверно возрастает [1-4].

Геморроидальная болезнь – это увеличение комплексов геморроидальной ткани, сопровождающееся дискомфортом в перианальной области, выпадением геморроидальных узлов и кровянистыми выделениями из заднего прохода. Основой геморроя являются воспаление кавернозных и геморроидальных внутренних узлов в анальном канале и наружных узлов под кожей промежности в непосредственной близости от анального отверстия. По течению заболевания выделяют хроническое и острое течение. Консервативное лечение направлено на купирование

симптомов острого геморроя, предотвращение осложнений, профилактику обострений при хроническом течении. Применяемые лекарственные препараты обладают противовоспалительным, обезболивающим, гемостатическим действиями, улучшают кровоток и микроциркуляцию крови в кавернозных образованиях [7-9]. С учётом широкого использования и эффективности препарата «Флебодиа-600» для лечения хронической венозной недостаточности у беременных, а также как средства профилактики тромбозмболических осложнений у беременных при подготовке к родам, данный препарат был использован при геморрое у беременных. Кроме того, не замечено отрицательного влияния этого средства на течение беременности, родов и послеродового периода.

Доказано, что препарат является эффективным методом коррекции нарушения маточно-плацентарного кровообращения, он улучшает гемокоагуляционные показатели, микроциркуляцию в плаценте и створовых структурах мозга плода. Применение Флебодиа-600 приводит к улучшению состояния автономной нервной регуляции внутриутробного плода, что сопровождается возрастанием функций его регуляторных систем.

Установлено, что Флебодиа-600 не имеет риска мутагенности, гепатотоксичности, риска возникновения каких-либо неблагоприятных воздействий на репродуктивную функцию и фертильность при применении в качестве терапевтического средства у человека. Также он не обладает эмбриотоксическим, фетотоксическим и тератогенными действиями [4, 5, 9]. Для устранения венозного застоя в венах малого таза и нижних конечностей, для улучшения микроциркуляции в органах малого таза (профилактика и лечение хро-

нической венозной недостаточности – варикозная болезнь, геморрой и др.; лечение фетоплацентарной недостаточности) он рекомендуется в акушерской практике.

Цель исследования. Оценить результаты эффективности применения Флебодиа-600 у беременных женщин с геморроем.

Материал и методы исследования.

Всего обследовано 37 пациенток, у которых установлен острый и хронический геморрой, находившиеся на лечении в отделении патологии беременных №1 ТНИИ АГиП за период 2000-2021 гг.

Всем пациенткам исследуемой группы проводилась консультация и осмотр врача-проктолога. Дальнейшее наблюдение после выписки беременных из отделения патологии проводилось врачом-проктологом.

Критериями включения в исследование являлось наличие у больного в совокупности, как минимум, одного объективного признака и, как минимум, одного субъективного признака заболевания. Препарат «Флебодиа-600» назначали первые 4 дня по 1 таблетке 3 раза в сутки во время еды, в последующем - по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10–20 дней.

Результаты и их обсуждение. Средневозрастной показатель обследованных беременных с геморроем составил $29,5 \pm 1,3$ лет. В исследуемой группе первобеременных не было, были, в основном, повторнобеременные – 21 (56,8%) и многобаражившие – 43,2%.

Анализ данных показал, что среди беременных жительницами села была 21 (56,8%) пациентка, 16 (43,2%) - жительницами города.

Основными жалобами у беременных с геморроем были кровотечения - 17 (45,9%), гиперемия и увеличение наружных геморроидальных узлов – 11 (29,7%), зуд в области геморроидальных узлов – 9

(24,3%). Во всех случаях диагноз и оценка результатов лечения основывались на сумме субъективных признаков, полученных при опросе больного, и объективных, полученных при проктологическом исследовании.

Из 37 пациенток исследуемой группы до 12 недель признаки геморроя обнаружены у 9 (54,3%), до 22 недель беременности - у 12 (32,4%) и с 22 до 34 недель беременности - у 16 (43,2%) женщин.

В структуре экстрагенитальной патологии у беременных с геморроем преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы.

37 беременным с геморроем Флебодиа-600 назначался в среднем в течение 9–10 дней. Лишь у одной пациентки продолжительность лечения составила 20 дней. Изменение суточной дозировки в сторону уменьшения на 2–3 дни обусловлено получением положительного эффекта от проводимого лечения данным препаратом. Для оценки эффективности препарата проводился опрос беременных.

Результаты проводимого лечения оценивали по следующим критериям.

I. Общие:

- отличные - в 19 случаях (51,3%)
- хорошие - в 10 случаях (27,0%);
- средние - в 5 случаях (13,5%);
- в 3 случаях - недостаточные (8,1%).

II. Динамика различных симптомов:

Из 30 беременных с болевым синдромом на фоне проводимого лечения отмечалось:

- полное купирование симптома - у 66,6% пациенток;
- уменьшение, но удовлетворительное - у 34,4% пациенток.

Следовательно, по оценке субъективных ощущений беременных при приеме препарата «Флебодиа-600», начиная с третьего дня использования, наблюдалось

ослабление либо купирование болевого синдрома.

Относительно зуда в области анального отверстия на 5-е сутки из 16 больных отмечали: исчезновение – 62,5%; уменьшение – 25%; сохранение – 12,5%. Кровотечение (12 больных): прекращение – 75%; уменьшение или сохранение – 25%. Гиперемия слизистой и отёк (37 больных): исчезновение – 64,8%; уменьшение – 21,6%; сохранение – 13,5%.

При остром геморрое и обострении хронического геморроя схема консервативной терапии включала в себя регуляцию дефекации до ежедневного стула при помощи биологически активных добавок к пище с высоким содержанием клетчатки, ограничение потребления жирной, мучной пищи. Пациенткам были разъяснены основные принципы физиологической дефекации, частая гигиена промежности.

Все пациентки, которые принимали препарат, побочных явлений не отмечали, отказа от приёма препарата не было. Беременные указывали на хорошую переносимость и удобство применения, отсутствие мазевых аппликаций, быстрое достижение клинического эффекта. В ходе проведенного нами исследования получен положительный эффект от препарата «Флебодиа-600» (прекращение кровотечений, перианального отека, болевого синдрома и зуда) у 91,8% беременных женщин с геморроем.

Необходимо также отметить, что данный препарат сочетает в себе все необходимые качества для эффективного консервативного лечения геморроя и предупреждения его осложнений во время беременности.

Заключение. Все беременные с геморроем, независимо от срока беременности, при наличии соответствующих жалоб

должны быть осмотрены и проконсультированы врачом колопроктологом.

Консервативное лечение с использованием Флебодиа является безопасным методом, не оказывающими негативного влияния на плод, новорожденного, течение беременности, родов, послеродового периода и лактации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благодарный Л.А. Эффективность флеботропных препаратов. Результаты метаанализа (на основе Кокрановского центрального реестра контролируемых исследований, Cochrane Central Register of Controlled Trials). М., 2015. 24 с.
2. Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.П. Роль флеботропных препаратов в комплексном лечении острого геморроя. // Колопроктология. 2018. № 2 (64). С. 48-53
3. Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И. и др. Современные возможности профилактики и лечения геморроя в дородовом и послеродовом периоде. // Колопроктология. 2016. №3 (57). С. 13-17.
4. Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Соколова О.С. Геморрой и беременность: современные представле-

ния о лечении и профилактике. // Оригинальные работы. 2015. Т. 1, № 3. С. 37-39

5. Елохина Т.Б., Тютюнник В.Л., Балущкина А.А. Геморрой: принципы терапии в акушерской практике. // Русский медицинский журнал. 2010. Т. 18, № 4. С. 200-203.

6. Ломова Н.А., Дубровина Н.В., Драгун И.Е., Толстомятова Е.С. Геморрой у беременных и родильниц. // Медицинский совет. 2016. № 2. С. 22-24.

7. Тютюнник В.Л., Кирсанова Т.В., Михайлова О.И. Геморрой в акушерской практике: этиология, патогенез, клиника и лечение. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. Т. 12, № 4. С. 88-92

8. Шелыгин Ю.А., Веселов А.В., Сербина А.А. Основные направления организации специализированной колопроктологической помощи // Колопроктология. 2017. № 59 (1). С. 76-86.

9. Belcaro G., Cesarone M.R., Errichi B. et al. Pycnogenol Treatment of Acute Hemorrhoidal Episodes. // Phytotherapy Research. – 2010. – Vol. 24. – P. 438-444.

10. Ferdinande K. et al. Anorectal symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study // Colorectal Dis. 2018. Vol. 20, № 12. P. 1109-1116.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Алиева Рано Якубджановна – к.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник акушерского отдела ТНИИАГиП; тел.: (+992) 989009330

Гулакова Дилбар Мухамеджановна – к.м.н., старший научный сотрудник гинекологической эндокринологии и репродуктологии; тел.: (+992) 918687595

Бойматова Зарина Кахарджановна – к.м.н., доцент, старший научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП; тел.: (+992) 935354535

Муродова Шабнам – врач-проктолог.

Турсунова Дильбар Тимурджановна – к.м.н., зав. операционным блоком ТНИИ АГиП

УДК 618.2:616-053

**ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕФИЦИТЕ МИКРОНУТРИЕНТОВ**

З.К. Байматова, А.П. Пулатова, Д.М. Гулакова, Д.Т. Турсунова, З.Р. Нарзуллаева

*ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ*

Цель исследования. Изучение доплерометрических параметров у беременных женщин с гипертензивными состояниями с сочетанным дефицитом микронутриентов.

Материал и методы. Обследованы 193 беременные женщины в третьем триместре беременности: 30 женщин с физиологической беременностью (контрольная группа), 60 женщин с йоддефицитными состояниями (1-я группа сравнения), 58 женщин с ЖДА (2-я группа сравнения), 45 с сочетанием ЖДА, Mg-, Ca- и йод-дефицитными состояниями (основная группа). Критериями включения во все группы явились репродуктивный возраст, III триместр беременности, в 1-ю группу – дефицит потребления йода на основании данных йодурии в суточной порции мочи I и II степеней, во 2-ю группу – анемия легкой и средней тяжести, в основную группу – сочетание ЙДЗ и ЖДА легкой и средней степеней.

Обследование включало общеклинические, лабораторные, УЗ исследования щитовидной железы, пальпаторное исследование щитовидной железы, содержание йода в моче, наружный акушерский осмотр, УЗИ матки и плода (размеры плода, доплерометрию, количество вод).

Результаты. При гипертензивных состояниях у женщин с сочетанным дефицитом микронутриентов гемодинамические нарушения начинают развиваться со стороны матери и приводят к снижению маточно-плацентарного кровотока. Прогностическими признаками развития плацентарной недостаточности в 22 недели беременности являются средние величины систоло-диастолического отношения, пульсационного индекса и индекса резистентности в маточных артериях, равные соответственно 4.0, 1.73, 0.76 и выше, в артерии пуповины – 5.7, 1.64, 0.82 и выше, в грудной аорте плода – 9.0, 2.06, 0.89 и выше.

Заключение. Использование предложенных критериев ранней диагностики и прогнозирование плацентарной недостаточности позволит своевременно провести коррекцию выявленных нарушений и значительно уменьшить развитие данного осложнения.

Ключевые слова: дефицит микронутриентов, гипертензивные осложнения, плацентарная недостаточность, доплерометрия.

**АВОРИЗҲОИ ФИШОРБАЛАНДӢ ВА ХУСУСИЯТҲОИ ДОППЛЕРОМЕТРӢ
ДАР ҲОМИЛАДОРНИ БО НОРАСОГИИ ЯКЧАНД МИКРОНУТРИЕНТҲО**

З.К. Байматова, А.П. Пулатова, Д.М. Гулакова, Д.Т. Турсунова, З.Р. Нарзуллаева

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

Дар натиҷаи тадқиқоти гардиши хун дар 22 ҳафтаи ҳомиладорӣ дар системаи модар-машина-чанин дар занҳои норасоии микронутриентҳо тағйироти назаррас мушоҳида мешаванд, хусусан ҳангоми аворизҳои фишорбандӣ. Истифодаи аломатҳои аввалияи вайроншави барои таъбириши саривақт ва коррексияи норасоии микронутриентҳои калсий, магний, йод ва оҳан имконияти пешгирии ин аворизҳои хатарнок мебошанд.

Калимаҳои асосӣ: норасоии микронутриентҳо, аворизҳои фишорбандӣ, норасоии машина, доплерометрия.

HYPERTENSIVE COMPLICATIONS OF PREGNANCY AND DOPPLEROMETRIC FEATURES IN COMBINED MICRONUTRIENT DEFICIENCY

Z.K. Baymatova, A.P. Pulatova, D.M. Gulacova, D.T. Tursunova, Z.R. Narzullaeva

State Institution "Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Aim. Was to study Doppler parameters of pregnant women with hypertensive conditions with a combined deficiency of micronutrients.

Material and methods. To achieve this purpose, we examined 193 pregnant women in the third trimester of pregnancy. Among the examined women 30 of them were with physiological pregnancy (control group), 60 women – with iodine deficiency conditions (1 st comparison), 58 women – with IDA (2 nd comparison group), 45 – with a combination of IDA, Mg, Ca and IDS (main group). The criteria for inclusion in all groups were reproductive age, the third trimester of pregnancy, in the 1 st comparison group – iodine intake deficiency based on the data of ioduria in a daily portion of urine of I and II degrees, in the 2-nd comparison group – anemia of mild and moderate severity, in the main group – a combination of IDD and IDA of mild and moderate degrees. The examination included general clinical, laboratory, ultrasound of the thyroid gland, palpation examination of the thyroid gland, iodine content in urine, external obstetric examination, ultrasound of the uterus and fetus (fetal size, dopplerometry, amount of water).

Results. Consequently, hypertensive conditions in women with a combined micronutrient deficiency, and hemodynamic disorders begin to develop on the mother's side and lead to a decrease in uteroplacental blood flow.

Prognostic signs of the development of placental insufficiency at 22 weeks of pregnancy are the average values of systolic-diastolic ratio, pulsation index and resistance index in the uterine arteries equal to 4.0, 1.73, 0.76 and the higher, respectively, in the umbilical artery – 5.7, 1.64, 0.82 and higher, in the thoracic aorta of the fetus -9.0, 2.06, 0.89 and higher.

Keywords: micronutrient deficiency, hypertensive complications, placental insufficiency, dopplerometry.

Актуальность. Число случаев гипертензивных осложнений среди беременных остается высоким и достигает 20-30% [1,2,3]. Артериальная гипертензия любого генеза, обусловленная как соматическим заболеванием, так и присоединившимся

гипертензивным состоянием, ухудшает материнские перинатальные исходы. Материнские осложнения представлены поражением почек, головного мозга, формированием хронической гипертензии, в тяжелых случаях - острой почечной или

полиорганной патологией. Серьезным осложнением для плода является фетоплацентарная недостаточность, приводящая к хронической гипоксии плода, задержке его роста, поражению центральной нервной системы и в ряде случаев – к антенатальной или постнатальной гибели плода [1, 2, 3].

До настоящего времени в акушерстве приоритетными являлись вопросы ранней диагностики и прогнозирования плацентарной недостаточности в группе беременных высокого риска.

Доказано, что в патогенезе плацентарной недостаточности у женщин с дефицитом микронутриентов важную роль играют гемодинамические нарушения единой функциональной системы «мать-плацента-плод».

В современной клинической практике одним из перспективных способов оценки маточно-плацентарного кровообращения при различных осложнениях беременности и экстрагенитальных заболеваниях является ультразвуковое исследование, основанное на эффекте Доплера.

В Таджикистане среди женщин репродуктивного возраста широко распространены осложнения беременности, являющиеся результатом дефицита микронутриентов [1, 2]. Национальные исследования по эпидемиологии 2021 года показали, что железодефицитная анемия (ЖДА) среди женщин репродуктивного возраста составляет 38%, среди беременных женщин: скрытая форма - 23,1%, манифестная – 76,9%, йоддефицитные состояния встречаются в 60%, а сочетание ЖДА и ЙЗД – в 47,4% [2]. Установлено, что значительный вклад в высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности вносят беременные с дефицитом микронутриентов [2]. Одним из основных методов, позволяющих снизить перинатальную забо-

леваемость и смертность, является своевременная диагностика патологических состояний, влияющих на жизнь и здоровье ребенка. Нарушение роста и развития плода – это осложнение пренатального периода, которое может привести к неблагоприятным последствиям. Одним из показателей неблагополучия плода являются нарушения маточно-плодово-

плацентарного кровотока, которые могут быть диагностированы доплерометрическим методом [3, 5].

Представленные данные доплерометрии и частоты гипертензивных осложнений беременности у женщин с сочетанным дефицитом микронутриентов обосновывают необходимость предгравидарной подготовки данного контингента пациенток. Проведенные ранее исследования состояния маточно-плодово-плацентарного кровотока определили частоту плацентарной недостаточности при гипертензивных состояниях, обусловленной микронутриентной недостаточностью. Однако недостаточно изучено влияние сочетанного дефицита микронутриентов у женщин, у которых течение беременности и родов осложнилось гипертензивными состояниями, на состояние маточно-плодово-плацентарного кровотока. Возможность коррекции дефицита микронутриентов и нарушений в системе «мать-плацента-плод», своевременность родоразрешения являются резервом снижения перинатальных потерь.

Цель исследования. Изучение доплерометрических параметров у беременных женщин с гипертензивными состояниями с сочетанным дефицитом микронутриентов.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами обследованы 193 беременные женщины в третьем триместре беременности. Среди

обследованных были: 30 женщин с физиологической беременностью (контрольная группа), 60 женщин с йоддефицитными состояниями (1-я группа сравнения), 58 женщин с ЖДА (2-я группа сравнения), 45 с сочетанием ЖДА, Mg-, Ca- и йод- дефицитными состояниями (основная группа). Критериями включения во все группы явились: репродуктивный возраст, III триместр беременности; в 1-ю группу сравнения дополнительно – дефицит потребления йода на основании данных йодурии в суточной порции мочи I и II степеней, во 2-ю группу сравнения дополнительно – анемия лёгкой и средней тяжести, в основную группу – сочетание йод-дефицитных заболеваний и ЖДА лёгкой и средней степеней.

Обследование включало общеклинические, лабораторные, УЗ исследования щитовидной железы, пальпаторное исследование щитовидной железы, содержание йода в моче, наружный акушерский осмотр, УЗИ матки и плода (размеры плода, доплерометрию, количество вод). Пальпаторное исследование щитовидной железы позволяло установить степень увеличения щитовидной железы: 0 степень – щитовидная железа не пальпируется; I степень – щитовидная железа пальпируется в первую фалангу большого пальца; II степень – щитовидная железа определяется визуально при запрокидывании головы, пальпируется перешеек и боковые доли щитовидной железы; III степень – эутиреоидный зоб. Неорганический йод определяли спектрометрическим методом (церийарсенитовая методика). Согласно нормативам, определенным ВОЗ, легкая степень дефицита йода имеет место при содержании йода в разовой порции мочи от 50 до 99 мкг/л, средняя степень – от 20 до 49 мкг/л, тяжелая степень – менее 20 мкг/л. Концентрацию об-

щего гемоглобина определяли спектрофотометрически цианметгемоглобиновым методом. Степень тяжести анемии оценивали по критериям ВОЗ: легкая анемия при уровне гемоглобина 110-90 г/л, средняя – 89-79 г/л, тяжелая – 69 г/л и ниже.

Оценка алиментарного потребления кальция (АПК) и магния (АПМ) в рационе питания женщин проведена путем калькуляции методом частотного и суточного воспроизведения в составе ингредиентов питания суточного рациона [4].

Состояние маточно-плодово-плацентарного кровотока исследовано с помощью доплерометрии. Оценивали соотношение между максимальной систолической скоростью кровотока и конечной диастолической скоростью кровотока. Вычисляли индексы сосудистого сопротивления: систолодиастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ).

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных женщин колебался от 18 и до 43 лет. Средний возраст составил в контрольной группе $29,4 \pm 3,2$ лет, в 1-й группе сравнения – $30,1 \pm 3,8$ лет, во второй группе сравнения – $31,2 \pm 1,9$ лет, в основной группе – $32,3 \pm 3,6$ года. Среди всех обследованных женщин в активном репродуктивном возрасте было в 3 раза больше, чем в позднем репродуктивном возрасте. Изучение менструальной функции обследованных женщин показало, что в основной группе и группах сравнения нарушения менструальной функции имели 57 (35,3%) женщин. Среди женщин контрольной группы нарушений менструальной функции не было. В анамнезе гинекологические заболевания имели 5 (15,4%) женщин контрольной и 30 (19,1%) женщин основной группы и групп сравнения. В контрольной группе первородящие составили 27,7%, повторнородящие –

57,3%, многорожавшие – 15%, в 1-й группе сравнения – 28,1%, 60,3%, 11,6%, во 2-й группе сравнения – 26,4%, 59,9%, 13,7%, в основной группе – 24,5%, 54,7%, 20,8% соответственно.

Низкий интергенетический интервал (менее 4 лет) между настоящей беременностью и последними родами имели 12,8% женщин контрольной, 14,1% 1-й группы сравнения, 11,7% - 2-й группы сравнения и 16,4% женщин основной групп. Пальпаторная оценка щитовидной железы женщин 1- группы сравнения и основной группы выявила диффузное увеличение щитовидной железы I степени у 35,3%, II степени – у 16,4% пациенток. Средние размеры щитовидной железы по

данным УЗИ составили $18,9 \pm 0,02$ см³ у женщин основной и 1-й группы сравнения, $15,7 \pm 0,03$ см³ - у женщин контрольной и 2-й группы сравнения. Содержание йода в суточной порции мочи у всех женщин контрольной группы было в пределах нормы, у женщин основной группы и 1-й группы сравнения – дефицит йода I степени выявлен у 66 (63,8%), II степени – у 38 (36,2%) женщин. Анемия легкой степени диагностирована у 80 (77,1%), анемия средней степени тяжести - у 23 (22,9%) женщин 2-й группы сравнения и основной группы.

Частота осложнений беременности у обследованных групп женщин представлена в таблице 1.

Таблица 1. Частота осложнений беременности и родов у обследованных групп женщин

Осложнения беременности	Группа контроля	I группа	II группа	Группа сравнения (n=56)
Угроза прерывания	13,3±6,2%	51,1±7,3% **	49,8±6,9% **	53,2±2,3% **
Многоводие	3,3±3,2%	4,3±2,9%	5,7±1,9%	6,2±3,8%
Маловодие	6,7±4,6%	6,4±3,6%	9,7±3,1%	10,1±4,3%
Преэклампсия	6,7±4,6%	40,8±7,3%***	35,6±7,6%***	43,5±4,2% ***
ДРПО	6,7±4,6%	17±5,5%	22,5±3,3%	21,4±4,1%
СЗРП	3,3±3,2%	14,9±5,1%*	17,1±2,9%*	18,3±2,9%*
Преждевременные роды	6,7±4,6%	14,9±5,1%	16,5±4,8%	19,7±3,9%
Кесарево сечение	3,3±3,2%	8,5±4,1%	9,2±3,7%	9,8±3,2%
Вакуум-экстракция плода	3,3±3,2%	4,3±2,9%	3,9±2,2%	4,6±1,9%
Кровотечение	3,3±3,2%	6,4±3,6%	5,2±2,9%	7,1±2,3%
Отслойка плаценты	3,3±3,2%	4,3±2,9%	4,8±2,3%	5,3±2,1%
Перинатальная смертность	0	2,1±0,1%***	1,7±0,2%***	4,0±0,3***

Примечание: * $p \leq 0,05$

Состояние маточно-плацентарного кровотока изучалось с помощью доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях, артерии пуповины и грудной аорте плода в сроке от 22 до 41 недель гестации. По кривым скоростей

кровотока (КСК) оценивали его фазовую структуру с последующим расчетом для каждого исследуемого сосуда качественных «углозависимых» индексов, характеризующих периферическое сосудистое сопротивление (ИПСР), систоло-

диастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ) и индекс резистентности (ИР). Критерием нарушения кровотока в сосуде считалось превышение численных значений нормативных пока-

зателей для данного срока беременности, а также отсутствие кровотока или обратный кровоток в фазу диастолы в артерии пуповины и грудной аорте плода.

Таблица 2. Состояние маточно-плодово-плацентарного кровотока у женщин с гипертензивными состояниями и сочетанным дефицитом микронутриентов

ДО ЛЕЧЕНИЯ				
	Срок беременности			
	22-26 недель	26-32 недели	33-36 недели	37-41 неделя
Правая маточная артерия				
СДО	2,49±0,1	2,2±0,07	2,17±0,09	2,05±0,07
Левая маточная артерия				
СДО	2,79±0,3	2,3±0,2	2,08±0,2	2,01±0,06
Артерия пуповины				
СДО	3,4±0,03	3,11±0,2	2,89±0,1	2,3±0,06
Аорта плода				
СДО	5,8±0,2	5,6±0,2	5,3±0,02	5,0±0,01
Плацентарный коэффициент				
ПК	0,16±0,02	0,2±0,03	0,16±0,01	0,2±0,01
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ				
	Срок беременности			
	22-26 недель	26-32 недели	33-36 недели	37-41 неделя
Правая маточная артерия				
СДО	1,9±0,1	1,8±0,08	1,7±0,09	1,7±0,07
Левая маточная артерия				
СДО	2,076±0,4	2,6±0,2	2,04±0,1	1,7±0,06
Артерия пуповины				
СДО	2,91±0,03	2,79±0,2	2,4±0,1	2,2±0,06
Аорта плода				
СДО	5,38±0,3	4,95±0,2	4,82±0,02	4,8±0,04
Плацентарный коэффициент				
ПК	0,115±0,01	0,178±0,03	0,238±0,01	0,261±0,01

Средний возраст беременных контрольной группы составил 24.0±0.8 года. У всех обследованных настоящая беременность протекала без осложнений и закончилась своевременным рождением живых детей с оценкой по шкале Апгар 7-8 и более баллов. Период ранней адаптации новорожденных протекал без осложнений. Средний возраст беременных с гипертензив-

ными осложнениями составлял 28.4±0.6 лет.

Среди экстрагенитальных заболеваний в группе пациенток с гипертензивными состояниями наиболее часто встречались заболевания мочевыделительной системы (73%), сердечно-сосудистой системы (43%) и эндокринной системы (каждая вторая беременная).

У всех пациенток с гипертензивными состояниями имелась экстрагенитальная патология. Хроническая гипертензия была диагностирована в 50% случаев, умеренная преэклампсия - в 36% случаев, тяжелая преэклампсия и эклампсия - в 13,3% случаев наблюдения. В структуре перинатальной заболеваемости выявлены признаки нарушения мозгового кровообращения 1-2 степеней у 17 (56,7%) новорожденных, синдром дыхательных расстройств - у 3 (10%) детей, синдром задержки развития плода - в 6 (20%) случаях.

Таким образом, проведенный анализ показал высокую частоту перинатальной заболеваемости у детей, родившихся от матерей группы высокого риска, обусловленном влиянием осложнений течения беременности и сочетанным дефицитом микронутриентов.

Результаты доплерометрического исследования показали, что по мере развития неосложненной беременности в исследуемых маточно-плодово-плацентарных сосудах контрольной группы отмечалось постепенное снижение индекса периферического сосудистого сопротивления за счет повышения диастолических скоростей кровотока. Тогда как в группе беременных с гипертензивными состояниями патологические изменения кривых скоростей кровотока и параметров преобладали в маточных артериях (78,6%).

Следовательно, при гипертензивных состояниях у женщин с сочетанным дефицитом микронутриентов гемодинамические нарушения начинают развиваться со стороны матери и приводят к снижению маточно-плацентарного кровотока.

Допплерометрическими критериями диагностики плацентарной недостаточности

являются средние числовые значения СДО., ПИ и ИР в маточных артериях равные соответственно 3,5; 1,3; 0,68 и выше, в артерии пуповины – 4,0; 1,5; 0,77 и выше, в грудной аорте плода – 8,5; 2,0; 0,88 и выше.

Прогностическими признаками развития плацентарной недостаточности в 22 недели беременности являются средние величины систоло-диастолического отношения, пульсационного индекса и индекса резистентности в маточных артериях равные соответственно 4,0; 1,73; 0,76 и выше, в артерии пуповины – 5,7; 1,64; 0,82 и выше, в грудной аорте плода – 9,0; 2,06; 0,89 и выше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азонов А.А., Хайров Х.С.. Методология изучения питания населения. В кн.: Вопросы питания и регуляция гомеостаза. Душанбе, 2010. 410 с.
2. Рустамова М.С., Курбанова М.Х., Пулатова А.П. Особенности течения гестационного процесса у женщин при дефиците алиментарного потребления кальция и магния. /// Известия АН РТ. 2015. № 4. С. 71-79
3. Фролова О.А. Анализ потребления кальция в акушерстве, гинекологии и перинатологии. - СПб.: Элби, 2016. 240 с.
4. Controfiatis P., Garovie V.L. Diagnosis, treatment and outcomes of Hypertensive pregnancy disorders, in Edvars E.M. Dipetti D.L., Hypertensios: a cose – based approach New Dehli: Jaypee Brothers Medical Pub Lichers LTD; 2020.
5. Abalos E., Duley L., Steyn D.W., Graldin I.C. Antihypertensivevdrug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy // Cochranc Databese of Sust. Rev. 2018. Vol. 10 (10) CDOO 2252.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бойматова Зарина Кахарджановна – к.м.н., доцент, старший научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП; тел.: (+992) 935354535

Пулатова Азиза Пулатовна – к.м.н., научный сотрудник акушерского отдела ТНИИАГиП., зав. архивом ТНИИАГиП

Гулакова Дилбар Мухамеджановна – к.м.н., старший научный сотрудник гинекологической эндокринологии и репродуктологии; тел.: (+992) 918687595

Турсунова Дильбар Тимурджановна – к.м.н., зав. операционным блоком ТНИИ АГиП

Нарзуллаева Зарина Рахматуллаевна – к.м.н., научный сотрудник акушерского отдела ТНИИАГиП., зав. УЗИ отделением ТНИИ АГиП

УДК 618.1-002.5+612.011.1

ВЛИЯНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ

М.Д. Кадамалиева, С.Д. Сохибова, Э.И. Назаров, Н.Д. Мирова, М.А. Набиева

Гинекологический отдел ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Кафедра микробиологии и вирусологии медицинского факультета ГОУ «Таджикский национальный университет»

Цель исследования. Выяснить влияние различных факторов на иммунитет женщин репродуктивного возраста с урогенитальной инфекцией.

Материал и методы. Иммунологическое исследование было проведено до и после лечения иммунокорректорами у 40 женщин в возрасте от 20 до 35 лет с нарушениями репродуктивной функции при наличии урогенитальной инфекции.

Результаты. Проведённые иммунологические исследования у 40 женщин с выявленными инфекциями, передаваемыми половым путём, с нарушениями репродуктивной функции до лечения показали значительные повышения содержания иммуноглобулинов М и G, нормальный уровень иммуноглобулина А, незначительное снижение циркулирующих иммунных комплексов и снижение уровней Т- и В-лимфоцитов, что указывало на развитие местной воспалительной реакции и с их вероятным непосредственным участием в цитолизе микроорганизмов в зоне иммунного конфликта. После проведённой иммунотерапии отмечаются нормальные уровни Ig А, М и G, а также повышение содержания Т- и В- лимфоцитов.

Заключение. Использование корректоров иммунитета при хронических вялотекущих заболеваниях, передаваемых половым путём, вирусной и бактериальной этиологии способствовало восстановлению клеточного и гуморального иммунитета.

Ключевые слова: иммунитет, инфекция, репродуктивный возраст.

ТАЪСИРИ ТАБОБАТӢ ИММУНӢ ДАР ЗАНОНИ СИННИ РЕПРОДУКТИВӢ БА СИСТЕМАИ ИММУНӢ

М.Д. Қадамалиева, С.Д. Соҳибова, Е.И. Назаров, Н.Д. Мирова

МД «Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Факултети тиббии Донишгоҳи Миллии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани таъсири омилҳои гуногун ба иммунитети занони синну соли репродуктивӣ бо сирояти урогениталӣ.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқоти иммунологӣ пеш аз табобат бо иммунокорректорҳо дар 40 занҳои аз 20 то 35 сола бо ихтилоли репродуктивӣ хангоми мавҷудияти сирояти урогениталӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Дар муоинаи статуси иммунологи то табобат гирифтани занҳои бо синну соли репродуктивӣ баланд шудани иммунитети гуморалӣ ва паст шудани ҳуҷайравии он муайян шуд. Корректорҳои иммунитет дар бемориҳои бо роҳҳои ҷинсӣ гузаранда бо этиологияи бактериявӣ ва вирусӣ истифода шуда ба барқарор шудани иммунитети гуморалӣ ва ҳуҷайравӣ расонидаанд.

Хулоса. Истифодаи корректорҳои масунят дар бемориҳои музмин ва бемориҳои бо роҳҳои ҷинсӣ гузаранда, этиологияи вирусӣ ва бактериявӣ ба барқароршавии иммунитети ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ мусоидат кард.

Калимаҳои асосӣ: иммунитет, сироят, синну соли репродуктивӣ.

THE INFLUENCE OF IMMUNOTHERAPY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE ON THE IMMUNE SYSTEM

M.D. Kadamaliev, S.D. Sokhibova, E.I. Nazarov, N.D. Mirova

State Institution "Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Faculty of Medicine, Tajik National University

Aim. To find out the influence of various factors on the immunity of women of reproductive age with urogenital infection.

Material and methods. An immunological study was carried out before and after treatment with immunocorrectors in 40 women aged 20 to 35 years with reproductive disorders in the presence of urogenital infection.

Result. Immunological studies conducted in 40 women with identified sexually transmitted infections and reproductive dysfunction before treatment showed significant increases in the content of immunoglobulins M and G, normal levels of immunoglobulin A, a slight decrease in circulating immune complexes and a decrease in T- and B-lymphocytes, which indicated the development of a local inflammatory reaction and their probable direct participation in the cytolysis of microorganisms in the zone of immune conflict. After immunotherapy, normal levels of Ig A, M and G are noted, as well as an increase in the content of T- and B-lymphocytes.

Conclusion. The use of immunity correctors in chronic, indolent diseases, sexually transmitted diseases, viral and bacterial etiology, contributed to the restoration of cellular and humoral immunity.

Keywords: immunity, infection, reproductive age.

Актуальность. Существует два класса лимфоцитов: В-лимфоциты реализуют гуморальный иммунный ответ и вырабатываются в костном мозге, Т-лимфоциты реализуют иммунные ответы клеточного типа, вырабатываются в тимусе [1, 2].

Проведённые изучения иммунного статуса у женщин репродуктивного возраста с генитальным герпесом, как с первичной, так и рецидивирующей инфекцией, выявили тенденции к повышению содержания иммуноглобулинов G и M и дефекты клеточного иммунитета [3-5]. Дисфункция Т-звена выражалась Т-лимфопенией, снижением уровня в крови Т-хелперной популяции лимфоцитов. У больных первичным герпесом этих изменений не было. После иммунокорректирующей терапии отмечается повышение содержания Т-хелперов, количества В-лимфоцитов в 1,5–2 раза, увеличение активности ферментов лизосом моноцитов [6, 7].

Изучалась роль аутоиммунных компонентов в патогенезе заболеваний мочеполовых органов у женщин репродуктивного возраста. Установлено, что длительное течение вагинитов и цервицитов в значительной степени связано с аутоиммунным компонентом. Важная роль в поддержании воспалительного процесса в половой системе принадлежит явлениям аутоагрессии, что подтверждается гистологическими, иммунологическими исследованиями [5, 8]. Многие звенья патогенеза генитального герпеса недостаточно изучены, хотя известно, что нарушение Т-системы клеточного иммунитета способствует переходу от вирусоносительства к рецидиву заболевания [9].

У больных, страдающих хламидийным цервицитом, отмечаются положительные кожные реакции на специфический аллер-

ген, приготовленный из урогенитальных хламидий, что может служить подтверждением существования клеточного иммунитета [3, 6, 8]. Изучение факторов гуморального и клеточного иммунитета при уреоплазменной инфекции имеет теоретическое значение, наличие антител в сыворотке крови у женщин репродуктивного возраста при отсутствии клинических проявлений болезни свидетельствует о естественном иммунитете у серонегативных лиц [2, 5]. Получены новые факты, демонстрирующие роль вирусиндуцированных аутореактивных Т-лимфоцитов, что позволяет рассматривать их как перспективное средство иммунотерапии аутоиммунных заболеваний [2, 7].

Цель исследования. Выяснение различных факторов, влияющих на иммунитет женщин репродуктивного возраста, с герпесом, хламидийной и уреоплазменной инфекциями.

Материал и методы исследования. Для осуществления поставленной цели иммунологическое исследование было проведено до и после лечения иммунокорректорами у 40 женщин в возрасте от 20 до 35 лет с нарушениями репродуктивной функции при наличии герпеса, хламидиоза и уреоплазмоза. В качестве контрольной группы были выделены 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Для определения Т- и В- лимфоцитов была использована методика окрашивания клеток в иммунофлуоресцентном тесте. В полученные из гепаринизированной крови лимфоциты женщин с инфекцией добавляли 5 мкл тестируемого моноклонального антитела, инкубировали 30–45 минут и к осадку отмытых клеток добавляли 50 мкл фрагментов овечьих антител к Ig мыши, меченных ФИТЦ и разведённых 1:100 и на основании количества антиген-

позитивных клеток при просматривании 200 лимфоцитов за вычетом флуоресцирующих клеток. Для количественного определения иммуноглобулинов применялся метод радиальной иммунодиффузии по Манчини, а также гепаринизированная кровь исследовалась на количество фагоцитарной активности нейтрофилов и в сыворотке крови женщин определялись циркулирующие иммунные комплексы.

Результаты и их обсуждение. Результаты показали, что из 40 обследованных женщин репродуктивного возраста у 62,5% с герпесом, у 25,0% с хламидиозом, у 12,5% с уреаплазмозом до лечения иммунокорригирующими препаратами отмечалось повышение Ig M, IgG, что указывало на развитие местной воспалительной реакции с их вероятным непосредственным участием в цитолизе микроорганизмов в зоне иммунного конфликта. С целью выяснения связи антител с определёнными иммуноглобулинами наблюдалось, что у больных с уреаплазмозом характер иммуноглобулинов зависит от возраста женщин с нарушениями репродуктивной функции уреаплазменной этиологии. Так, у женщин в возрасте 20 лет антитела больше были связаны с IgM, чем с IgG, а у больных старше 30 лет – больше с IgG, чем с IgM. Антитела являются хорошим показателем иммунитета, было выяснено, что при высоком титре антител не имелось клинических проявлений уреаплазмоза, что указывало на ранее перенесённый уреаплазмоз. Также при исследовании Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов из гепаринизированной крови женщин до лечения выявлено снижение клеток. Недостаточное количество Т-клеток и В-клеток приводит к «не узнаванию» чужеродных антигенов и фрагментов вирусных белков на поверхности клеток инфицированными вирусами. Цитотоксическая Т-

клетка в малом количестве не может убить клетку, инфицированную вирусом, и только при нормированном содержании может распознать фрагменты вирусных белков. Хочется отметить, что у 62,5% женщин с герпесом из анамнеза выяснено, что первичным бесплодием страдали 12,5%, вторичным бесплодием – 50,0%, при обследовании Ig G (в норме 7,20–16,32 г/л) были повышены в 2-3 раза, Ig M (в норме 0,61-1,82 г/л) – в 3 раза. У 12,5% женщин с первичным бесплодием из анамнеза выяснено, что гормональные нарушения с клиническими проявлениями олигоменореи отмечались у 5,0%, отсутствие овуляции – у 5,0%, с персистенцией фолликула было 2,5%. У 50% женщин с герпесом причиной вторичного бесплодия явилась непроходимость маточных труб до интерстициального отдела – 12,5%, до истмического отдела – 12,5%, до ампулярного отдела – 25,0%, наряду с этим у всех имелся хронический метроэндометрит и сальпингоофорит, по поводу чего проводилась неоднократная неспецифическая терапия. Больным с герпесом после проведенного специфического лечения была назначена поливалентная противогерпетическая вакцина 0,2 мл один раз в три дня в/к пять инъекций. После применения иммунотерапии наблюдалось уменьшение числа рецидивов и увеличение длительности ремиссий. О восстановлении подавленного иммунитета говорят показатели иммунограммы. Из 40 обследованных женщин у 25% с нарушениями репродуктивной функции были обнаружены хламидии, все женщины страдали вторичным бесплодием. У 5,0% отмечался спаечный процесс в малом тазу, у 12,5% наблюдались эндоцервициты, у 10,0% – кольпиты, у 10,0% – метроэндометриты. При метросальпингографии у 12,5% обнаружена непроходимость маточных труб до

ампулярного отдела. До назначения иммуномодуляторов отмечалось повышение Ig M и IgG, снижение абсолютного числа Т-лимфоцитов, резкое снижение коэффициента Т-хелперов. Наиболее показательным явилось снижение фагоцитарной активности нейтрофилов. Выявленные нарушения являются патогенетически важными и обуславливают необходимость использования иммуномодуляторов в комплексной терапии женщин с нарушениями репродуктивной функции хла-

мидийной этиологии. Нами в качестве иммуномодуляторов применялся циклоферон 12,5% по 2,0 мл один раз в день в 1-2-4-6-8-10-12 дни и во влагалище вводились свечи с 5 мг полиоксидония два раза в день. На двенадцатый день после лечения отмечалась нормализация количества иммуноглобулинов, а к 20 дню количество Т-лимфоцитов повысилось. В качестве специфической терапии применялся клацид по 250 мг два раза 10 дней.

Изменения иммунологического статуса у женщин с нарушениями репродуктивной функции с герпесом, хламидиозом и уреаплазмозом

Иммунология женщин n=40 чел. 100%	Т- лимфоциты N- 4000 - 9000 кл/мкл		В – лимфоциты N – 150 - 500 кл/мкл		IgA N – 1.92 – 5.3 г/л		IgM N – 0.58 – 1.38 г/л		IgG N – 7.20 – 16.37 г/л	
Лечение	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Герпес n = 25 чел. 62,5%	1000	4000	70	150	4,0	5,3	2,0	0,58	20,0	8,0
Хламидиоз n = 10 чел. 25,0%	1520	6000	100	300	2,0	5,0	3,2	1,38	19,6	16,1
Уреаплазмоз n = 5 чел. 12,5%	1655	7000	130	500	1,95	5,1	3,1	1,3	17,8	16,3

Примечание: $p < 0.05$

У больных с уреаплазмозом (12,5% из 40) 10% страдали вторичным бесплодием, отмечалось нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи у 5% женщин, хроническим метроэндометритом были больны все 12,5%. Из анамнеза выяснено, что им 2–3 раза в год проводилась неспецифическая терапия. До назначения иммуномодуляторов у больных отмечалось незначительное повышение содержания IgG и IgM, а также незначительное снижение Т-лимфоцитов. Женщинам с уреаплазмозом назначался Т-активин по 100 мг один раз п/к в течение 7 дней, а также использовались вагинальные суппозитории виферона по 500000

МЕ один раз в день во влагалище в течение 10-ти дней, после чего отмечалась нормализация всех параметров иммунитета.

Заключение. Таким образом, при обследовании иммунологического статуса женщин с нарушениями репродуктивного возраста до лечения обнаружено повышение гуморального и снижение клеточного звеньев иммунитета. Использование корректоров иммунитета при хронических вялотекущих заболеваниях, передаваемых половым путём, вирусной и бактериальной этиологии способствовало восстановлению клеточного и гуморального иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назарова В.В. и др. Критерии диагностики бактериального вагиноза с использованием теста «Фемофлор-16» // Журнал акушерства и женских болезней. 2017. № 4. С. 57-67.
2. Островская О.В. и др. Роль уrogenитальных микоплазм в формировании репродуктивных патологий // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2017. № 65. С. 71-76.
3. Пустотина О.А. Современный подход к этиологии, патогенезу, лечению и профилактике бактериального вагиноза и вагинального кандидоза // Гинекология. 2015. Т. 17. № 3. С. 79-82.
4. Рахматулина М.Р., Нечаева И.А. Биопленки микроорганизмов и их роль в формировании резистентности к антибактериальным препаратам // Вестник дерматологии и венерологии. 2015. № 2. С. 58-62.
5. Савичева А.М., Шипицына Е.В. Рецидивирующий уrogenитальный кандидоз: особенности диагностики и лечения // Медицинский совет. 2015. № 9. С. 15-17.
6. Трухан Д.И., Макушин Д.Г., Багишева Н.В. Хронический простатит: актуальные вопросы диагностики и лечения на этапе оказания первичной специализированной и медико-санитарной помощи // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 6. С. 285-291.
7. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
8. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных бактериальным вагинозом // Акушерство и гинекология. 2016. № 4 (прил.). С. 43-49.
9. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной инфекцией // Акушерство и гинекология. 2016. № 4. С. 57-64.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кадамалиева Мунира Давлаталиевна – к.м.н., доцент кафедры семейной медицины, медицинского факультета Таджикского национального университета;

тел.: (+992) 918670144; e-mail: munira_gin@mail.ru

Саибова Сураё Давлятовна – ассистент кафедры семейной медицины, медицинского факультета Таджикского национального университета; тел.: (+992) 907812218

Назаров Эркин Иномович – к.м.н., доцент кафедры семейной медицины, медицинского факультета Таджикского национального университета;

тел.: (+992) 934348348; e-mail: nazaroverkin1970@gmail.com

Мирова Нозигул Дилшодовна - лаборант кафедры семейной медицины медицинского факультета Таджикского национального университета; тел.: (+992) 888022626

Набиева Мунира Алигаваровна – врач акушер-гинеколог ГУ НЦРЗ МЗ РТ;

тел.: (+992) 935376719

УДК 618.173 - 07

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИНОКЛИМ»
В ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

¹М.Д. Кадамалиева, ²У.Ю. Юсуфбекова, ²М.С. Шамсова

¹Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ «Таджикский национальный университет»

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценка переносимости и эффективности фитоэстрогенов (изофлавоноидов сои) в терапии климактерического синдрома в постменопаузе у женщин с миомой матки.

Материал и методы. В исследование включены 62 женщины в постменопаузе с различной выраженностью климактерического синдрома, имеющие миому матки. Среди обследованных выделены 2 группы: в 1-ю (основную) группу включены 30 женщин, которые получали соевые изофлавоноиды, во 2-ю (группу сравнения) 32 пациентки, которым назначалась гормональная заместительная терапия (ГЗТ) в непрерывном режиме.

Результаты. При климактерическом синдроме лёгкой степени терапевтический эффект оказывает доза 100 мг (1 таблетка иноклима), при недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 2 таблеток. При средней и тяжёлой степенях климактерического синдрома терапию целесообразно начинать с 2 таблеток (200 мг соевых изофлавонов).

Данные ультразвукового наблюдения за размерами миоматозных узлов у женщин, получающих фитоэстрогены в течение 3 месяцев, свидетельствуют об отсутствии роста узлов миомы. Проведение ультразвукового мониторинга за состоянием эндометрия на фоне применения иноклима также показало отсутствие влияния фитоэстрогенов на эндометрий.

Заключение. Применение иноклима у женщин в постменопаузе с миомой матки является эффективным и безопасным методом лечения климактерического синдрома и может использоваться как альтернатива гормональной заместительной терапии при наличии к ней противопоказаний, побочных эффектах или желании пациентки.

Ключевые слова: фитоэстрогены, постменопауза, миома матки, климактерический синдром.

**ИСТИФОДАИ МАВОДИ “ИНОКЛИМ”
ДАР ТАБОБАТИ СИНДРОМИ КЛИМАКТЕРӢ**

¹М.Д. Кадамалиева, ²У.Ю. Юсуфбекова, ²М.С. Шамсова

¹Кафедраи акушерӣ ва гинекологӣ, Донишгоҳи Миллии Тоҷикистон

²Муассисаи давлатии «Пажуҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Арзёбии таҳаммулпазирӣ ва самаранокии фитоэстрогенҳо (изофлавоноидҳои лубӣ) дар табобати синдроми менопауза дар занони пас аз менопауза бо миомии баҷадон.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқот 62 зан пас аз менопаузари бо дараҷаи гуногуни синдроми менопауза, бо миомаи бачадон фаро гирифт.

Натиҷаҳо. Муоина карда шуд 62 зан баъди давраи пас аз менопаузӣ бо ҳаргуна алоими климактерии баръало, ки дорои миомаи бачадон мебошад. Дар байни онҳо 2 гурӯҳ: 1-ум (асосӣ), 30-то дохил карда шуд, ки изофлованидҳои соявиро қабул карданд, дар гурӯҳи 2-юм (гурӯҳи муқоисақунанда) 32-то бемор таъин карда шудааст аз рӯзи аввал табобати ҳормоналӣ бо речаи доимӣ.

Хулоса. Натиҷаҳои муоинаҳои гузаронда самаранок ва беҳатарӣ фитоэстрогенҳо (изофлованидҳои соявӣ) дар табобати синдроми климактерӣ дар занҳои дорои бемории миомаи бачадон.

Калимаҳои асосӣ: фитоэстрогенҳо, давраи пас аз менопаузӣ, миомаи бачадон, синдроми климактерӣ.

THE USE OF THE DRUG "INOKLIM" IN THE TREATMENT OF MENOPAUSAL SYNDROME

¹M.D. Kadamaliev, ²U.Y. Yusufbekova, ²M.S. Shamsova

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Tajik National University

²State Establishment «Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Aim. Evaluation of the tolerability and efficacy of phytoestrogens (soy isoflavonoids) in the treatment of menopausal syndrome in postmenopausal women with uterine myoma.

Material and methods. The study included 62 postmenopausal women with varying severity of menopausal syndrome, with uterine myoma.

Results. We examined 62 women with uterine myoma in postmenopause suffering from mild to severe climacteric syndrome. The main group of patients consisted of 30 women, taking soya isoflavonoids. The group of comparison consisted of 32 patients receiving hormone replacement therapy in a continuous regimen.

Conclusion. The results of the study proved phytoestrogens to be effective and safe preparations in the treatment of climacteric syndrome in women with uterine myoma in postmenopausal.

Keywords: phytoestrogens; postmenopause; uterine myoma; climacteric syndrome.

Актуальность. Фитоэстрогены – гормоноподобные соединения растительного происхождения, которые могут проявлять свойства агонистов либо антагонистов эстрогенов. В настоящее время выделено несколько классов фитоэстрогенов, одним из основных среди которых являются изофлавоноиды (изофлавоны, генистеин, дайдзеин, куместран), имеющие простую фенольную структуру, способную соеди-

няться с эстрогенными рецепторами [17]. Изофлавоны обнаружены в соевых бобах, чечевице, турецком горохе и красном клевере. Соевые продукты питания и извлеченные из сои экстракты содержат разное количество изофлавонов в следующих формах: агликонового генистеина и дайдзеина (в неконъюгированной, то есть активной форме); гликозидных конъюгатов, которые требуют деконъюгации для

приобретения активности (генистин и даидзин); 4-метил-эфира (формонетина и биоханина А) [14]. Отмечено, что высокое содержание соевых продуктов в ряде географических регионов коррелирует с частотой климактерического синдрома. Так, в Азии только 20–25% женщин перименопаузального периода испытывают «приливы жара», в то время как в Европе и Северной Америке их частота достигает 70–80% [3]. Вегетарианцы и жители Японии в меньшей степени страдают вазомоторными нарушениями, что также связывают с высоким содержанием в их питании соевых продуктов. Более того, среди японских женщин, употребляющих традиционную пищу с большим содержанием сои, наблюдается низкая заболеваемость эстрогензависимым раком молочной железы, по сравнению с западными женщинами [9]. Однако у азиатских женщин, использующих западный способ питания, заболеваемость возрастает [16]. Изофлавоны сои являются классическими представителями селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов (СМЭР) природного происхождения. Особенностью их молекулярных эффектов является то, что они оказывают специфическое воздействие на клетку-мишень в зависимости от наличия в ней компонентов сигнальных путей, в которые вовлечены эстрогены и их рецепторы. Эстрогеновый рецептор (ER) состоит из двух классов белковых субъединиц (α и Р). Для того, чтобы клетка ответила на воздействие эстрогена, необходимо, чтобы он вступил во взаимодействие со своим рецептором. Рецептор имеет димерную структуру и может состоять из двух субъединиц в различных комбинациях. Фитоэстрогены вызывают важные биологические действия на различные ткани мишени в зависимости от типа рецепторов эстрогенов

(ER-α и ER-Р), участвующих в клеточных реакциях. Так же как эстрогены, так и изофлавоны сои, как представители класса СМЭР, способны взаимодействовать с любыми из этих вариантов рецепторов. При этом на клетках-мишенях между эстрогеном и СМЭР формируется определенная конкуренция за посадку на рецептор. Поэтому СМЭР могут обладать антиэстрогенным или эстрогеноподобным действием. Фитоэстроген генистеин действует в клетках, следуя классическому геномному механизму: сначала диффузией он проникает через двойной липидный слой, потом связывает ER в цитозоле; этот комплекс движется к ядру, стимулируя синтез информационной РНК и выработку специфических тканевых протеинов [7]. Генистеин проявляет полный агонизм на ER-α и только частичный на ER-Р. Однако он больше напоминает ER-Р, чем ER-α, указывая возможный путь для объяснения положительных действий генистеина на матку. В то же время механизм действия генистеина, благодаря которому уменьшаются приливы, еще не совсем понятен. ER-α, возможно, играют ключевую роль в происхождении вазомоторных симптомов. Следовательно, можно предположить, что генистеин уменьшает приливы с помощью механизма, вовлекающего ER-α рецептор в центральной нервной системе. По сути, малое сходство со специфичным рецептором ER-α могло бы объяснить безопасное действие этого средства на матку. Таким образом, изофлавоны могут быть антагонистами на рецепторах эстрогенов в тканях матки и молочных желез. В качестве альтернативы изофлавоны могут соединяться с ER и оказывать эстрогенный эффект на кости и кровеносные сосуды [5].

Пищевые продукты и диетические добавки на основе сои привлекают все больший

интерес в качестве альтернативы гормональной заместительной терапии (ГЗТ). Однако существуют противоречивые данные относительно эффективности этих продуктов в лечении приливов жара. В ряде исследований было показано, что фитоэстрогены могут положительно влиять на климактерические симптомы, не увеличивая риск заболевания раком молочной железы и матки или риск сердечно-сосудистых заболеваний [4,9,12,13]. Исследования *in vitro* свидетельствуют, что соевые фитоэстрогены могут благоприятно влиять на активность костных клеток механизмами, опосредованными как рецепторами эстрогенов, так и подавлением тирозинкиназы [2, 10, 11]. Исследования на крысах после овариэктомии последовательно демонстрировали, что соя или соевые фитоэстрогены эффективны для предотвращения потери костной массы [11]. Результаты нескольких перекрестных исследований показали более высокую минеральную плотность кости (МПК) у женщин в постменопаузе, принимающих в пищу сою [6, 8, 18]. Употребление соевых продуктов женщинами старшего возраста с низкой костной массой приводит к значительному повышению МПК по сравнению с плацебо, а также значительно улучшает вербальную память. Кроме того, установлено, что гинестеин, являющийся одним из основных изофлавонов сои, обладает антиоксидантной активностью и способен ингибировать рост опухолевых клеток вследствие антипролиферативной и антиангиогенной активности, в частности, обладает протективными свойствами в отношении рака молочной железы [15]. Кроме того, показано отсутствие влияния фитоэстрогенов на эндометрий [5].

Albertazzi с соавт. провели перспективное двойное слепое рандомизированное пла-

цебо-контролируемое исследование для сравнения эффекта 3-месячной диеты, содержащей соевые добавки (40 г в день) и эффекта плацебо у женщин постменопаузального периода. Результаты исследования показали значительное уменьшение симптомов приливов жара в группе, принимающей соевые добавки [1]. Помимо влияния на нейровегетативные симптомы климакса, изофлавоны сои уменьшают уровень общего холестерина в сыворотке крови, способствуют снижению уровня липопротеидов низкой и очень низкой плотностей и повышают уровень липопротеидов высокой плотности, к тому же ряд исследований продемонстрировал антитромботический эффект изофлавонов сои [15].

Гормональная заместительная терапия с использованием натуральных эстрогенов является наиболее эффективным способом устранения проявлений климактерического синдрома. На фоне применения ГЗТ существует риск увеличения миоматозных узлов, которые обычно регрессируют в постменопаузальном периоде. В связи с этим возможности применения фитоэстрогенов, обладающих уникальным избирательным действием на эстрогеновые рецепторы, представляет особый интерес у пациенток с миомой матки в постменопаузе.

Соевые изофлавоноиды содержатся в биологически активной добавке к пище «Иноклим», представляющей капсулы, в состав которых входит соевый экстракт с двумя важнейшими изофлавонами - генистином и дайдзином. Максимальное содержание изофлавонов составляет 40%, т.е. 1 таблетка иноклима содержит около 100 мг соевых изофлавонов. Форма выпуска в виде капсул обеспечивает оптимальную биологическую усвояемость продукта.

Цель исследования. Оценка переносимости и эффективности фитоэстрогенов (изофлавоноидов сои) в терапии климактерического синдрома в постменопаузе у женщин с миомой матки.

Материал и методы исследования. Все пациентки, вошедшие в исследование, соответствовали следующим критериям включения и исключения.

Критерии включения:

- длительность менопаузы более 15 месяцев;
- наличие нейровегетативных и психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома;
- наличие миомы матки, не требующей оперативного лечения;
- отсутствие признаков злокачественных новообразований молочных желез;
- наличие маммографии, выполненной не более чем за 3 месяца перед началом исследования;
- отсутствие атипии клеток в мазке с поверхности шейки матки и цервикального канала.
- Критерии исключения:
- индивидуальная непереносимость изофлавоноидов сои;
- гинекологическая патология, требующая оперативного лечения;
- наличие гиперплазии эндометрия;
- онкологические заболевания;
- сахарный диабет 1-го типа;
- тромбоэмболические заболевания в анамнезе.

В исследование включены 62 женщины в постменопаузе с различной выраженностью климактерического синдрома, имеющие миому матки. Среди них выделены 2 группы: в 1-ю (основную) группу включены 30 женщин, которые получали соевые изофлавоноиды (в составе биологической добавки к пище «Иноклим»), во 2-ю

(группу сравнения) 32 пациентки, которым применялась гормональная заместительная терапия (ГЗТ) непрерывном режиме. В связи с наличием у больных миомы матки в схемах ГЗТ использовались максимально низкие дозы эстрогенного компонента: 19 женщин получали препарат «Фемостон 1/5» (содержащий 1 мг микронизированного 17 β -эстрадиола и 5 мг дидрогестерона) и у 13 пациенток трансдермально применен дивигель 0,5 г (ежедневно на фоне интравагинального непрерывного введения утрожестана в дозе 200 мг).

Возраст женщин, включённых в исследование, был в пределах 50–59 лет и в среднем составил $54,9 \pm 3,7$ лет. Длительность менопаузы колебалась от 1,5 до 6,2 лет и в среднем была $3,9 \pm 1,2$ лет. Перед началом терапии все женщины проходили стандартное обследование, включающее измерение массы тела, роста, артериального давления, УЗИ органов малого таза, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, холестерин, сахар), коагулограмму.

Для анализа эффективности фитоэстрогенов в сравнении с ГЗТ в непрерывном режиме для устранения симптомов климактерического синдрома использовалось определение в динамике модифицированного менопаузального индекса (по Купперману в модификации Уваровой), оценивающего в баллах степень выраженности нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных расстройств. Оценка безопасности применяемых методов включала исследование состояния эндометрия и миоматозных узлов матки с помощью трансвагинального ультразвукового исследования. Переносимость методов лечения оценивалась с помощью шкал побочной симптоматики, включающих выраженность не-

желательного явления, время его появления, продолжительность, связь с исследуемым препаратом (возможная, вероятная, отчетливая). Для оценки приверженности терапии отмечались нарушения приема препарата и желание женщины в дальнейшем продолжить терапию, а также рекомендовать ее другим.

Результаты и их обсуждение. Индекс массы тела у 42 женщин был в пределах нормы (от 18,5 до 25), у 16 женщин (25,8±5,5%) соответствовал избытку массы тела, у 4 (6,5±3,1%) ожирению 1-й степени. Пациенткам с ИМТ более 25 перед применением ГЗТ выполнялись проба на толерантность к глюкозе (ПТГ), липидограмма и УЗИ печени. На основании результатов ПТГ у 9 пациенток (14,5±4,4%) было отмечено нарушение толерантности к глюкозе, у 3 (4,8±2,7%) выявлен сахарный диабет 2-го типа. В дальнейшем их ведение осуществлялось совместно с эндокринологом. Терапия фитоэстрогенами и ГЗТ у такой категории больных проводилась на фоне гипокалорийной диеты.

При обследовании у 38 женщин (61,3±6,2%) выявлена вегетососудистая дистония по гипертоническому типу, у 8 больных (12,9±4,2%) гипертоническая болезнь 1-й стадии. Все женщины проконсультированы терапевтом, пациенткам с гипертонической болезнью подобрана базовая гипотензивная терапия. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта наблюдались у 27 женщин (43,5±6,2%): из них у 16 (25,8±5,5%) – хронический гастродуоденит, у 4 (6,5±3,1%) хронический холецистит, у 7 (11,3±4,0%) – гастроэнтерологом диагностирован синдром раздраженного кишечника. Хронические воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы (пиелонефрит, цис-

тит) наблюдались у 6 женщин (9,7±3,7%).

На основании проведенной маммографии у 13 женщин (20,9±5,1%) патологии молочных желез не обнаружено, у 49 больных (79,1±5,1%) был установлен диагноз диффузного фиброаденоматоза молочных желез.

До начала терапии у всех пациенток была диагностирована миома матки субсерозной, интрамуральной и интрамурально-субсерозной локализации. Размеры миоматозных узлов находились в диапазоне от 0,8 до 4,3 см. У 29 пациенток выявлен один миоматозный узел, у остальных – множественная миома матки. В анамнезе 14 больных (22,6±5,3%) имели простую гиперплазию эндометрия, 5 больных (8,1±3,4%) – железистые и железисто-фиброзные полипы эндометрия, у 3 (4,8±2,7%) из них полипы эндометрия сочетались с железисто-кистозной гиперплазией.

Проявления климактерического синдрома у женщин обследованных групп были различной степени выраженности. Индекс представлен суммой баллов, оценивающих три группы симптомов: нейровегетативные расстройства, обменно-эндокринные и психоэмоциональные расстройства. Интенсивность проявлений симптомов выражалась в баллах: 0 – симптом отсутствует, 1 балл – слабая степень проявлений, 2 балла – умеренная, 3 балла – сильная.

К проявлениям нейровегетативных симптомов относятся: значения систолического и диастолического АД, головная боль, вестибулопатии, приступы сердцебиения в покое, плохая переносимость высокой температуры, зябкость, озноб, чувство онемения и ползания мурашек, сухость кожи, потливость, повышенная возбудимость, сонливость, нарушение сна, прили-

вы жара в течение суток, приступы удушья, симпатoadреналовые кризы.

К проявлениям обменно-эндокринных расстройств относится ожирение, изменение функции щитовидной железы, сахарный диабет, наличие фиброзно-кистозной болезни молочных желез, боли в мышцах, суставах, жажда, атрофия гениталий.

При оценке психоэмоциональных расстройств учитываются: снижение работоспособности, утомляемость, рассеянность, снижение памяти, раздражительность, плаксивость, изменения аппетита, наличие навязчивых мыслей, состояний или действий, преобладающее настроение, изменение полового влечения.

Согласно данным шкалы оценки ММИ до начала терапии симптомы пациенток в основной группе (получающих фитоэстрогены) и в группе сравнения (получающих ГЗТ) распределились следующим образом. В основной группе у 9 женщин отмечался климактерический синдром (КС) легкой степени выраженности, у 13 пациенток наблюдалась средняя степень выраженности и у 8 больных – проявления КС были оценены как тяжелые. В группе сравнения у 3 пациенток общая оценка ММИ была отнесена к легкой степени, у 19 – средней степени выраженности и у 10 – тяжелой степени.

Вне зависимости от степени выраженности ММИ все 30 пациенток основной группы начали применение фитоэстрогенов в составе биологической добавки «Иноклим» по одной таблетке 1–2 раза в сутки.

Период наблюдения больных на фоне применения фитоэстрогенов и ГЗТ составил 3 месяца. Женщины приглашались на повторные осмотры дважды с интервалом через 1 месяц. При каждом визите оценивались степень выраженности климактерического синдрома, переносимость про-

водимой терапии, толщина эндометрия, состояние миоматозных узлов, наличие кровянистых выделений. На фоне проводимого лечения как у женщин, получающих фитоэстрогены, так и у пациенток, применяющих ГЗТ, отмечалось уменьшение тяжести климактерического синдрома. На фоне применения иноклима через 1 месяц терапии у 4 женщин (преимущественно с ММИ легкой степени) отмечено отсутствие жалоб, у 3 пациенток с тяжелым течением климактерического синдрома проявления уменьшились до средней степени, у 5 больных сохранялись тяжелой степени. У 4 женщин с проявлениями климактерического синдрома средней тяжести отмечено снижение симптоматики на фоне лечения фитоэстрогенами до легкой степени. При недостаточной эффективности проводимой терапии у женщин с климактерическим синдромом средней и тяжелой степеней было рекомендовано через месяц увеличить дозу фитоэстрогенов до 200 мг в сутки (иноклим по 1 таблетке два раза в день).

Через 2 месяца у одной пациентки выраженность климактерического синдрома соответствовала тяжелой степени, у 3 женщин средней и у 7 больных легкой степени. У 19 женщин (63,3%) проявления климактерического синдрома на фоне терапии фитоэстрогенами были устранены полностью.

В группе женщин, получающих ГЗТ, через месяц наблюдалось достоверное увеличение числа пациенток, у которых отсутствовали проявления КС. Симптомов, соответствующих тяжелой степени климактерического синдрома, не было отмечено ни у одной пациентки. Большинство женщин – 11 (34,4±8,3%) имели лёгкие проявления КС и у одной больной сохранялись жалобы, которые оценены как средняя степень выраженности КС.

Через 2 месяца терапии у больных, получающих ГЗТ, не наблюдалось проявлений климактерического синдрома средней и тяжелой степеней тяжести. Только у 3 пациенток сохранялись проявления легкой степени. Следует отметить, что у одной пациентки на фоне ГЗТ при контрольном ультразвуковом исследовании органов малого таза наблюдалось увеличение миоматозного узла на 1,5 см, что потребовало отмены ГЗТ. В дальнейшем пациентке была рекомендована терапия фитоэстрогенами. Таким образом, проявления климактерического синдрома на фоне ГЗТ были полностью купированы у 28 (87,5 %) женщин.

У всех больных на фоне проводимого лечения (как фитоэстрогенами, так и ГЗТ) сохранялась аменорея. Толщина эндометрия по данным ин-травагинального УЗИ на фоне проводимой ГЗТ находилась в диапазоне от 2 до 4 мм. На основании результатов УЗИ органов малого таза не установлено роста миоматозных узлов, кроме одного случая на ГЗТ, описанного выше.

Диспептических явлений не наблюдалось ни у одной из женщин. Показатели артериального давления на фоне ГЗТ у пациенток с гипертонической болезнью находились в целевых пределах на фоне базовой гипотензивной терапии. Следует отметить, что незначительное увеличение массы тела (до 1,5 кг) на фоне проводимой терапии (у 2 больных, получающих иноклим, и у 3 пациенток, получающих ГЗТ) было отмечено только у 5 больных, у остальных женщин масса оставалась практически без изменений.

На фоне проводимой терапии в первый месяц приёма мастодиния отмечалась у 2 пациенток, получающих ГЗТ, что потребовало назначения фитопрепаратов, через 2 месяца лечения невыраженная мастоди-

ния наблюдалась только у одной больной. У женщин, получающих иноклим, мастодиния не была отмечена ни у одной больной. Диспептические явления в виде невыраженной тошноты отмечались у одной больной, получающей фитоэстрогены, и у одной пациентки, получающей ГЗТ (перорально). Подобные побочные эффекты, наблюдаемые в первый месяц лечения, не потребовали отмены препарата и в дальнейшем (через 2 месяца) не отмечались. Небольшая частота наблюдаемых побочных эффектов на фоне ГЗТ связана с использованием низких доз гормональных препаратов.

Заключение. Результаты проведённого исследования показали эффективность и безопасность фитоэстрогенов (соевые изофлавоны) для лечения климактерического синдрома у женщин в постменопаузе с миомой матки. При климактерическом синдроме легкой степени терапевтический эффект оказывает доза 100 мг (1 таблетка иноклима), при недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 2 таблеток. При средней и тяжелой степенях климактерического синдрома терапию целесообразно начинать с 2 таблеток (200 мг соевых изофлавонов).

Данные ультразвукового наблюдения за размерами миоматозных узлов у женщин, получающих фитоэстрогены в течение 3 месяцев, свидетельствуют об отсутствии роста узлов миомы. Проведение ультразвукового мониторинга за состоянием эндометрия на фоне применения иноклима также показало отсутствие влияния фитоэстрогенов на эндометрий. При использовании иноклима отмечена высокая приверженность к проводимому лечению, нарушений приема препарата не отмечалось.

Таким образом, применение Иноклима у женщин в постменопаузе с миомой матки

является эффективным и безопасным методом лечения климактерического синдрома и может использоваться как альтернатива гормональной заместительной терапии при наличии к ней противопоказаний, побочных эффектов или желании пациентки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albertazzi P. et al. The effect of dietary soy supplementation on hot flushes // *Obstet. Gynecol.* 1998. Vol. 91, N 1. P. 6-11.
2. Blair H.C. et al. Variable effects of tyrosine kinase inhibitors on avian osteoclastic activity and reduction of bone loss in ovariectomized rats // *J. Cell Biochem.* 1996. Vol. 61. P. 629-637.
3. Boulet M. et al. Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries // *Maturitas.* 1994. Vol. 19. P. 157-176.
4. Cassidy A., Bingham S., Setchell K. D. R. Biological effects of a diet of soy protein rich in isoflavones on the menstrual cycle of premenopausal women // *Am. J. Clin. Nutr.* 1994. Vol. 60, N 3. P. 333-340.
5. Kaari C. et al. Randomized clinical trial comparing conjugated equine estrogens and isoflavones in postmenopausal women: a pilot study // *Maturitas.* 2006. Vol. 53, N 1. P. 49-58.
6. Kritz-Silverstein D., Goodman-Gruen D. L. Usual dietary isoflavone intake, bone mineral density, and bone metabolism in postmenopausal women // *J. Woman's Health Gend. Basad. Med.* 2002. Vol. 11. P. 69-78.
7. Kuiper G.G. et al. Interaction of estrogenic chemicals and phytoestrogens with estrogen receptor beta // *Endocrinol.* 1998. Vol. 139. P. 4252-4263.
8. Mei J., Young S.S., Kung A.W. High dietary phytoestrogen intake is associated with higher bone mineral density in postmenopausal but not premenopausal women // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2001. Vol. 86. P. 5217-521.
9. Messina M.J. et al. Soy intake and cancer risk: a review of the in vitro and in vivo data // *Nutr. Cancer.* 1994. Vol. 21, N 2. P. 113-131.
10. Rickard D.J. et al. Phytoestrogen genistein acts as an estrogen agonist on human osteoblastic cells through estrogen receptors alpha and beta // *J. Cell Biochem.* 2003. Vol. 89, N 3. P. 633-646.
11. Setchell K.D., Lydeking-Olsen E. Dietary phytoestrogens and their effect on bone: evidence from in vitro and in vivo, human observational, and dietary intervention studies // *Am. J. Clin. Nutr.* 2003. Vol. 78. P. S593-609.
12. Squadrito F. et al. Effect of genistein on endothelial function in postmenopausal women: a randomized, double-blind, controlled study // *Am. J. Med.* 2003. Vol. 114. P. 470-476.
13. Squadrito F. et al. The effect of the phytoestrogen genistein on plasma nitric oxide concentrations, endothelin-1 levels and endothelium dependent vasodilation in postmenopausal women // *Atherosclerosis.* 2002. Vol. 163, N 2. P. 339-347.
14. Upmalis D.H. et al. Vasomotor symptom relief by soy isoflavone extract tablets in postmenopausal women: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study // *Menopause.* 2000. Vol. 7. P. 236-242.
15. Wiseman H. Role of dietary phytoestrogens in the protection against cancer and heart disease // *Biochem. Soc. Trans.* 1996. Vol. 24, N 3. P. 795-800.
16. Wiseman H. The therapeutic potential of phytoestrogens *Expert Opin Investig Drugs.* 2000. Vol. 9, N 8. P. 1829-1840.
17. Wuttke W. et al. Phytoestrogens: dangerous drugs or soft hormones? // *Menopause. The State of Art in research and management* / ed. H. P. G. Schntider. N. Y., 2003. P.295-306.

18. Zhang X. et al. Prospective cohort study of soy food consumption and risk of bone fracture among postmenopausal women // Arch. Intern. Med. 2005. Vol. 165. P. 1890-1895.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кадамалиева Мунира Давлаталиевна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета; тел.: (+992) 918670144; e-mail: munira_gin@mail.ru

Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна – старший научный сотрудник гинекологического отдела ТНИИ АГиП, к.м.н.; тел.: (+992) 917681155, e-mail: yusumeda@gmail.com.

Шамсова Мунира Саидмуминовна – сотрудник гинекологического отдела ТНИИ АГиП

УДК 618.13-616.022.08

**РЕЗУЛЬТАТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН
С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
И ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

М.Я. Камилова, Г.И. Ахадова, Б.К. Коимдодова

*ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ*

Цель исследования. Оценить результаты гормональной терапии женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии и овариальной недостаточностью.

Материал и методы. Обследованы 25 женщин позднего репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью, перенесших воспалительные заболевания половых органов хламидийной этиологии.

Проведены клинико-анамнестическое, гинекологическое обследования, ультразвуковое исследование органов малого таза и мониторинг фолликула, бактериоскопическое исследование цервика-вагинального отделяемого, исследование полимеразной цепной реакции в реальном времени, иммуноферментный метод определения уровня гонадотропных и половых стероидных гормонов в сыворотке крови, методы параметрической и непараметрической статистики.

Результаты. При проведенной терапии отмечалось статистически значимое снижение частоты женщин с повышенными уровнями ФСГ и ЛГ и статистически значимое снижение частоты женщин с низкими уровнями эстрадиола и прогестерона в сыворотке. У женщин с недостаточностью лютеиновой фазы в 87,5% случаев толщина эндометрия нарастала и составила норму на 25-й день менструального цикла. У женщин с овариальной недостаточностью по типу ановуляции восстановлен овуляторный менструальный цикл в 88,9% случаях. Беременность наступила у 64% женщин с овариальной недостаточностью.

Заключение. Полученные результаты подтверждают эффективность адекватной гормональной терапии у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии, осложнившимися овариальной недостаточностью и бесплодием.

Ключевые слова: хламидиоз, воспалительные заболевания половых органов, овариальная недостаточность, бесплодие, гормональная терапия.

**НАТИҶАҶОИ ТАБОБАТИ ГОРМОНАЛӢ ДАР ЗАНОНИ ГИРИФТОРИ
БЕМОРИҶОИ ИЛТИҶОБИИ УЗВҶОИ ТАНОСУЛИ БО ЭТИОЛОГИЯИ
ХЛАМИДИАЛӢ ВА НОРАСОГИИ ТУХМДОН**

М.Я. Камилова, Г.И. Ахадова, Б.К. Коимдодова

*Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи
Тоҷикистон». Шӯъбаи гинекологияи эндокринологӣ ва репродуктологӣ*

Мақсади тадқиқот. Баҳодиҳии табобати гормоналии занон бо илтиҳоби узвҳои таносул бо этиологияи хламидиалӣ ва норасоии тухмдон.

Мавод ва усулҳо. 25 нафар занони синну соли репродуктивии дерро бо норасоии тухмдон, ки гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ буданд, муоина карда шуд. Муоинаи клиники-анамнестикӣ, гинекологӣ, ултрасадои узвҳои коси хурд ва мониторинги фолликулла, бактериоскопияи канали сервикали ва маҳбал, муоинаи реаксияи занҷирии полимеразо дар вақти муайян, усули иммуноферментии муайян намудани сатҳи гормонҳои гонодотропӣ ва стероидии узвҳои таносул дар зардоби хун, таҳлили параметрӣ ва непараметрии омӯрӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Дар натиҷаи табобат, коҳиши аз ҷиҳати омӯрӣ назарраси басомади занони дорои сатҳи баланди ФСГ ва ЛГ ва коҳиши аз ҷиҳати омӯрӣ назарраси басомади занони дорои сатҳи пасти эстрадиол ва прогестерон дар зардоб ба назар мерасад. Дар занони норасоии фазаи лютеалӣ дар 87,5% ҳолатҳо ғафсии эндометрия зиёд шуда, дар рӯзи 25-уми сикли ҳайз муқаррарӣ буд. Дар заноне, ки норасоии тухмдонҳои навъи ановуляция доранд, дар 88,9% ҳолатҳо сикли ҳайзи тухмдон барқарор карда шудааст. Ҳомиладорӣ дар 64% занони норасоии тухмдон рух додааст.

Хулоса. Натиҷаҳои бадастомада самаранокии терапияи гормоналии мувофиқро дар занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ, ки бо норасоии тухмдонҳо ва безуретӣ мураккабанд, тасдиқ мекунад.

Калимаҳои асосӣ: хламидиоз, бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул, нокомии тухмдонҳо, безуретӣ, табобати гормонӣ.

**THE RESULTS OF HORMONAL THERAPY IN WOMEN
WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL ORGANS
OF CHLAMYDIAL ETIOLOGY AND OVARIAN INSUFFICIENCY**

M.Y. Kamilova, G.I. Akhadova, B.K. Koimdodova

*Department of Gynecological Endocrinology and Reproductology of State Institution
"Tajik Research institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"*

We examined 25 women of late reproductive age with ovarian insufficiency who had inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology. The first stage of treatment included etiotropic therapy in combination with systemic enzyme therapy. Subsequently, in case of luteal phase insufficiency, diragest was prescribed in the second phase of the cycle (from the 15th to the 25th day of the menstrual cycle), with an anovulatory menstrual cycle - regulon in a cyclic mode for 6 months, followed by stimulation of ovulation. As a result of the therapy, there was a statistically significant decrease in the frequency of women with elevated levels of FSH and LH and a statistically significant decrease in the frequency of women with low levels of estradiol and progesterone in serum. In women with luteal phase deficiency, in 87.5% of cases, the thickness of the endometrium increased and was normal on the 25th day of the menstrual cycle. In women with ovarian insufficiency of the type of anovulation, the ovulatory menstrual cycle was restored in 88.9% of cases. Pregnancy occurred in 64% of women with ovarian insufficiency. The results obtained confirm the effectiveness of adequate hormonal therapy in women with inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology, complicated by ovarian insufficiency and infertility.

Keywords: chlamydia, inflammatory diseases of the genital organs, ovarian failure, infertility, hormone therapy.

Актуальность. Заболевания, передаваемые половым путём, являются причиной многочисленных гинекологических заболеваний. Регистрация новых случаев инфекционных заболеваний урогенитального тракта показала, что заболевания, передаваемые половым путём (ЗППП), составляют четверть миллиона в год. Одной из таких инфекций является хламидиоз, вызываемый *Chlamidia trachomatis*. Поражая органы мочеполовой системы, хламидиоз способствует нарушениям репродуктивной функции женщин [2, 4, 6, 7].

Одной из главных проблем в гинекологии является бесплодный брак. И в структуре причин бесплодного брака воспалительные заболевания половых органов хламидийной этиологии занимают одно из ведущих мест. В целом, частота воспалительных заболеваний половых органов среди причин бесплодия составляет 38-44%, а в 60% случаев эти заболевания связаны с инфекциями, передаваемыми половым путём [2, 3, 4].

Воспалительные процессы половых органов диагностируются у 60% пациенток с первичным и у 40% - с вторичным трубно-перитонеальным бесплодием. Чаше восходящая хламидийная инфекция, вызывая хроническое воспаление, может способствовать рубцеванию и непроходимости маточных труб, которые и приводит к бесплодию [1].

Овариальная функция яичников нарушается ввиду дистрофических изменений тканей яичников при распространении инфекции снизу вверх – от цервикального канала до яичников [5].

Остаются актуальными вопросы лечения различных типов овариальной недостаточности у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии.

Цель исследования. Оценить результаты гормональной терапии женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии и овариальной недостаточностью.

Материал и методы исследования.

Обследованы 25 женщин с овариальной недостаточностью, перенесших воспалительные заболевания половых органов хламидийной этиологии. Критериями включения в исследование женщин явились: репродуктивный возраст, перенесённая хламидийная инфекция (моно- и микст-), наличие воспалительного заболевания органов малого таза, диагностированная овариальная недостаточность, бесплодие, добровольное согласие на лечение. Критериями исключения из исследования явились возраст моложе 18 лет и старше 45 лет, отказ от терапии, ВИЧ-инфекция, гепатиты, туберкулез, онкологическая патология, психические расстройства.

Первый этап лечения включал этиотропную терапию в сочетании с системной энзимотерапией. Второй этап – электрофорез с мумие. В последующем назначали при недостаточности лютеиновой фазы дирагест во второй фазе цикла (с 15-го по 25-й дни менструального цикла), при ановуляторным менструальным циклом – регулон в циклическом режиме в течение 6 месяцев с последующей стимуляцией овуляции.

Среди методов использованы клинико-анамнестическое, гинекологическое обследования, ультразвуковое исследование органов малого таза и мониторинг фолликула, бактериоскопическое исследование цервико-вагинального отделяемого, исследование полимеразной цепной реакции в реальном времени, иммуноферментный метод определения уровня гонадотропных и половых стероидных гормонов в сыворотке крови, методы параметрической и непараметрической статистики.

Результаты и их обсуждение. Среди пациенток, перенесших хламидийную

инфекцию в анамнезе и обратившихся по поводу бесплодия, овариальная недостаточность диагностирована у 25 человек, среди которых монохламидиоз был диагностирован в 5 случаях, хламидиоз в составе микст-инфекции – в 20 случаях. Лечение овариальной недостаточности предусматривало гормональную терапию. Средний возраст женщин с овариальной недостаточностью составил $34,3 \pm 1,8$ года. Установлена относительно сильная корреляционная связь между частотой овариальной недостаточности у женщин, перенесших хламидийную инфекцию, и социальным статусом, характеризующимся отсутствием зарегистрированного брака (коэффициент сопряженности Пирсона $r=0,508$), мужа – трудовые мигранты (нормированное значение коэффициента Пирсона $C^1=0,283$, характеризующее корреляционную связь средней силы).

Все обследованные женщины обратились за медицинской помощью по поводу бесплодия. Другими жалобами были периодические тазовые боли (90%), патологические бели (80%), нарушения менструального цикла (57%).

Средний рост обследованных женщин составил $158,6 \pm 1,6$ см, средняя масса тела – $58,9 \pm 2,4$ кг, средний индекс массы тела – $23,2 \pm 0,6$.

Наиболее часто встречаемыми экстрагенитальными заболеваниями у обследованных женщин явились анемия (95%), частые ОРВИ в анамнезе (90%). Данная статистика еще раз позволяет предположить, что у женщин, перенесших хламидиоз, страдает иммунитет, чем объясняется высокий процент частых простудных заболеваний.

Нарушения менструального цикла отметили 65% женщин с овариальной недостаточностью. Основными видами нарушений менструального цикла были альгоме-

норея (68%), олигименорея (52%). Нарушения менструального цикла по типу ациклических кровотечений отметили 16% обследованных женщин.

Бесплодие отметили все женщины (25 пациенток) с овариальной недостаточностью. Среди них первичное бесплодие диагностировано у 18 (72%) женщин, вторичное бесплодие – у 7 (28%) женщин (рисунок 1).

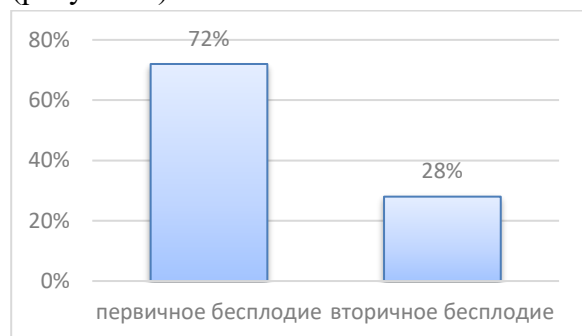


Рисунок 1. Удельный вес первичного и вторичного бесплодия среди женщин с овариальной недостаточностью

Достаточно высокий процент женщин с первичным бесплодием позволяет предположить, что заражение хламидийной инфекцией у этих пациенток произошло давно и период болезни был длительным. У 80% женщин с овариальной недостаточностью диагностирована микст-инфекция, в составе которой хламидии ассоциировались с другими различными видами инфекций. При микст-инфекции течение заболевания длительное время, может быть, без особых клинических проявлений, что является причиной несвоевременного выявления и лечения хламидиоза, что в свою очередь приводит к нарушениям репродуктивного здоровья женщин.

Гинекологический статус обследованных женщин характеризовался признаками хронического эндометрита и хронического оофорита. Все эти пациентки прежде получили этиотропную терапию хламидиоза и выявленных инфекций, соче-

тающихся с хламидиозом. Алгоритм обследования женщин, обратившихся по поводу бесплодия, представлен в таблице 1. Для диагностики овариальной функции яичников, недостаточность которой зачастую является непосредственной причиной бесплодия, показана оценка гонадотропной и овариальной гормональной функций, которые мы рекомендуем обследовать иммуноферментным методом определений уровней ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови. С целью диагностики типа овариальной недостаточности показано провести мониторинг фолликула.

После проведенного лечения, включающего терапию инфекции, реабилитационную терапию на фоне системной энзимотерапии и электрофореза с мумие, гормональную терапию овариальной недостаточности, проанализированы уровни гормонов сыворотки крови - гонадотропных и половых стероидных гормонов (таблица 2).

Ультразвуковой мониторинг фолликула и прослеживание овуляции, а также измерения толщины эндометрия во второй фазе цикла показали, что из 16 женщин с недостаточностью лютеиновой фазы у 14 (87,5%) пациенток толщина эндометрия нарастала и составила норму. У всех женщин с овариальной недостаточностью по типу ановуляции овуляторный менструальный цикл восстановился в 8 (88,9%) из 9 случаев. Беременность наступила у 16 (64%) женщин с овариальной недостаточностью (25 женщин), получивших гормональную терапию. Остальные 9 женщин с овариальной недостаточностью и отсутствием эффекта от гормональной терапии в последующем были направлены на гистеросальпингографию или диагностическую лапароскопию для определения проходимости

маточных труб. По-видимому, у этих только овариальная недостаточность. женщин причиной бесплодия была не

Таблица 1. Алгоритм обследования женщин, обратившихся по поводу бесплодия

Этапы обследования	Подробная информация
Жалобы	Наиболее частыми жалобами, кроме нарушений менструального цикла и бесплодия, при урогенитальном хламидиозе являются патологические бели, периодические тазовые боли, дизурические явления.
Общеклиническое обследование	Особенностей не имеет
Гинекологический осмотр	Соответствует нозологии воспалительного процесса половых органов
Лабораторная диагностика ИППП	ПЦР+ ИФА
Кольпоскопия	Наиболее частыми нозологиями шейки матки являются эндоцервицит, экзоцервицит, эрозия шейки матки
Лабораторная диагностика гонадотропной и овариальной функций	Определение ФСГ, ЛГ, эстрадиола на 3-й день менструального цикла и прогестерона на 25-й день менструального цикла
УЗИ матки, придатков, полости малого таза, молочных желез	Эхо-картина соответствует нозологии воспалительного заболевания половых органов
Мониторинг фолликула	В некоторых случаях – ановуляция или недостаточность лютеиновой фазы.
ГСГ маточных труб (после снятия острого процесса)	В некоторых случаях(чаще при бесплодии) – непроходимость маточных труб

Таблица 2. Частота женщин обследованных групп с изменениями по отношению к лабораторной норме уровней гонадотропных и половых стероидных гормонов до и после проведенной терапии

Показатель	До лечения (n=25)	После лечения (n=25)	χ^2 с поправкой Йейтса	Уровень значимости
ФСГ выше нормы	8 (20%)	1 (4%)	4,878	0,028
ЛГ выше нормы	7 (28%)	1 (4%)	3,720	0,054
Эстрадиол ниже нормы	9 (36%)	1 (4%)	6,125	0,014
Прогестерон ниже нормы	16 (64%)	1 (4%)	17,469	<0,001

Закключение. Таким образом, у женщин с бесплодием и овариальной недостаточностью, осложнившейся хламидийной инфекцией, наиболее часто отмечалась гинеко-

логическая патология в виде хронического эндометрита и оофорита, что привело к нарушению функции яичников и требовало, помимо этиотропной терапии в сочетании с системной энзимотерапией, реабилитационной терапии (электрофорез с мумие), а также вмешательств по нормализации гормональной функции яичников для восстановления репродуктивной функции женщин и устранения бесплодия. Грамотная диагностика типа овариальной недостаточности и соответствующая гормональная терапия эффективно восстанавливают овариальную функцию яичников и способствуют преодолению бесплодия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврукевич Е. А. Трубно-перитонеальное бесплодие: диагностика и лечение // Смоленский медицинский альманах. 2017. №1. С. 1720.
2. Володина Т.А., Саськова П.В., Иванова Е.В. Урогенитальный хламидиоз: современное состояние вопроса (обзор) // Фармакология и фармация. 2016. №3. С. 66-71.
3. 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.
4. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
5. Cheong H.C., Yap P.S.X., Chong C.W., Cheok Y.Y., Lee C.Y.Q. et al. Diversity of endocervical microbiota associated with genital Chlamydia trachomatis infection and infertility among women visiting obstetrics and gynecology clinics in Malaysia. // Obs. and Gin. 2019. Vol. 14 (11)
6. Singh A. Rapid POC tests have low sensitivity for C trachomatis in nonpregnant women or men of reproductive age. // Ann Intern Med. 2020. Vol. 172(12). P. 69.
7. Verwijs M.C., Agaba S.K., Sumanyi J.C., Umulisa M.M. et al. Targeted point-of-care testing compared with syndromic management of urogenital infections in women (WISH): a cross-sectional screening and diagnostic accuracy study. // Lancet Infect Dis. 2019. Vol. 19 (6). P. 658-669.
3. Супрунюк В.В., Цыганкова Д. А. Инфекции, передающиеся половым путем,

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Камилова Мархабо Ядгаровна – д.м.н., доцент, руководитель акушерского отдела ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 935009425; e-mail: marhabo1958@mail.ru

Ахадова Гульрухсор Иброхимовна – врач физиотерапевтической лечебницы г. Ходжента, соискатель научной темы; тел.: (+992) 935009425.

Коимдодова Бадахшон Козидавлятовна – зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 934175833

УДК.618.3

**МЕТОДИКА УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ
НОВОРОЖДЕННЫХ, «SAFE-R+» ПРОТОКОЛ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

М.Т. Каримова

*ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ*

В представленной публикации рассматриваются возможности эффективной диагностики критических состояний, угрожающих жизни новорожденных. Предложен протокол ультразвуковой диагностики для оказания медицинской помощи в экстренной ситуации новорожденным **SAFE-R+** (сонографическая оценка чрезвычайных ситуаций, угрожающих жизни, – пересмотрено). Предлагаемый протокол **SAFE-R+** основан на использовании стандартизированных точек, схема разработана в порядке срочности и приоритет отдавался излечимым причинам. Алгоритм протокола **SAFE-R+** обеспечивает быстрый скрининг неотложных состояний, в том числе острой левожелудочковой недостаточности, гиповолемии, тампонады сердца, гидроторакса, пневмоторакса, свободной жидкости в брюшной полости, внутрижелудочковых массивных кровоизлияний (ВЖК).

Ключевые слова: новорожденный, реанимация, ультразвуковая диагностика на месте, протокол УЗИ.

**МЕТОДИКАИ АРЗЕБИИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ХОЛАТҲОИ
МУХИМИ БА ҲАЕТИ НАВЗОДОН ТАҲДИДКУНАНДА,
ПРОТОКОЛИ " SAFE-R+ " (ТАҲЛИЛИ АДАБИЕТ)**

М.Т. Каримова

*Муассисаи давлатии «Пажуҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи
Тоҷикистон». Шӯъбаи гинекологияи эндокринологӣ ва репродуктологӣ*

Дар нашрияти пешниҳодшуда имкониятҳои таҳлили самаранок, ҳолатҳои вазнин, ки ба ҳаёти навзодон таҳдид мекунад, баррасӣ карда мешаванд. Протоколи таҳлили ултрасадоӣ барои расонидани ёрии тиббӣ дар ҳолати фавқулодда БА кӯдакони НАВЗОД **SAFE-R+** пешниҳод карда шуд (арзебии сонографии ҳолатҳои фавқулодда, ки ба ҳаёт таҳдид мекунад, аз нав дида баромада шуд). Протоколи пешниҳодшудаи **SAFE-R+** ба истифодаи нуқтаҳои стандартикунонидашуда асос ёфтааст, схема бо тартиби фаврӣ таҳия шудааст ва ба сабабҳои табобатшаванда афзалият дода мешавад. Алгоритми протоколи **SAFE-R+**, скрининги зудро барои ҳолатҳои фавқулодда, аз ҷумла норасоии шадиди меъдаи чап, гиповолемия, тампонадаҳои дил, гидроторакс, пневмоторакс, моеъи озод дар шикам, хунравии оммавии дохили меъдача (ВЖК) таъмин мекунад.

Калимаҳои калидӣ: навзод, реаниматсия, ултрасадо.

**METHOD OF ULTRASONOGRAPHIC OF ASSESSMENT
OF CRITICAL CONDITION OF LIFE-THREATENING NEWBORNS,
"SAFE-R+" PROTOCOL (LITERATURE REVIEW)**

M.T. Karimova

*Department of Gynecological Endocrinology and Reproductology of State Institution
"Tajik Research institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"*

The presented publication discusses the possibilities of effective diagnosis of critical conditions that threaten the life of newborns. The protocol of ultrasound diagnostics for the provision of medical care in an emergency to newborns SAFE-R+ (sonographic assessment of life-threatening emergencies - revised) is proposed. The proposed SAFE –R+ protocol is based on the use of standardized points, the scheme was developed in order of urgency and priority was given to curable causes. The SAFE-R+ protocol algorithm provides rapid screening of emergency conditions, including acute left ventricular failure, hypovolemia, cardiac tamponades, hydrothorax, pneumothorax, free fluid in the abdominal cavity, intraventricular massive hemorrhages (IVF).

Keywords: newborn, resuscitation, ultrasound.

Протоколы целевой экстренной ультразвуковой диагностики на месте оказания неотложной реанимационной медицинской помощи **POCUS** широко используется в экстренных ситуациях у взрослых [6, 9], но для педиатрической и неонатальной службы специальные и адаптированные алгоритмы ультразвукового исследования ранее отсутствовали. Протокол **SAFE-** (сонографическая оценка чрезвычайных ситуаций, угрожающих жизни) - это первый алгоритм ультразвукового исследования, в котором интегрированы современные знания о протоколе **POCUS**, целенаправленно разработанного для использования в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорождённых (ОРИТН), для выявления наиболее распространённых неотложных неонатальных осложнений, приводящих к внезапному ухудшению состояния [9].

Алгоритм протокола **SAFE-** объединяет современные знания по ультразвуковой диагностике и способствует выявлению наиболее критических неонатальных состояний. Протокол применяется только

для экстренного сканирования, а также используется для руководства первоначальными действиями по проведению реанимационных мероприятий. Показанием для использования данного протокола авторы считают возникновение неожиданных и тяжелых критических состояний новорождённых (брадикардия, тяжелая десатурация и др.) [1, 3, 4].

Преимущества данной диагностики - быстрота (5-10 мин), простота метода, может выполняться врачом, не имеющим специализации в области ультразвуковой диагностики [2]. При проведении данного исследования необходим один ультразвуковой датчик с частотой 5-13 МГц (линейный, микроконвексный или фазированный). Диагностическая схема предназначена для применения врачами-неонатологами в ОРИТН и выездных реанимационно-консультативных бригад с учетом особенностей системы оказания медицинской помощи новорожденным.

С 2008 г. разработан **BLUE**-протокол (Bedside Lung Ultrasound in Emergency). Данный протокол интенсивно осваивался

и осваивается неонатологами, в нем подразумевается использование ультразвукового датчика как «**сонографического стетоскопа**» для быстрой диагностики причин критического состояния и острой респираторной недостаточности [6, 9, 10]. Спустя десять лет, F.Raimondi и соавт. в 2018 г. разработали протокол **SAFE** (Sonographic assessment of LiFE – threatening Emergencies). В протокол входили следующие методики: ультразвуковая диагностика легких (за основу взят протокол **BLUE**), экстренная фокусная эхокардиография.

В 2021 г. N. Yousef и соавт. опубликовали статью, в которой предложили пересмотреть существующий протокол **SAFE**, расширив его за счёт верификации внегрудных причин острой декомпенсации ранее стабильных новорожденных в ОРИТН. Авторы рекомендовали назвать протокол **SAFE-R** (Sonographic assessment of liFE-threatening Emergencies Revised), включив в диагностический поиск критический стеноз аорты, острые абдоминальные осложнения и массивное внутрижелудочковое кровоизлияние [10].

Протокол **SAFE-R** основан на использовании стандартизированных точек, схема разработана в порядке срочности и приоритет отдавался, излечимым причинам. Протокол **SAFE-R** составлен по аналогии с предшественником, т.е. специалист не выполняет дополнительно никаких измерений, а проводит только качественную оценку состояния новорожденного. Такой подход существенно экономит время для выявления клиницистом критических состояний у пациентов [4].

На первом этапе работы в рамках **SAFE-R** врач полностью выполняет шаги, предусмотренные протоколом. Приоритетные позиции в диагностическом поиске занимают корригируемые причины декомпен-

сации, в связи с чем УЗ позиции датчика были выбраны таким образом, чтобы обеспечить логичное и легкое перемещение рабочего инструмента от грудной клетки к брюшной аорте, подвздошным областям, а затем к голове. Следовательно, исключение тампонады сердца является первым шагом, затем пневмоторакс, плевральный выпот, свободная жидкость в брюшной полости асцит и тяжелое ВЖК или врожденный порок развития головного мозга.

В 2021 г. на базе двух перинатальных центров РФ был создан и апробирован диагностический алгоритм, получивший название **SAFE-R+** (рис.).

В качестве основы для дополнения были взяты разработанные ранее протоколы **SAFE** и **SAFE-R**.

На первом этапе диагностики врач визуально оценивает сократимость ЛЖ, а также исключает тампонаду сердца.

В новом протоколе **SAFE-R+** дополнительно поставлена задача по выявлению тяжелой гиповолемии. О развитии гиповолемии косвенно судят на основании визуальной оценки наполнения камер сердца, а также изменения размера нижней полой вены (НПВ) во время кардиореспираторного цикла. Дисфункцию миокарда определяют визуально по выбросу в момент систолы и диастолы в левом желудочке, при этом новорожденный должен находиться на самостоятельном дыхании.

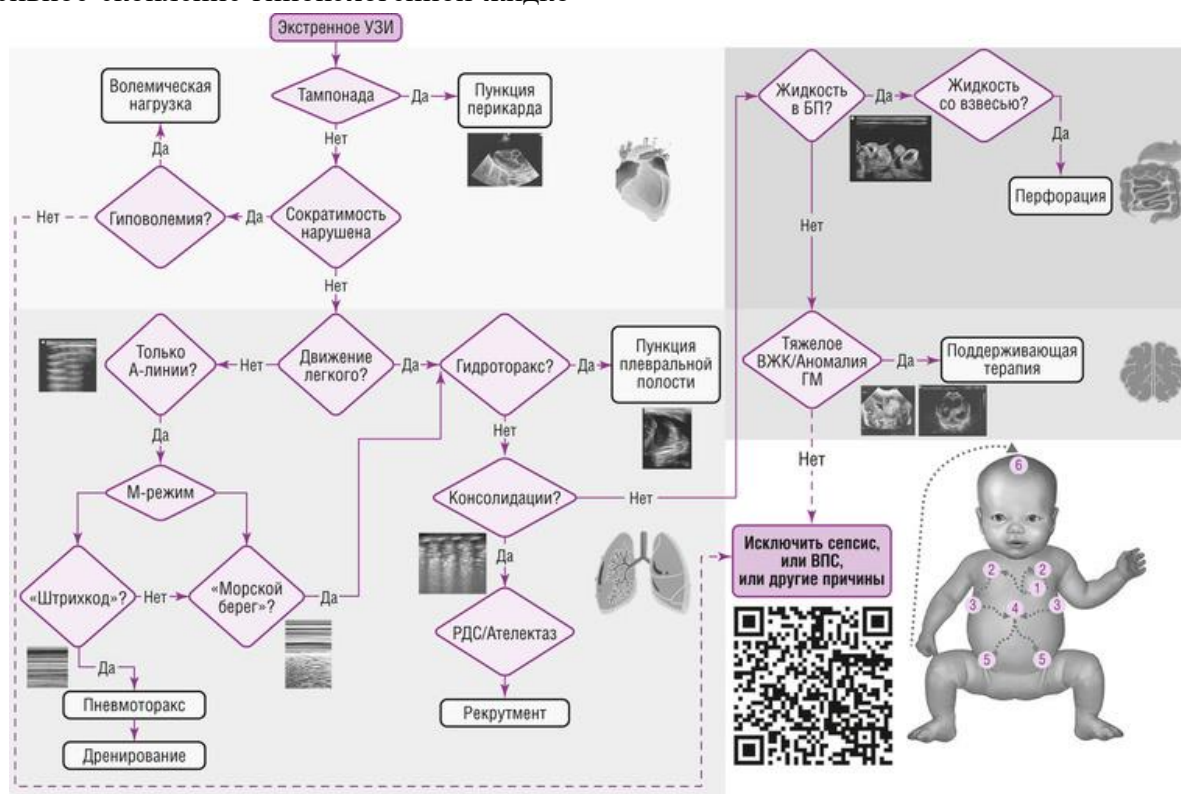
Однако следует принять во внимание тот факт, что на фоне применения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), в том числе при использовании высоких значений среднего давления в дыхательных путях, а также изменении показателя частоты сердечных сокращений может произойти нарушение функции венозного

возврата и оценка реакции НПВ будет малоинформативной [1].

Техника выполнения: поместить датчик в эпигастральную область, направив метку в левую подвздошную область.

Оценка: тампонада определяется как массивное скопление гипонэхогенной жидко-

сти в полости перикарда, полностью окружающее все камеры сердца. Дополнительным признаком, подтверждающим тампонаду сердца, является диастолический коллапс правых отделов сердца.



Протокол SAFE-R+

Необходимо отметить, что **SAFE-R+** протокол не предназначен для выявления врожденных пороков сердца (ВПС). У новорожденных присутствует риск недиагностированного критического ВПС и поэтому после исключения всех вышеперечисленных нозологий врач при наличии необходимых компетенций переходит к эхокардиографии (ЭхоКГ) с использованием специализированных датчиков или же проводит симптоматическую терапию в ожидании специалиста УЗ-диагностики [1, 4].

Исключив тампонаду сердца, нарушение сократимости ЛЖ и гиповолемию, согласно новому алгоритму **SAFE-R+** протокола, врач переходит к диагностике

заболеваний легких, в частности напряженного пневмоторакса, гидроторакса, а также ателектаза легкого. Эта нозология также не была учтена в ранее опубликованных протоколах.

К настоящему моменту в качестве диагностического инструмента патологического состояния в клинической практике используют рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Однако у этой манипуляции немало недостатков - недоступность в ряде стационаров, трудности перемещения тяжелобольных новорожденных, контроля положения тела пациента и риски, связанные с радиационным воздействием [1, 4].

В современной литературе представлены достаточно убедительные доказательства того, что УЗИ - эффективный инструмент для диагностики ателектаза легкого, по чувствительности и специфичности превышающий рентгенологическое исследование [2, 3].

Техника выполнения: датчик устанавливается ниже ключицы, вдоль срединно-ключичной линии. Одновременно проводится сканирование в режимах «В» и «М».

Оценка: признаками пневмоторакса являются наличие статичных А-линий, точки легкого, отсутствия скользяния лёгкого и В-линии. Сканирование в «М»-режиме, наличие знака «штрих код» или рисунка «стратосферы».

Техника и оценка для исключения гидроторакса.

Техника выполнения: датчик устанавливается сбоку вдоль средней подмышечной линии поочередно с обеих сторон, таким образом, чтобы одновременно визуализировать печень/ селезенку и край легкого.

Оценка: при наличии плеврального выпота определяется гипоехогенная полоска жидкости между нижними краями легкого и печенью/селезенкой (реберно-диафрагмальные углы).

Вслед за исключением внутригрудных патологических состояний протоколом **SAFE-R+** предусмотрен переход к диагностике внегрудных осложнений, к которым относят наличие патологического выпота в брюшной полости.

Техника выполнения: датчик поочередно устанавливается в правую и левую подвздошные области параллельно паховой складке.

Оценка: наличие жидкости определяется как гипоехогенное содержимое, окружающее кишечник и в «карманах». Наличие в выпоте гетерогенных взвесей говорит о

перфорации кишечника и/или активном кровотечении.

Для выявления внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) и аномалий развития головного мозга используется чрезродничковый метод нейросонографии.

Техника выполнения: датчик устанавливается в область большого родничка во фронтальной плоскости (срезом через тела боковых желудочков).

Оценка: визуализация увеличенных и/или асимметричных боковых желудочков с наличием в полостях гиперэхогенных включений говорит о наличии ВЖК.

Экстренная ультрасонография позволяет с достаточной степенью уверенности диагностировать данные состояния.

Новорождённые, находящиеся в ОРИТН, потенциально подвержены осложнениям, связанным с их основным заболеванием и инвазивными процедурами.

Современные методы диагностики неотложных состояний основаны на данных рентгеновских снимков органов грудной клетки, брюшной полости. Информативность их в немалой степени зависит от навыка трактовки рентгенологических снимков (хотя и с определенной долей погрешности) практически у каждого врача, работающего в ОРИТН [10].

Полноценный осмотр специалистом, имеющим квалификацию врача УЗИ-диагностики, в круглосуточном режиме доступен не во всех клиниках. В последние годы все более распространенной становится практика применения прикроватного экстренного УЗИ для диагностики неотложных состояний врачами отделений реанимации и интенсивной терапии. В качестве важнейших практических преимуществ метода можно отметить возможность быстрого выполнения непосредственно у кювета или открытой реанимационной системы, воспроизводи-

мость, неинвазивность и высокую диагностическую эффективность по сравнению с рентгенографией органов грудной клетки и брюшной полости [3, 4, 10].

Методика экстренного УЗИ предусматривает использование 1 высокочастотного датчика (5–13 МГц), что позволяет существенно быстрее верифицировать диагноз. Для освоения и практического применения протокола врачу не требуется наличия специализации по УЗ-диагностике, подготовка персонала занимает небольшой период времени [4]. Однако стоит отметить, что проблема внедрения методики в широкую клиническую практику состоит в оснащении ОРИТН современным портативным УЗ-оборудованием и его доступностью для сотрудников отделения, а также необходимостью обязательной отработки практических навыков по применению методики неонатологом-реаниматологом, либо в симуляционно-тренинговых центрах, либо на рабочем месте [1, 4, 10].

Алгоритм протокола предназначен для использования в случае острой декомпенсации и дестабилизации пациента в отделении интенсивной терапии у ранее стабильных новорожденных после исключения наиболее распространенных технических причин (например, окклюзии или смещения эндотрахеальной трубки, поломки аппарата ИВЛ и др.).

SAFE-R+ обеспечивает быстрый скрининг неотложных состояний, в том числе острой левожелудочковой недостаточности, гиповолемии, тампонады сердца, гидроторакса, пневмоторакса, ателектаза легкого. Экстренная диагностика брюшной полости помогает в выявлении острых хирургических патологических состояний - некротизирующего энтероколита, перфорации кишечника в случае обнаружения свободной жидкости в брюшной

полости, кровотечения, пороков развития лимфатического протока. Экстренная диагностика - нейросонография - позволяет выявить ВЖК и грубые пороки развития, что может влиять на клиническое состояние пациента.

После обучения в симуляционно-тренинговом центре протокол может активно использоваться в практической работе [4].

Внедрение протокола **SAFE-R+** позволило оптимизировать работу с критическими пациентами, сократить время принятия решения о выборе терапевтической тактики при остром ухудшении состояния. За счет проводимых УЗИ легких на 23% уменьшилось количество проводимых рентгенологических исследований грудной клетки. Использование функциональной ЭхоКГ при развитии шока различной этиологии позволяет более обоснованно назначать инотропную и вазопрессорную терапии [1, 2, 4].

Заключение. Таким образом, предварительные результаты внедрения модифицированного протокола **SAFE-R+** свидетельствуют о его эффективности в повышении качества диагностики и терапии критических состояний у новорожденных. Перспективность методики предполагает продолжение работы по накоплению доказательных данных, подтверждающих целесообразность внедрения протокола в широкую клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крушельницкий А.А., Юденков Д.И., Кондратьев М.В., Петрова А.С., Серова О.Ф. SAFE-R+ ультразвуковой протокол в практике врача-реаниматолога отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 10, № 1. С. 34-39.

2. Мязин А.А. К вопросу о безопасности УЗИ диагностики легких у новорожденных (Обзор литературы) // Репродуктивное здоровье. 2023. Т.13, №1.
3. Нефедов С.В., Чепняев Т.М. Ультразвуковая диагностика легких у недоношенных новорожденных // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 8, № 1. С. 61-66
4. Степанова О.А., Сафина А.И. УЗИ диагностика в ОРИТН // Вестник современной клинической медицины. – 2014. Т. 7, Вып. 6.
5. Acosta C.M., Maidana G.A., Jacovitti D. et al. Accuracy of transthoracic lung ultrasound for diagnosing anesthesia-induced atelectasis in children. // Anesthesiology. 2014. Vol. 120 (6). P. 1370-1379.
6. Atkinson P., Bowra J., Milne J., et al. International Federation for Emergency Medicine Consensus Statement: Sonography in hypotension and cardiac arrest (SHoC): an international consensus on the use of point of care ultrasound for undifferentiated hypotension and during cardiac arrest. // CJEM. 2017. Vol. 19 (6). P. 459-70.
7. Liu J., Chen S.W., Liu F. et al. The diagnosis of neonatal pulmonary atelectasis using lung ultrasonography. // Chest. 2015. Vol. 147 (4). P. 1013-1019.
8. Pierro M. et al. Lung ultrasound guided pulmonary recruitment during mechanical ventilation in neonates: a case series. // J Neonatal Perinatal Med. 2021. Vol. 17. P. 1-9.
9. Singh Y., Tissot C., Fraga M.V. et al. International evidence-based guidelines on Point of Care Ultrasound (POCUS) for critically ill neonates and children issued by the POCUS Working Group of the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC). // Crit Care. 2020. Vol. 24 (1). P. 65.
10. Yousef N., Singh Y., De Luca D. "Playing it SAFE in the NICU" SAFE-R: a targeted diagnostic ultrasound protocol for the suddenly decompensating infant in the NICU. // J. Pediatr. 2022. Vol. 181 (1). P. 393-398.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Каримова Мавлюда Тимуровна – врач-неонатолог ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ;
тел.: (+992) 917488403

УДК.618.3

ФЕТАЛЬНАЯ МАКРОСОМИЯ. АНАЛИЗ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

М.Т. Каримова

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа акушерских и перинальных последствий фетальной макросомии.

Материал и методы. Изучена структура акушерских и перинатальных последствий 226 случаев рождения новорожденных с фетальной макросомией (ФМ), родившихся массой более 4000 г. Выделили 3 подгруппы новорождённых с ФМ: первая подгруппа масса 4000 – 4499 г - 185 (81,3%), вторая - 4500 – 4999 г – 36 (17,3%) и третья - более

5000 г, «гигантский плод» - 5 (1,4%) случаев. Контрольную группу составили 130 новорожденных массой тела при рождении 3000 – 3999 г.

Результаты. Чаще рождались новорожденные мужского пола - 152 (67,3%). Женщин в активном репродуктивном возрасте выявлено 113 (50%), в позднем - 103 (45,6%), повторнородящих – 145 (65,0%), многорожавших - 33 (14,6%), имевших избыток массы тела или ожирение - 46 (20,3%). Беременности протекали на фоне анемии у 55 (24,3%), пиелонефрита - 28 (12,4%) случаев. Выявлена высокая частота осложнений течения беременности: преэклампсии – 37 (13,7%), многоводие, асфиксия в родах - 36 (15,9%), родовой травматизм и перинатальная смертность – 10 (4,4%)

Заключение. Проведенный анализ позволяют говорить о сохраняющейся проблеме рождения новорожденных с фетальной макросомией. С целью формирования группы риска беременных женщин по рождению новорожденных с ФМ необходимо обследование в антенатальном периоде, особенно женщин, проживающих в сельских местностях.

Ключевые слова: фетальная макросомия, новорожденные, крупный плод.

МАКРОСОМИЯ ҲОМИЛА. ТАҲЛИЛИ ОҚИБАТҲОИ АКУШЕРӢ ВА ПЕРИНАТАЛИ

М.Т. Каримова

МД «Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили муқоисавии оқибатҳои акушерӣ ва периналии макросомияи ҳомила мебошад.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективии 226 таърихи таваллуд ва кӯдакони навзод, ки вазни онҳо зиёда аз 4000 гр аст, гузаронида шудааст. дар клиникаи НИИ АГ ВА ПРТ (2023г). Ба таҳия ҳомиладорӣ, ки пас аз ҳомиладорӣ экстракорпоралӣ ва номувофиқатии хуни модар ва ҳомила, ҳомиладорӣ бисерчониба ба амал омадааст, дохил карда нашудааст. 3 зергурӯҳи навзодон бо ФМ ҷудо карда шуданд, зергурӯҳи аввал вазни 4000гр 4499гр -185 (81,3%) ҳолат, дуюм аз 4500гр 4999гр 36 (17,3%) ва сеюм зиёда аз 5000гр меваи азим 5 (1,4%) ҳолат. Гурӯҳи назоратӣ 130 кӯдаки навзодро ташкил дод, ки вазни таваллудашон аз 3000 гр то 3999 гр буд.

Натиҷаҳо. Сохтори оқибатҳои акушерӣ ва периналии 226 ҳолати таваллуди кӯдакони навзод бо макросомияи ҳомила (ФМ) омӯхта шудааст. Тадқиқот нишон дод, ки кӯдакони навзоди ҷинси мард -152 (67,3%) бештар таваллуд мешаванд. Занон дар синни ҷаъоли репродуктивӣ 113(50%) ва дер -103 (45,6%) ошкор карда шуданд, 145(65,0%) ва 33(14,6%)-и бисерчинс, ки вазни зиёди бадан 6 фарбеҳӣ - (20,3%) доштанд. Ҳомиладорӣ дар заминаи анемияи у -55 (24,3%) ва пиелонефрит в – 28 (12,4%) ба амал омад.) ҳолатҳо. Басомади баланди мушкilotи ҳомиладорӣ ошкор карда шуд: преэклампсия - 37 (13,7%), бисеробӣ, асфиксия дар таваллуд – 36 (15,9%), ҷароҳати таваллуд ва ғавти перинаталӣ – 10 (4,4%)

Хулоса. Таҳлили гузаронидашуда имкон медиҳад, ки дар бораи мушкilotи таваллуди кӯдакони навзод бо макросомияи ҳомила сухан ронем. Бо мақсади ташкили гурӯҳи

хатари занони ҳомила аз рӯи таваллуди кӯдакони навзод бо ФМ, муоинаҳо дар давраи антенаталӣ, хусусан занони дар деҳот зиндагйкунанда зарур аст.

Калимаҳои асосӣ: макросомияи ҳомила, навзодон, ҳомилаи калон.

FETAL MACROSOMY.

ANALYSIS OF OBSTETRIC AND PERINATAL CONSEQUENCES

M.T. Karimova

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

Aim. To conduct a comparative analysis of obstetric and perinatal consequences of fetal macrosomy.

Material and methods. A retrospective analysis of 226 histories of births and newborns born weighing more than 4000 gr. in the clinic of the Research Institute of AG and P RT (2023) was carried out. The development did not include pregnancies that occurred after in vitro fertilization and incompatibility of maternal and fetal blood, multiple pregnancies. 3 subgroups of newborns with FM were identified, the first subgroup weighing 4000 gr – 4499 gr - 185 (81.3%) cases, the second from 4500 gr – 4999 gr - 36 (17.3%) and the third more than 5000gr – "giant fetus" 5 (1.4%) cases. The control group consisted of 130 newborns with a birth weight from 3000 g to 3999 g.

Results. The structure of obstetric and perinatal consequences of 226 cases of birth of newborns with fetal macrosomia (FM) was studied. The study showed that male newborns were born more often - 152 (67.3%). Women of active reproductive age were identified - 113 (50%) and late - 103 (45.6%), repeat births - 145 (65.0%) and high-cost - 33 (14.6%), who had excess body weight or obesity - 46 (20.3%). Pregnancies occurred against the background of anemia in -55 (24.3%) and pyelonephritis in - 28 (12.4%) cases. A high incidence of pregnancy complications was revealed: preeclampsia - 37 (13.7%), polyhydramnios, asphyxia in childbirth -36 (15.9%), birth trauma and perinatal mortality – 10 (4.4%)

Conclusion. The conducted analysis allows us to speak about the continuing problem of the birth of newborns with fetal macrosomia. To form a risk group of pregnant women at birth of newborns with FM, it is necessary to conduct examinations in the antenatal period, especially for women living in rural areas.

Keywords: fetal macrosomia, newborns, large fetus.

Актуальность. Термин фетальная макросомия (ФМ) подразумевает рождение новорожденного, масса тела которого превышает 90 перцентилей для данного срока беременности, также используется термин «крупный к сроку гестации». По данным ВОЗ, частота рождения с ФМ составляет в среднем от 2,5% до 18,5 % случаев. Признанными причинами рожде-

ния новорожденных с ФМ являются избыточная масса тела или ожирение матерей и сахарный диабет, следует учитывать и генетическую предрасположенность, в семейном анамнезе женщина сама родилась с крупным весом или имело место рождение предыдущего крупного ребёнка, а также повышение социального уровня жизни. Частота рождения новорожденных

с ФМ варьирует от 2,5% в Нигерии, 6,2% - в Турции, 17,1% - в Казахстане и 28% - в Канаде.

По статистическим данным, частота рождения новорожденных с ФМ в РТ составляет в среднем 5,6%. Данная категория требует особого внимания врачей разных специальностей: акушеров, эндокринологов, неонатологов, неврологов, диетологов. Отмечено, что роды крупным плодом – это риск осложнений как для женщин, так и новорождённых. ФМ сочетается с дисгармоничными, диспропорциональными изменениями размеров плода. При не соблюдении гликемического контроля и диетотерапии, особенно при наличии диабета, ожирения у беременной, новорожденные рождаются с избыточным отложением жировой ткани в верхней части туловища и межлопаточных областях, что приводит к увеличению окружности плечевого пояса и впоследствии – дистонии плечиков, родовому травматизму, асфиксии и смерти новорождённых [1, 2, 3].

Известно, что нет единого подхода к родоразрешению данной категории беременных женщин, принятие выжидательной или активной тактики принимается индивидуально. При выборе метода родоразрешения предлагают выделять группу беременных без диабета с ФМ с учетом паритета и анамнестических данных [1]. Перинатальная заболеваемость и смертность при данной патологии в пять раз выше значений в сравнении с рождением с нормальной массой новорождённых [1]. ФМ новорождённого, как отмечают многие авторы, имеет и долгосрочные последствия, повышенный риск развития диабета, ожирения, изменения в неврологическом статусе. У каждого пятого ребенка в первые три года жизни отмечается различные неврологические рас-

стройства и отставания в физическом развитии [2].

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа акушерских и перинатальных исходов фетальной макросомии.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 226 историй родов и новорожденных, родившихся массой более 4000 г, в клинике ТНИИ АГиП. В разработку не включали беременных, наступившие после экстракорпорального оплодотворения и с несовместимостью крови матери и плода. Выделили 3 подгруппы новорожденных с ФМ: первая подгруппа масса 4000 г – 4499 г - 185 (81,3%), вторая 4500 г – 4999 г – 36 (17,3%) и третья более 5000 г, «гигантский плод» - 5 (1,4%) случаев. Контрольную группу составили 130 новорожденных массой тела при рождении от 3000 г до 3999 г.

Результаты и их обсуждение. При распределении беременных женщин по возрастным категориям в основной группе выявлено: до 20 лет – 7 (3,1%) случаев, в активном репродуктивном возрасте от 20 до 30 лет – 113 (50,0%), позднем репродуктивном возрасте (30-40 лет) – 103 (45,6%), старше 40 лет - 3 (1,3%) случая. В контрольной группе женщины в активном репродуктивном возрасте регистрировались в 123 (94,6%) случаях. Большинство женщин в основной группе были из сельской местности - 180 (79,6%) - с недостаточными данными в обменных картах, зачастую необследованных.

Отмечено, что 2/3 из общего числа родившихся с ФМ новорожденные были мужского пола – 152 (67,3%), 74 (32,7%) - женского пола, в контрольной группе рождение обоих полов было почти равным.

Первородящих женщин, родивших новорожденных с ФМ, в основной группе

регистрировалось в два раза меньше - 46 (20,3%) случаев в сравнении с контрольной группой – 53 (40,7%). Также отмечено, что в основной группе 145 (65,0%) женщин составили повторнородящие, в контрольной группе – 68 (52,4%). Число многорожавших (5 и более родов) женщин было в два раза больше, составляя 33 (14,6%) случая в основной группе и 6,8% - в контрольной группе. Каждая пятая беременная женщина имела избыток массы тела/ ожирение разной степени – 46 (20,3%) случаев.

Таким образом, новорожденные с ФМ чаще рождались мужского пола, у матерей в активном и позднем репродуктивном возрасте (старше 30 лет), повторнородящие и многорожавшие, каждая пятая из которых имела избыток массы тела или ожирение.

В основной группе роды через естественные родовые пути составили 182 (80,5%) случая, оперативное родоразрешение производилось в 44 (19,5%) случаях, из них большинство составили первородящие женщины – 14 (30,4%) случаев, повторнородящих и многорожавших было почти поровну -25 (17,0%) и 6 (18,2%) соответственно. Осложнённое течение беременности в виде преэклампсии в основной группе регистрировалось в 31 (13,7%) случае, многоводие – в 28 (12,4%), что на порядок выше в сравнении с контрольной группой. Аномалия родовой деятельности, как осложнение течения родов, в основной группе встречалось вдвое чаще и выявлено у 28 (12,4%) женщин в сравнении с контрольной группой – у 7 (5,3%).

Сравнительный анализ клинических характеристик групп и подгрупп новорожденных с ФМ

Показатель	Основная группа новорожденных – ФМ (n-226)				Контрольная группа (n-130)
Подгруппы (масса при рождении), г		4000 - 4499 185(81,8%)	4500 - 4999 36 (15,9%)	Более 5 000 5 (2,2%)	3000 - 3999
Первородящие	46 (20,3%)	44 (23,7%)	2 (5,6%)	-	53 (40,7%)
Повторнородящие	147 (65,0%)	122 (65,9%)	24 (66,6%)	1 (20,0%)	68 (52,4%)
Многорожавшие	33 (14,7%)	19 (10,4%)	10 (27,8%)	4 (80,0%)	9 (6,9%)
Роды через естественные родовые пути	182 (80,5%)	149 (80,5%)	29 (80,6%)	4 (80,0%)	100 (76,9%)
Оперативное родоразрешение	44 (19,5%)	36 (19,5%)	7 (19,4%)	1 (20,0%)	30 (23,1%)
Избыток массы/ ожирение	46 (20,3%)	26 (14,1%)	8 (22,2%)	2	9 (6,95%)
Анемия	55 (24,3%)	48 (25,9%)	7 (19,4%)	-	45 (34,6%)
Пиелонефрит	28 (12,4%)	24 (12,9%)	2 (5,5%)	2	16 (12,3%)
Сахарный диабет	8 (3,5%)	4 (2,1%)	4 (11,1%)	-	-
Преэклампсия	31 (13,7%)	22 (11,9%)	8 (22,2%)	1 (20,5%)	12 (9,2%)
Многоводие	28 (12,4%)	23 (12,4%)	5 (13,8%)	-	8 (6,1%)

Аномалии родовой деятельности	28 (12,4%)	21 (11,4%)	7 (19,4%)	-	7 (5,3%)
Дистресс плода в родах	13 (5,7%)	11 (5,9%)	2 (5,5%)	-	5 (3,8%)
Вакуум-экстракция	6 (2,6%)	6 (3,2%)	-		2 (1,5%)
Асфиксия при рождении	36 (15,9%)	19 (10,2%)	14 (38,8%)	3 (60,0%)	-
Перинатальная смертность	10 (4,4%)	7 (3,8%)	2 (5,5%)	1 (20,5%)	-

Доля новорожденных с ФМ, родившихся в удовлетворительном состоянии, составила 190 (84,1%) случаев. В состоянии асфиксии тяжёлой степени родились 10 (4,4%), умеренной асфиксии – 26 (11,5%) новорождённых.

Среди осложнений перинатальной заболеваемости чаще выявлялись гипоксическо-травматические поражения ЦНС – 8 (3,5%), брахиоплекситы - 3 (1,3%), кефалогематомы – 9 (3,9%) случаев.

Перевод новорождённых в отделение реанимации и интенсивной терапии составил 39 (17,2%) случаев, на 2-й этап для дальнейшего лечения -19 (8,4%). В структуру перинатальной смертности вошли внутриутробная пневмония – 5 (50%), множественные пороки развития - 3(30%), врожденные пороки развития сердца – 2 (20%).

Заключение. Результаты проведённого анализа позволяют говорить о сохраняю-

щейся проблеме рождения новорождённых с фетальной макросомией. С целью формирования группы риска беременных женщин по рождению новорожденных с ФМ необходимы обследования в антенатальном периоде, особенно в сельских местностях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геворкян А.С., Рымашевский А.Н. Макросомия плода: современное состояние, проблемы. // Современные проблемы наука и образования. 2016. № 6.
2. Макарова И.О., Байрамова М.А. Риск развития осложнений беременности у женщин с избыточным весом и ожирением. // Врач – аспирант. Воронеж, 2011. №1
3. Одиноква В.А., Шмаков А.Г. Современные аспекты акушерской тактики при фетальной макросомии. // Акушерство и гинекология. 2022. № 7

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Каримова Мавлюда Тимуровна – врач-неонатолог ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 917488403

УДК 618.146-002.17

ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ И ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

М.Б. Мирзоева, Н.М. Ашурова, С.А. Алиева, Р.Х. Ёракова, Г.А. Раджабова

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

ГУ «Городской медицинский центр здоровья № 7» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Повысить эффективность неинвазивных методов диагностики ВПЧ-ассоциированных цервицитов и обосновать дифференцированную тактику лечения данной патологии у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Обследовано 170 пациенток в возрасте от 17 до 46 лет с папилломавирусной инфекцией (ПВИ). Всем пациенткам было проведено комплексное обследование: оценка биоты нижнего отдела гениталий с назначением при необходимости этиотропного лечения и восстановлением лактофлоры, повторная кольпоскопия, жидкостная цитология, иммуноцитохимическое определение онкомаркеров, биопсия шейки матки, выскабливание цервикального канала по показаниям.

Заключение. При наличии адекватной кольпоскопической картины, после лечения возможно осуществлять динамический контроль по всей поверхности эктоцервикса, определить истинные размеры изменений и обнаружить резервные очаги ВПЧ, оценить локусы максимальных изменений с целью прицельного забора материала для цитологического или гистологического исследований, а также проводить кольпоскопию - контроль после полученной терапии.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция (ПВИ), ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки.

СЕРВИТСИТИ МУЗМИН ВА СИРОЯТИ ПАПИЛОМАВИРУСИ ДАР СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВӢ

М.Б. Мирзоева, Н.М. Ашурова, С.А. Алиева, Р.Х. Ёракова, Г.А. Раджабова

Кафедра акушерства и гинекологии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуайл ибни Сино»

Маркази шахрии саломатии №7 ш. Душанбе

Мақсади тадқиқот. Баланд бардоштани самаранокии усулҳои ғайриинвазивӣ барои таъхиси цервицити бо HPV алоқаманд ва асоснок кардани тактикаи дифференсиалии табобати ин патология дар занони синни репродуктивӣ

Мавод ва усулҳо. 170 нафар беморони синнашон аз 17 то 46-сола бо PVI муоина карда шуданд. Бемороне, ки ҳангоми таъхис бо осебҳои дараҷаи баланди intraepithelial (HSIL) мувофиқи таснифоти Бетезда таъхис шудаанд, аз омӯзиши минбаъда хориҷ карда шуданд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар сурати мавҷуд будани тасвири колпоскопии мувофиқ, пас аз табобат он имкон медиҳад, ки мониторинги динамикӣ дар тамоми сатҳи эктосервикс, муайян кардани дараҷаи воқеии тағирот ва ошкор кардани фосилаҳои захиравии HPV, арзёбии макони тағирёбии максималӣ бо мақсади гирифтани намунаи мақсадноки

мавод барои ташхиси ситологӣ ё гистологӣ, инчунин гузаронидани колпоскопия - назорат пас аз гирифтани табобат.

Калимаҳои асосӣ: сирояти папиломавируси (СПВ), бемориҳои гарданаки бачадон бо ҳамрадифии СПВ.

CHRONIC CERVICITIS AND HPV-INFECTION IN REPRODUCTIVE PERIOD. ROUTS TO DECREASE DIAGNOSTIC AND TREATMENT AGGRESSION

M.B. Mirzoeva, N.M. Ashurova, S.A. Alieva, R.H. Yorarova, G.A. Radzhabova

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the Avicenna

Tajik State Medical University

City Medical Health Center No. 7, Dushanbe

Aim. To increase the effectiveness of non-invasive methods for diagnosing HPV-associated cervicitis and to substantiate differentiated treatment tactics for this pathology in women of reproductive age.

Material and methods. 170 patients aged 17 to 46 years with PVI were examined. Patients who were diagnosed with high-grade intraepithelial lesions (HSIL) according to the Bethesda classification during the examination were excluded from further study.

Conclusions. Thus, in the presence of an adequate colposcopic picture, after treatment, it allows for dynamic monitoring over the entire surface of the ectocervix, determining the true extent of changes and detecting reserve foci of HPV, assessing the loci of maximum changes for the purpose of targeted sampling of material for cytological or histological examination, as well as performing colposcopy - control after receiving therapy.

Keywords: HPV infection, human papilloma virus (HPV), HPV-associated cervical disease.

Актуальность. Среди вирусных ИППП наибольшего внимания заслуживает возрастающая заболеваемость папилломавирусной инфекцией (ПВИ), инфицированность сексуально активного населения планеты составляет 20-60% [1, 3]. У 94,9% женщин, страдающих ИППП, выявляется ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) [2]. За последнее десятилетие число инфицированных ВПЧ, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ, 2004), увеличилось более чем в 10 раз и составляет 23,5% населения [4, 5, 6]. Проблема диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с ВПЧ за последнее десятилетие, является актуальной в связи с резким ростом заболеваемости, значительной контагиозностью и высоким

онкогенным потенциалом данного возбудителя в разных возрастных группах.

Актуальность данной проблемы диктует необходимость внедрения в практику новых диагностических технологий и щадящих методов лечения у пациенток репродуктивного возраста.

Цель исследования. Повысить эффективность неинвазивных методов диагностики ВПЧ-ассоциированных цервицитов и обосновать дифференцированную тактику лечения данной патологии у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования.

Обследовано 170 пациенток в возрасте от 17 до 46 лет с ПВИ. Пациентки, у которых в процессе обследования были диагностированы интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести (HSIL) в соот-

ветствии с классификацией Бетесда, из дальнейшего исследования были исключены.

Все пациентки, вошедшие в исследование, по результатам обследования на ВПЧ с типированием и определением вирусной нагрузки, были разделены на 3 группы: ВПЧ высокого канцерогенного риска были выявлены в 53% случаев, ВПЧ низкого канцерогенного риска - в 16%, ДНК ВПЧ не было обнаружено у 31% пациентов.

Всем пациенткам было проведено комплексное обследование, включающее несколько этапов диагностики: оценка биоты нижнего отдела гениталий с назначением при необходимости этиотропного лечения и восстановлением лактофлоры, повторная кольпоскопия, жидкостная цитология, иммуноцитохимическое определение онкомаркеров, биопсия шейки матки, выскабливание цервикального канала по показаниям. Расширенная кольпоскопия с применением традиционных тестов и использованием терминологии. Для получения изображения зонд представляли к кольпоскопически визуализируемой зоне интереса и фиксировали легким прижатием на 5-7 секунд. Сбор и отражение данных на мониторе компьютера осуществляли в режиме реального времени с использованием программы.

Оценка биоты нижнего отдела гениталий осуществлялась с помощью качественного ПЦР-анализа на абсолютные патогены и исследования биоценоза урогенитального тракта методом «Фемофлор».

Для цитологического исследования материал забирали из цервикального канала, переходной зоны и экзоцервикса с помощью одноразовой цервикальной щётки cytobrush, а при III типе зоны трансформации - с помощью щётки cervix-brush. Оценку результатов цитологического

исследования производили согласно классификационной системе Папаниколау в соотношении с классификациями Бетесда и ЦИН. Иммуноцитохимическое определение онкомаркеров, гистологическое исследование проводились по общепринятой методике. Забор материала для морфологической оценки осуществлялся с помощью биопсийной петли для радиоволновой хирургии.

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных пациенток составил от 17 до 46 лет (средний возраст – 29 лет). Большинство женщин находились в возрастной группе до 30 лет (69%), что подтверждает многочисленные данные международных и отечественных исследований о том, что у женщин молодого возраста ВПЧ-ассоциированная патология встречается чаще, однако и в зрелом возрасте является актуальной проблемой.

При первом визите всем пациенткам проводилась кольпоскопия. Согласно общим положениям по кольпоскопической классификации Рио-де-Жанейро неадекватная картина отмечалась в 87% случаев из-за проявлений воспаления, контактных кровотечений, рубцовых деформаций, III типа зоны трансформации. При кольпоскопическом зондировании влагалищной порции шейки матки у 66% пациенток были получены изображения в соответствующей желто-коричневой палитре, где оттенки желтого соответствуют большей, а оттенки коричневого - меньшей оптической плотности. Данные изображения были отнесены к доброкачественным из-за наличия субэпителиальных включений, нормальной скорости угасания сигнала и чёткой двуслойности изображения, где верхний слой имеет меньшую оптическую плотность, чем нижний. Кроме доброкачественности, изображения отражали интенсивность воспалительного процесса

эктоцервикса: явное усиление, ветвистость сосудистого рисунка, отек стромы, оцениваемый с помощью сниженной скорости угасания оптического сигнала.

В остальных 23% случаев были получены сомнительные изображения, характеризующиеся двуслойностью с одинаковой оптической плотностью слоев, либо наличием оптически более плотного верхнего слоя, либо с локусами злокачественного (быстроугасаемого) сигнала.

У 75% пациенток наблюдалась сопутствующая патология шейки матки, из них у 70% женщин ПВИ протекала на фоне эктопии либо эктропиона, рубцовая деформация цервикса отмечалась в 13% случаев, эндометриоз шейки матки – в 8%, полипы цервикального канала – у 3,5% обследованных пациенток.

Генитальные кондиломы, как клиническая форма течения ПВИ, были выявлены у 9,5% пациенток, в 3,5% случаев были диагностированы кондиломы шейки матки, в 5% - вульвы и влагалища. Частота встречаемости данной патологии при беременности составила 62,5% случаев.

На втором этапе диагностического исследования выявлялась этиология воспалительного процесса.

По нашим данным, ПВИ чаще всего сочетается с уреаплазмозом (в 35% случаев) и кандидозом (в 10% случаев), в 7,5% случаев у пациенток с ПВИ был обнаружен микоплазмоз, в 5% - гонорея и цитомегаловирус, в 2,5% - трихомониаз и хламидиоз. В 30% случаев ВПЧ-инфекция протекала на фоне дисбаланса за счёт снижения количества лактобактерий, а в 32,5% случаев - на фоне анаэробного дисбиоза.

Нами были обследованы 90 ВПЧ-позитивных пациенток с нарушением влагалищного биоценоза.

Кольпоскопические поражения II степени встречались в 8%, из них 4,7% пришлось

на грубую мозаику и грубую пунктацию, а 3,3% случаев - на симптом «поражения в поражении». Кольпоскопических данных, подозрительных на инвазию, выявлено не было.

На третьем диагностическом этапе кольпоскопии имела прицельный характер: щуп ставился на зону максимальных кольпоскопических изменений для оценки ее оптической плотности и поиска злокачественных локусов.

Следующим этапом оптической диагностики было сопоставление кольпоскопических границ, «поиск кольпоскопически замаскированных изменений» эпителия и субэпителиальных структур, которые могут быть расценены как резервуар инфекции.

Следующим важнейшим диагностическим шагом являлось контролируемое кольпоскопией прицельное цитологическое исследование, производимое методом жидкостной цитологии.

По результатам нашего исследования, у 87% пациенток цитологический мазок был отнесен к LSIL по классификации Бетесда, из них 59,7% - мазки типа ASCUS, то есть II класс мазка по Папаниколау, что соответствует признакам ПВИ по системе ЦИН, а 27,3% мазков были отнесены к III классу по Папаниколау или к ЦИН I. У 13% женщин была выявлена нормальная цитологическая картина.

Четвёртый диагностический этап - иммуноцитохимическое определение онкобелков. Повышенный уровень экспрессии маркеров, характерный для дисплазии многослойного плоского эпителия, был отмечен у 14,28% обследованных женщин. У 87,5% а-позитивных пациенток цитологически была выявлена ЦИН, негативная реакция у оставшихся 12,5% пациенток может свидетельствовать как о ложно позитивных данных жидкостной

цитологии и ложно негативных данных определения онкомеркера, так и о реактивном характере дисплазии. Е7 - положительные пациентки - составляют, по нашим данным, 78,33% среди женщин, страдающих ВПЧ-ассоциированными цервицитами. У 30,77% пациенток с цитологически подтвержденной ЦИН онкобелок ВПЧ был отрицательным, что может свидетельствовать о том, что ВПЧ находился в клетке в эпизомальной форме либо ЦИН развилась на фоне других высокоонкогенных типов ВПЧ.

Гистологическое исследование должно быть заключительным диагностическим этапом, так как этот метод является инвазивным, травматичным и может нарушить репродуктивные планы пациентки. Показаниями к проведению биопсии пациенткам с ВПЧ-ассоциированными цервицитами, по нашему мнению, являются: наличие злокачественных локусов при отсутствии данных за HSIL по данным жидкостной цитологии; LSIL без положительной динамики при проведении патогенетической терапии и динамическом наблюдении 18–24 мес.; возраст пациентки более 35 лет; невозможность дальнейшего наблюдения. При III типе зоны трансформации обязательным является выскабливание цервикального канала. Биопсия должна быть кольпоскопически ориентированной и максимально щадящей, поэтому в нашем исследовании мы применяли методы радиоволновой хирургии, что позволяло контролировать размер иссекаемого участка, глубину биопсии, получать образцы с минимальными коагуляционными повреждениями.

При выборе тактики дальнейшего ведения пациентки были разделены на три группы, в зависимости от конкретной клинической ситуации и согласно совокупности полученных результатов на этапах диагности-

ки. 40% пациенток, у которых имело место сочетание доброкачественного типа, I степени кольпоскопических изменений была определена тактика активного динамического наблюдения после курса противовирусной и иммуномодулирующей терапии при Е7-отрицательной реакции или нескольких курсов - при Е7-положительной реакции, в том числе и в группе планирующих беременность женщин. У 18% пациенток при наличии злокачественных локусов, I-II степенях кольпоскопических изменений, негативной или позитивной реакции было выполнено прицельное гистологическое исследование, далее тактика ведения пациенток соответствовала I-й группе.

Заключение. Таким образом, кольпоскопия на первом диагностическом этапе позволяет в режиме реального времени исключить инвазивную патологию шейки матки, оценить интенсивность воспалительного процесса и морфофункциональные особенности поверхностных и подповерхностных слоев исследуемой ткани. Таким образом, наши методы повышают информативность кольпоскопии.

Второй диагностический этап при наличии адекватной кольпоскопической картины позволяет после лечения осуществлять динамический контроль по всей поверхности эктоцервикса, определить истинные размеры изменений и обнаружить резервные очаги ВПЧ, оценить локусы максимальных изменений с целью прицельного забора материала для цитологического или гистологического исследований, а также проводить кольпоскопию в качестве контроля после полученной терапии. Применение капсул Полижинакс целесообразно на втором этапе обследования пациенток с хроническим экзоцервицитом на фоне ПВИ для санации влагалища и достижения адекватной

кольпоскопической картины, необходимой для осуществления третьего этапа ведения пациенток с данной патологией. По нашему мнению, использование предлагаемой тактики при хронических цервицитах, ассоциированных с ВПЧ, позволит оптимизировать диагностический процесс, исключив неадекватные травматизации шейки матки, а также обосновать щадящее лечебное воздействие у женщин репродуктивного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апгар Б.С, Броцман Г.Л, Шпицер М. Клиническая кольпоскопия. Иллюстрированное руководство; пер. с англ под общей ред. В.Н. Прилепской. - М., 2012.
2. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. М., 2011.
3. Роговская С.И., Аكوпова Е.С., Коган Е.А. Совершенствование лечебно-диагностических подходов к ВПЧ-инфекции гениталий. // РМЖ. 2011. Т. 20. С. 1238.
4. Moscicki A.B., Ma Y. et al. The role of sexual behavior and HPV persistence in predicting repeated infections with new HPV types. // Cancer. Epidemiol. Biomarkers. Prev. 2010. Vol. 19 (8). P. 2055-2065.
5. Schiffman M., Castle P.E. The promise of global cervical-cancer prevention. // N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353. P. 2101-2104.
6. Wright T.C., Cox J.T. et al. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. // Am. J. Obstet. Gynaecol. 2003. Vol. 189 (1). P. 295-304.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Мирзоева Маъмурой Бозоровна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 933332792;
e-mail: mamurasha85@mail.ru;

Ашурова Нодира Музаффаровна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 918333194

Алиева Сарвиноз Абдурахмоновна - врач акушер-гинеколог, Городской медицинский центр здоровья №7; тел.: (+992) 888801882

Ёракова Раджабмох Хушмадовна - врач акушер-гинеколог, Городской медицинский центр здоровья №7; тел.: (+992) 884350033

Раджабова Гавхар Абдусаломовна - врач акушер-гинеколог, Городской медицинский центр здоровья №7

УДК 616.379-008.64:618.2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТФОРМИНА В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОК С ПРЕДИАБЕТОМ И НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ

Ш.Н. Орипова, З.К. Байматова, Р.Я. Алиева, Н.С. Талбова

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценка влияния диетотерапии или применения метформина при прегравидарной подготовке на течение беременности и развитие перинатальных осложнений.

Материал и методы. В исследование включена 61 женщина с невынашиванием в анамнезе. Наряду с общепринятым обследованием всем пациенткам проведен ПГТТ с 75 г глюкозы, в ходе которого определяли содержание инсулина в крови натощак и через 2 часа после приема глюкозы, определяли коэффициент ИР. У 14 женщин ПГТТ и коэффициент ИР соответствовали нормальным (I контрольная гр.). У 33 женщин при нормальном ПГТТ показатели ИР превышали контрольные — II гр. (наличие ИР), которая была рандомизирована на 2 подгруппы: II А - 22 женщины, получавших диетотерапию, II Б - 11 женщин, получавших метформин на прегравидарном этапе. У 14 женщин наличие ИР установлено при НТГ (III гр., терапия метформином). Метформин назначали в дозе 1500 мг/с в течение 3–4 месяцев.

Результаты. Полученные данные показывают, что предотвращение развития макросомии у пациенток с предиабетом может быть достигнуто применением метформина на этапе предгравидарной подготовке.

Ключевые слова: предиабет, инсулинорезистентность, метформин, беременность, ГСД, макросомия.

**МЕТФОРМИН БАРОИ ТАЕРИ ДАР ДАВРАИ ПЕШ
АЗ ХОМИЛАДОРИ БАРОИ БЕМОРОНИ ПЕШ АЗ ДИАБЕТДОШТА
ВА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОКИ БА ГЛЮКОЗА ДОШТА**

Ш.Н. Орипова, З.К. Байматова, Р.Я. Алиева, Н.С. Талбова

МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мақсади тадқиқот. Мақсади кор ҳолати инсулинорезистентнокӣ ва равандҳои гормоналӣ дар беморони пеш аз диабетдошта, инчунин баҳодиҳии раванди парҳез ва ё ин ки таъсири метформин барои таъри дар давраи пеш аз ҳомиладориро барои беморони пеш аз диабетдошта ва инсулинорезистентнокӣ ба глюкоза доштаро дар раванди ҳомиладорӣ ва баъди таваллудро дарбар мегирад.

Мавод ва усулҳо. Дар тадқиқот 61 нафар занҳои дар анамнезашон искоти ҳамл дошта иштирок карданд, дар қатори тадқиқотҳои умумӣ ба занҳои санҷиши таҳаммулпазирии глюкозаи даҳон (СТГД) бо додани 75 гр глюкоза ба дили нахор ва 2 соати баъди он коэффисиенти инсулинорезистентноки муайян карда шуд. Дар 14 нафар СТГД коэффисиенти инсулинорезистентнокӣ мувофиқи меъёр буд (гуруҳи контролӣ).

Натичаҳо. Дар 32 нафар занҳо дар ҳолати меъёри СТГД нишондиҳандаҳои инсулинрезистентнокӣ аз меъёр зиёд – гуруҳи II (инсулинрезистентнокӣ дошта) дар навбати худ ба ду зергуруҳ чудо карда шуд.

II A аз 22 зан иборат буд, ки онҳо парҳез мекарданд. II B иборат аз 11 нафар зан дар марҳилаи пеш аз ҳомиладорӣ метформин қабул кардаанд.

Дар 14 нафар зани дигари инсулинрезистентнокӣ муайян карда шуд. СТГД (III-юм гуруҳ таъбасти метформин). Метформин 1500мг/с муддати 3-4 моҳ таъин карда шуд. Муайян карда шуд индекси инсулинрезистентнокӣ на танҳо ба дили нахор балки ҳангоми боркуни яъне нушонидани глюкозаусули боэътимод барои муайян кардани хассосияти муқаррарӣ ва кам шудани хассосият ба инсулин мебошад. Гузаронидани парҳез ва истифода барии метформин ба мушкилотҳои акушерӣ ягон таҳаввулотӣ ҷиддӣ ворид насохта балки пастшавии сатҳи искоти ҳамл то 12 ҳафта дар занҳои метформин қабул карда мушоҳида карда мешавад.

Хулоса. Пайдошавии диабети қанди гестациони дар 13.1% ҳолатҳои инсулинрезистентноки дошта мушоҳида мешуд. Қабули метформин дар давраи пеш аз ҳомиладори пайдошавии макросомияро дар насли занҳои ҳомилаи пеш аз диабет доштаро дар сатҳи гипоталамуси пешгирии менамоянд.

Калимаҳои асосӣ: пеш аз диабетдошта, инсулинрезистентнокӣ, метформин, ҳомиладорӣ, диабети қанди гестациони, макросомия.

ROLE OF METFORMIN PREGRAVID PREPARATION PATIENTS WITH PREDIABETES IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE

Sh.N. Oripova, Z.K. Baymatova, R.Y. Alieva, N.S. Talbova

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

Aim. Evaluation of the diet therapy effect or the use of metformin in pregravidar preparation on the course of pregnancy and the development of perinatal complications.

Material and methods. There were examined 61 womans. The OGTT, definition of insulin levels in plasma and index IR were performed in all patiens. OGTT and index IR were normal in 14 womans (control group I). OGTT was normal but index IR was impaired in 33 womans (group IR — II). From this group 22 womans were treated with diet (II A group) and 11 womans treated with metformin (IIB group). OGTT and index IR were abnormal in 14 womans (impaired OGTT — III group), they were treated with metformin. Dose of metformin was 1500 mg/d, threatment was continueted for 3–4 months.

Results. The data obtained by us shows that the prevention of the development of macrosomia in patitnts with prediabetes can be achieved by using metforminan at the stade of pregravidar preparation.

Keywords: prediabetes; insulinoreistence; metformin; pregnancy; GDM; macrosomia.

Актуальность. Распространенность сахарного диабета (СД) во всем мире неуклонно растет, преимущественно за счет СД 2-го типа. В значительной степени это обусловлено реализацией генетической предрасположенности при избы-

точном воздействии внутренних и внешних факторов, таких как возраст, переедание, употребление в пищу излишне калорийных продуктов, снижение физической активности, ведущих к развитию ожирения и снижению чувствительности к инсулину [1]. Мощным фактором риска развития СД 2-го типа является метаболический синдром (МС), распространенность которого в общей популяции достигает 20–25% в зависимости от региона и этнической принадлежности. Тяжесть МС прямо коррелирует со степенью инсулинорезистентности (ИР) и количеством висцерального жира [3]. Наличие его более чем в 5 раз повышает риск развития СД 2-го типа [5]. Наличие перечисленных факторов у женщин репродуктивного возраста при беременности, которая сама является состоянием физиологической ИР, естественно, сопровождается повышением частоты развития гестационного сахарного диабета (ГСД). Распространенность ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 14%, составляя в среднем 7% [6]. В 2010 г. распространенность ГСД в Европе составила 20,7%, а к 2030 г. прогнозируется ее рост до 49,3% [2]. Хорошо известно, что ГСД ассоциирован с развитием акушерских и перинатальных осложнений, таких как преэклампсия, преждевременные роды, многоводие, макросомия и диабетическая фетопатия, повышение частоты кесарева сечения, неонатальная гипогликемия. Доказана прямая связь между частотой неблагоприятных перинатальных исходов и уровнем материнской гликемии [5]. В связи с этим актуальна ранняя диагностика заболевания и адекватная терапия, направленная на предотвращение этих осложнений. В 2013 г. на основании нормативных документов, разработанных рабочей группой по результатам исследо-

вания НАРО, утверждены новые критерии диагностики ГСД и его ведения [4]. При наличии факторов высокого риска развития ГСД, если нет противопоказаний, рекомендовано проведение перорального глюкозо-толерантного теста (ПГТТ) на возможно раннем сроке беременности. К сожалению, в перечень факторов риска развития ГСД не включены такие признаки, как рождение крупных детей, детей с врожденными пороками развития, мертворождения в анамнезе, которые и раньше, и в настоящее время рассматриваются как показатели предиабета [3]. Отсутствуют рекомендации по прегравидарной подготовке пациенток с предиабетом как способа профилактики развития ГСД и его акушерских и перинатальных осложнений. Между тем установлено, что применение метформина в 30% случаев предотвращает развитие СД 2-го типа у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе или нарушенной гликемией натощак [1, 2, 4]. Задачи работы состояли в характеристике состояния инсулинорезистентности и особенностей гормональной функции у женщин с невынашиванием беременности и наличием факторов риска ГСД.

Цель исследования. Оценка влияния диетотерапии или применения метформина при прегравидарной подготовке на течение беременности и развитие перинатальных осложнений.

Материал и методы исследования.

В исследование включена 61 пациентка с невынашиванием беременности в анамнезе с известным исходом, наступившей после обследования и лечения беременности. Все пациентки были в возрасте от 24 до 42 лет. У большинства из них (67,3%) невынашивание было первичным. В анамнезе у 17 женщин были срочные и у 1 женщины - преждевременные роды. Более

чем у половины обследованных (63,9%) наблюдалось привычное невынашивание беременности. Возраст менархе составлял в среднем 12,7 лет. Раннее менархе в 11 лет наблюдалось у 6 женщин, в возрасте 9 лет - у 2 женщин. У большинства обследованных менструальный цикл был овуляторным, у 11 женщин - с НЛФ. У 6 женщин наблюдался вторичный поликистоз яичников. Бесплодие I отмечено у 3 женщин, бесплодие II - у 8 женщин. У подавляющего числа обследованных (90%) наблюдались экстрагенитальные заболевания. Заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 50,8% пациенток, в том числе артериальная гипертензия - у 16 (26,2%), варикозная болезнь - у 10 (16,4%) женщин. У 49,2% обследованных наблюдались заболевания щитовидной железы - АИТ (31,2%), ДНЗ (8,2%) и УНЗ (9,8%). 8 пациенток получали заместительную терапию левотироксином в связи с субклиническим гипотиреозом. Масса тела обследованных находилась в пределах 52–100 кг. Среди факторов риска СД 2-го типа наблюдалось ожирение I–II ст. у 25 (41%) и избыточная масса тела у 7 (11,5%) женщин. Наследственная отягощенность по СД 2-го типа отмечена у 18 (29,5%) женщин. Проведено комплексное обследование пациенток с использованием бактериологи-

ческого, иммунологического, генетического, гормонального, эхографического методов исследования. Гормональное исследование включало определение содержания в крови эстрадиола и прогестерона на 19–21 дни цикла, а также 17а-ОН прогестерона (17 ОН-П), свободного тестостерона (св. Т), ДН-тестостерона (ДН-Т), ТТГ и а/т ТПО, а при необходимости - пролактина, ФСГ и ЛГ на 2–5 дни менструального цикла.

Всем пациенткам проведён пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы. Определяли содержание инсулина в плазме крови натощак и через 2 часа после глюкозной нагрузки. Проведена оценка индекса инсулинорезистентности натощак (ИР-1) и после глюкозной нагрузки (ИР-2) по описанной ранее модели НОМА-IR [10]:

глюкоза ммоль/л $\times$ инсулин мкМЕ/л/25.

Полученные результаты представлены в виде средней арифметической (М) и ошибки средней ($\pm m$). Статистическая обработка результатов проведена методами корреляционного анализа Пирсона и t-критерия Стьюдента, а качественных признаков применением критерия χ^2 . Гипотезу о равенстве средних значений в исследованных группах отвергали при уровне значимости $p < 0,05$; * — $p < 0,01$

Таблица 1. Индекс массы тела, содержание инсулина в плазме крови и показатели инсулинорезистентности (ИР)

Группа	ИМТ	Инсулин-1, мкМЕ/мл	ИР-1	Инсулин-2, мкМЕ/мл	ИР-2
I Контроль (n=14)	24,1 $\pm$ 0,9	9,61 $\pm$ 0,91	2,04 $\pm$ 0,20	20,70 $\pm$ 1,80	5,66 $\pm$ 0,50
II Инсулинорезистентность (нормальный ПГТТ) (n=33)	25,3 $\pm$ 0,7	14,60 $\pm$ 1,33 ⁺	3,22 $\pm$ 0,31 ⁺	51,98 $\pm$ 3,71*	15,71 $\pm$ 1,17*
III Инсулинорезистентность (НГТ) (n=14)	30,0 $\pm$ 1,6 ⁺	18,34 $\pm$ 3,03 ⁺	4,20 $\pm$ 0,73 ⁺	57,38 $\pm$ 10,11 ⁺	22,82 $\pm$ 3,67 ⁺

Примечание: достоверность различий по сравнению с контрольной группой:

⁺— $p < 0,05$; *— $p < 0,01$

Из таблицы 1 видно, что у пациенток II и III групп показатели ИР-2 после нагрузки достоверно превышают контрольный уровень, что позволяет характеризовать их как лиц с предиабетом. У лиц с НТГ наблюдался повышенный индекс массы тела, по сравнению с пациентками I и II групп с нормальным ПГТТ. Кроме того, среди пациенток с НТГ преобладали лица в возрасте более 30 лет (78,5%), тогда как у женщин с нормальным ПГТТ этот показатель составлял 42,4%. Известно, что возраст более 30 лет и ожирение являются независимыми факторами риска СД 2-го типа и ГСД.

Гиперинсулинемия и/или инсулинорезистентность сопровождаются повышением продукции печенью глобулина, связывающего половые стероиды [2]. Следствием этого может быть увеличение содержания в крови свободных форм половых стероидов.

При подготовке к беременности всем пациенткам проведено этиотропное лечение. При наличии бактериальной инфекции проводилась антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам. Лечение хронического эндометрита было комплексным с учетом состояния локального и системного иммунитета и включало применение иммуномодуляторов, нестероидных противовоспалительных препаратов, энзимов, физиотерапевтических методов. Для коррекции гипергомоцистеинемии применяли препараты фолиевой кислоты, витамины группы В (фолацин, ангиовит). Пациентки с наличием НЛФ получали терапию гестагенами в лютеиновую фазу цикла. Всем лицам с наличием ИР проведена специфическая терапия. Пациентки с НТГ (III гр.) получали диетотерапию с исключением быстроусвояемых углеводов в сочетании с метформином в дозе 1500 мг/с в течение

3–4 месяцев. Пациентки с наличием ИР и нормальным ПГТТ были рандомизированы на 2 подгруппы: 11 из них (II Б гр.) получали комбинированную терапию диетой и метформином, аналогичную проводимой у лиц с НТГ; у 22 женщин (II А гр.) проведена только диетотерапия. К моменту наступления беременности у пациенток с ИР и нормальным ПГТТ независимо от проводимой терапии (II А и II Б гр.) динамика массы тела была неоднозначной: снижение составляло от 2 до 7 кг не у всех лиц, у трети масса тела оставалась неизменной или даже превышала начальную на 2-5 кг. Вероятно, это связано с нормальной массой у пациенток этих групп и поэтому с невысокой приверженностью к диетотерапии. У женщин НТГ наблюдалось более устойчивое снижение массы тела от 2 до 17 кг (в среднем $6,0 \pm 2,3$ кг) и лишь у 2 женщин масса тела на 2-4 кг превышала исходную.

Течение беременности у подавляющего большинства обследованных (91,7%) сопровождалось различными осложнениями, причем по частоте чаще всего группы с наличием ИР и с отсутствием ИР не отличались между собой.

В частности, анемия в группах составляла 30%, нарушение гемостаза в 45,4% и 61,2% случаев соответственно. Только у женщин с наличием ИР наблюдались гипертензивные осложнения в 4 случаях, многоводие - в 4 случаях, плацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного развития плода - в 3 случаях. Частота угрожающего выкидыша разных сроков у пациенток с наличием ИР составила 57,4% и соответствовала показателю контрольной группы. Однако частота угрозы выкидыша до 11 недель беременности у пациенток, получающих метформин (II Б и III гр.), составляла 24% с тенденцией к более низкому значению, чем у

женщин с контрольной группы (42,9%) и у пациенток с ИР на диете (50%). Полученные данные позволяют судить о том, что применение метформина до наступления беременности и во время беременности снижает частоту развития ГСД. У 56 (91,8%) женщин беременность закончилась срочными родами, у 3 женщин - преждевременными родами. Операцией

кесарево сечение родоразрешены 3 женщины. Достоверных различий между группами независимо от проводимой терапии не наблюдалось. Между тем известно, что применение метформина достоверно снижает частоту оперативного родоразрешения.

Таблица 2. Частота кесарева сечения в обследованных группах

Показатели	Контрольная группа (I) n=12	Группа с наличием инсулинрезистентности с нормальным ПГГТ (II)		Группа с наличием инсулинорезистентности с нормальным НТГ (III) n=12
		Группа II А Диетотерапия n=19	Группа II Б Метформин n=9	
ОПВ	17,8±1,9	12,8±0,9*	14,0±1,2	11,9±1,4*
Масса новорожденных, г	3537,5±114,9	3910,5±66,1*	3578,0±114,4^	3335,0±195,3^
Встречаемость КС	7 (58,3%)	11 (57,9%)	4 (44,5%)	4 (33,3%)

Примечание: *— $p < 0,05$ различия по сравнению с контрольной группой (I); ^— $p < 0,05$ различия по сравнению с группой (II) А

Из таблицы 2 видно, что масса доношенных новорожденных от матерей с ИР на диетотерапии достоверно превышает показатель в контрольной группе. В то же время масса новорожденных от матерей, которые получали метформин (II Б и III), была достоверно ниже, чем у беременных с ИР на диетотерапии, и не отличалась от показателей контрольной группы.

Ранее показано, что применение метформина при беременности у женщин с ГСД с достоверностью понижает частоту развития макросомии и перинатальных осложнений. Полученные нами данные показывают, что предотвращение развития макросомии у пациенток с предиабетом может быть достигнуто применением метформина на этапе предгравидарной подготовки.

Заключение. Определение содержания инсулина и оценки индекса ИР не только натощак, но и через 2 часа после перо-

ральной нагрузки 75 г глюкозы при проведении ПГГТ является достоверным методом выявления нормальной чувствительности к инсулину и диагностики состояния ИР.

Проведение диетотерапии или применение метформина на предгравидарном этапе у женщин с предиабетом достоверно не влияет на частоту акушерских осложнений, лишь наблюдается тенденция к снижению частоты угрожающего выкидыша до 12 недель беременности у лиц с наличием ИР при применении метформина.

При применении метформина на предгравидарном этапе у женщин с предиабетом предотвращается развитие макросомии, вероятно, в результате формирования и закрепления пищевого поведения на гипоталамическом уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Краснопольский В.И., Сухих Г.Т. Проект Российского консенсу-

- са «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение». // Сахарный диабет. 2012. № 2. С. 6-12
2. Мкртумян А.М., Маркова Т.Н., Кичигин В.А, Эффективность метформина при абдоминальном ожирении. // Терапевтический архив. 2014. № 8. С. 80-4
3. Орипова Р.Ш., Гулакова Д.М., Сайдахмадова Ш.Дж. Показатели инсулинорезистентности во время беременности. // Здравоохранение Таджикистана. 2020. № 2. С. 20-25
4. Arancibia C., Galgani Y., Valderas J.P., Morales V., Santos J.L., Pollak F. Evaluation of serum insulin levels after an oral glucose load for the diagnosis of insulin resistance. // Rev. Med. Chil. 2014. Vol. 142 (9). P.1106-1112
5. Mallin S.K., Kashyap S.R. Effect of metformin on weight loss: potential mechanisms. // Diabetes. Obes. 2014. Vol. 21(5). P.323-329
6. Xinghua Xu, Chigani Du, Qingmei Zheny, Lina Peng, Yuanuan Sun. Effect of metformin on serum interleukin-6 levels in polycystic ovary syndrome a systemic review. // BMC Womens Health. 2014. Vol. 14. P. 93

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Орипова Шабнам – соискатель акушерского отдела ТНИИ АГиП

Бойматова Зарина Кахарджановна – к.м.н, доцент, старший научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП; тел: (+992) 935354535; e-mail: tniiaqip@mail.ru

Алиева Рано Якубджановна – к.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП; тел.: (+992) 989009330

Талбова Нигина Сайолимовна – научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП; тел.: (+992) 934646134

УДК 616-005.1

КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕЛКОВО-ЭЛЕКТРОЛИТНОЕ СОСТОЯНИЕ У ДЕТЕЙ ПРИ ГИПОТРОФИИ

С.А. Расулова, К.И. Исмоилов, Н.Н. Ходжаева, М.М. Шарипова

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения и белково-электролитное состояние у детей при гипотрофии.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 103 детей с гипотрофией в возрасте от 2 мес. до 2 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии детей раннего возраста ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Изучены клинические особенности, проведены следующие методы исследования: гемограмма, биохимический анализ крови, определен электролитный состав крови.

Результаты. Наиболее частыми симптомами у детей, страдающих гипотрофией, были: снижение аппетита (92,2%), снижение массы тела (100,0%), бледность и сухость кожных покровов (86,4%), у 103 (100,0%) детей наблюдалось истончение подкожно-

жировой клетчатки, снижение тургора тканей, снижение массы тела, позднее прорезывание зубов у 70 (68,0%), повышенная потливость у 66 (64,1%), облысение затылка у 60 (58,2%). Гипопротеинемические отёки наблюдались у 17 (16,5%), пупочная грыжа - у 20 (19,4%) больных с гипотрофией равной -3 СО и -4 СО. Заметное снижение общего белка и его фракций, диспротеинемия и нарушение альбумино-глобулинового коэффициента наблюдались в группе детей, страдающих тяжелой степенью гипотрофии. Достоверное снижение содержания Са и Р, нарушение Na и К обмена наблюдались во всех группах обследуемых детей.

Ключевые слова: гипотрофия, протеинограмма, электролитный баланс.

БЕМОРИҲОИ ҲАМРАДИФ ВА МУБОДИЛАИ САФЕДАВӢ-ИШҚОРӢ ДАР КӢДАКОН ҲАНГОМИ ГИПОТРОФИЯ

С.А. Расулова, К.И. Исмоилов, Н.Н. Хочаева, М.М. Шарипова

Кафедраи бемориҳои бачагонаи “ДДТТ ба номи Абуали ибн Сино”

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани хусусиятҳои клиникӣ ва мубодилаи сафедавӣ-ишқорӣ дар кӯдакон ҳангоми гипотрофия.

Мавод ва усулҳо. Дар 103 кӯдаки гирифтори гипотрофия таҳқиқоти комплексӣ гузаронида шуд. Синну соли кӯдакон аз 2 моҳа то 2 сола буда, онҳо бо табобати статсионарӣ дар шӯъбаи патологияи синну соли барвақти МД ММТ ҚТ “Шифобахш” бистарӣ буданд. Хусусиятҳои клиникии беморӣ омӯхта шуда, чунин тадқиқотҳо гузаронида шуданд: гемограмма, таҳлили биокимиёвии хун ва таркиби электролитии хун.

Натиҷаҳо. Муайян карда шуд, ки дар кӯдакони мубталои гипотрофия чунин аломатҳо зиёд вохурданд: сустшавии иштиҳо (92,2%), камшавии массаи бадан (100%), рангпариди ва хушк будани пӯсти бадан, пастшавии тургори бофтаҳо, дар 103 кӯдак аз байн рафтани чарбуи зерӣ пӯст мушоҳида шуд, дер баровардани дандон дар 70 кӯдак (68,0%), араққунии аз ҳад зиёд 66 (64,1%), бе мӯй шудани пушти дар 60 кӯдак (58,2%), варамиҳои касафедагӣ дар 17 кӯдак (16,5%), чурраи ноф дар 20 (19,4%) кӯдаки гирифтори гипотрофияи -3 СО ва -4 СО ба назар мерасид. Пастшавии амиқи сафедаи умумӣ ва фраксияҳои он, диспротеинемия ва вайроншавии коэффисиенти албуминӣ-глобулинӣ дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори дараҷаи вазнини гипотрофия ҷой дошт. Пастшавии амиқи Са ва Р, вайроншавии мубодилаи Na ва К дар ҳама гурӯҳҳои тадқиқшаванда ба назар мерасид.

Калимаҳои асосӣ: гипотрофия, сустшавии иштиҳо, диспротеинемия.

COMORBID DISEASES AND PROTEIN-ELECTROLYTE HOMEOSTASIS IN CHILDREN WITH HYPOTROPHY

S.A. Rasulova, K.I. Ismailov, N.N. Hodzhaeva, M.M. Sharipova

*Department of Childhood Diseases No. 2 of the State Educational Institution
“Avicenna Tajik State Medical University”*

Aim. To study the clinical features of the course and protein-electrolyte homeostasis in children with malnutrition.

Material and methods. A comprehensive examination of 103 children with malnutrition aged 2 months and older was carried out. up to 2 years old, who were undergoing inpatient treatment in the Department of Pathology of Young Children of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan “Shifobakhsh”. Clinical features were studied, the following research methods were carried out: a hemogram, a biochemical blood test was performed, and the electrolyte composition of the blood was determined.

Results. The study revealed that the most common symptoms in children suffering from malnutrition were: loss of appetite (92.2%), loss of body weight (100.0%), pallor and dry skin (86.4%), in 103 (100.0%) children experienced thinning of subcutaneous fat, decreased tissue turgor, decreased body weight in 103 (100.0%), delayed teething in 70 (68.0%), increased sweating in 66 (64.1%), baldness of the back of the head in 60 (58.2%). Hypoproteinemic edema was observed in 17 (16.5%), umbilical hernia in 20 (19.4%) patients with malnutrition equal to -3 SD and -4 SD. A noticeable decrease in total protein and its fractions, dysproteinemia and a violation of the albumin-globulin ratio was observed in the group of children suffering from severe malnutrition. A significant decrease in Ca and P and disturbances in Na and K metabolism were observed in all groups of children examined.

Keywords: malnutrition, proteinogram, electrolyte balance.

Актуальность. Проблема обеспечения растущего организма необходимым набором нутриентов является важнейшей задачей педиатрии, которая требует изучения и коррекции [2]. Несмотря на достигнутый прогресс в снижении распространенности задержки роста, сохраняется высокая нагрузка в Южной Азии и странах Африки, где в 2014 году у 25,1 % и 32% детей до 5 лет была задержка роста и 13,9 млн. детей страдали гипотрофией [4]. В 2009 году около 29% детей во всех регионах Таджикистана страдали дефицитом массы тела. Самый высокий дефицит массы отмечен у детей в Хатлонской и Горно-Бадахшанской областях, самый низкий – в г. Душанбе [1, 5]. Если сравнивать этот показатель с 2012 годом, Душанбе выделяется низкой долей детей с гипотрофией (9%), тогда как Хатлонская область – самой высокой (14%) [3]. Наблюдается взаимообусловленность между уровнем образования матери и недостаточностью массы тела ребёнка: процент детей с недостаточностью массы

неуклонно снижается по мере роста уровня образования матери.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения и белково-электролитное состояние у детей при гипотрофии.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных в работе задач было проведено комплексное обследование 84 детей с гипотрофией в возрасте от 2 мес. до 2 лет. Все дети находились на стационарном лечении в отделении патологии раннего возраста ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». В контрольную группу вошли 30 здоровых детей, приближённых к исследуемым группам по возрасту и полу. Среди пациентов с гипотрофией было 24 (55,3%) мальчика и 20 (44,7%) девочек. Критериями отбора в основную группу были дети с приобретённой гипотрофией эндогенного и экзогенного происхождения. Критерии исключения: дети с внутриутробной гипотрофией в возрасте до 2 месяцев. Диагноз был основан на результатах анамнеза, антропометрии, клинических и лабораторных методах

исследования. Средний возраст обследованных детей с гипотрофией во время обследования составил $13,0 \pm 11,0$ мес.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью прикладной программы «Statistica 6.0», которая включала в себя в себя вычисление среднего значения (M) и стандартной ошибки (m). Для проведения анализа между различными группами наблюдения на первом этапе определялась нормальность распределения цифровых показателей с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Дальнейший статистический анализ проводился с использованием непараметрических методов статистической обработки. Множественные сравнения между группами проводились по H-критерию Крускала-Уоллиса, парные сравнения по U-критерию Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среди соматической патологии наиболее часто встречались анемии (58,9%), рахит, бронхиты, энтероколиты (45,3%), пневмонии (12%), сепсис. Следует особо отметить, что 63,1% детей с раннего возраста страдали дефицитной анемией.

Как видно из таблицы 1, наиболее частыми симптомами являются снижение аппе-

тита (92,2%), снижение массы тела (100,0%), бледность и сухость кожных покровов (86,4%). С синдромом трофических расстройств были связаны следующие жалобы: у 103 (100,0%) детей наблюдалось истончение подкожно-жировой клетчатки, снижение тургора тканей, снижение массы тела, позднее прорезывание зубов – у 70 (68,0%), повышенная потливость – у 66 (64,1%), облысение затылка – у 60 (58,2%). Гипопротеинемические отёки наблюдались у 17 (16,5%), пупочная грыжа – у 20 (19,4%) больных с гипотрофией равной -3 СО и -4 СО.

У 95 (92,2%) детей наблюдалось снижение аппетита, нарушение толерантности к пище, дисбактериоз - 73 (70,9%), который чередовался с запором или поносом, диспептические расстройства – 80 (77,7%), что связано с синдромом пищеварительных нарушений. Задержка нервно-психического развития и речи отмечена у 51 (49,5%) пациента, снижение эмоционального тонуса – у 81 (78,6%), нарушение терморегуляции – у 73 (70,9%), мышечная гипотония и дистония – у 69 (67,0%), нарушение сна являются симптомами синдрома дисфункции нервной системы.

Таблица 1. Коморбидные заболевания и состояние у детей с различными степенями гипотрофии

Нозологическая форма заболевания	Гипотрофия I степени (n=28)	Гипотрофия II степени (n=49)	Гипотрофия III степени (n=35)	Q-критерий Кохрена
Слабость, вялость	11 (39,3%)	42 (85,7%) $p_1 < 0,001$	35 (100,0%) $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	$< 0,001$
Снижение аппетита	24 (85,7%)	46 (93,9%)	35 (100,0%)	$> 0,05$
Задержка нервно-психического развития и речи	3 (10,7%)	15 (30,6%) $p_1 < 0,05^*$	32 (91,4%) $p_1 < 0,001^*$ $p_2 < 0,001$	$< 0,001$
Нарушение	4 (14,3%)	10 (20,4%)	33 (94,3%)	$< 0,001$

ЖУРНАЛ МАТЬ И ДИТЯ №3 (2023)

терморегуляции		$p_1 > 0,05^*$	$p_1 < 0,001^*$ $p_2 < 0,001$	
Снижение массы тела	28 (100,0%)	49 (100,0%)	35 (100,0%)	
Диспепсические расстройства	19 (67,9%)	38 (77,6%)	30 (85,7%)	$> 0,05$
Дисбактериоз	21 (75,0%)	47 (95,9%) $p_1 < 0,01$	35 (100,0%) $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	$< 0,01$
Бледность и сухость кожных покровов	24 (85,7%)	48 (98,0%) $p_1 < 0,05$	35 (100,0%) $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$< 0,05$
Позднее прорезывание молочных зубов	19 (67,9%)	46 (93,9%) $p_1 < 0,01$	35 (100,0%) $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	$< 0,01$
Повышенная потливость	26 (92,9%)	49 (100,0%)	35 (100,0%)	
Облысение затылка	6 (21,4%)	24 (49,0%) $p_1 < 0,05^\#$	28 (80,0%) $p_1 < 0,001^\#$ $p_2 < 0,01$	$< 0,001$
Пупочная грыжа	1 (3,6%)	3 (6,1%) $p_1 > 0,05^*$	18 (51,4%) $p_1 < 0,001^*$ $p_2 < 0,001^*$	$< 0,001$
Отёки	0 (0,0%)	4 (8,2%)	13 (37,1%) $p_2 < 0,01^*$	
Снижение общей резистентности	10 (35,7%)	44 (89,8%) $p_1 < 0,001$	35 (100,0%) $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	$< 0,001$
Систолический шум на верхушке	8 (28,6%)	28 (57,1%) $p_1 < 0,05^\#$	32 (91,4%) $p_1 < 0,001^\#$ $p_2 < 0,001$	$< 0,001$
Мышечная дистония	18 (64,3%)	42 (85,7%) $p_1 < 0,05$	35 (100,0%) $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	$< 0,01$
Истончение подкожно-жировой клетчатки	28 (100,0%)	49 (100,0%)	35 (100,0%)	
Снижение тургора тканей	4 (14,3%)	45 (91,8%) $p_1 < 0,001^*$	35 (100,0%) $p_1 < 0,001^*$ $p_2 < 0,05$	$< 0,001$
Нарушение сна	19 (67,9%)	49 (100,0%) $p_1 < 0,001$	33 (94,3%) $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	$< 0,01$

Примечание: p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при гипотрофии I степени; p_2 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при гипотрофии II степени (по критерию χ^2 , $^\#$ – с поправкой Йетса; * – по точному критерию Фишера)

С синдромом нарушения гемопоэза были связаны следующие симптомы: бледность и сухость кожных покровов - 89 (86,4%), систолический шум на верхушке - 76 (73,8%), снижение общей резистентности - 75 (72,8%).

Исследование содержания белков и белковых фракций крови показали (таблица 2), что у больных первой группы средний

уровень общего белка, коэффициент соотношения альбуминов не отличались от соответствующих показателей здоровых детей, но для них характерна тенденция к снижению. Общее количество α -, β -, γ -глобулинов практически не отличалось от таких же показателей в группе здоровых детей.

Таблица 2. Показатели белков и их фракций в крови у детей с гипотрофией (n=84)

Степень гипотрофии	Общий белок (г/л)	Альбумины (%)	Глобулины			
			α_1	α_2	β	γ
Контрольная n=30	57,56±2,75	35,09±1,67	2,19±0,15	7,55±0,71	7,81±0,66	7,5±0,73
I степень n=20	56,5±1,94 $p_1>0,05$	34,9±1,14 $p_1>0,05$	2,18±0,08 $p_1>0,05$	7,52±0,44 $p_1>0,05$	7,7±0,73 $p_1>0,05$	7,3±0,56
II степень n=24	51,1±1,63 $p_1<0,001$ $p_2<0,001$	32,1±0,94 $p_1<0,01$ $p_2<0,01$	2,12±0,04 $p_1>0,05$ $p_2>0,05$	7,3±0,12 $p_1>0,05$ $p_2>0,05$	7,1±0,17 $p_1>0,05$ $p_2>0,05$	7,0±0,21
III степень n=42	46,6±2,31 $p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3<0,01$	29,3±0,71 $p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3<0,001$	2,0±0,05 $p_1>0,05$ $p_2<0,01$ $p_3<0,01$	6,9±0,09 $p_1>0,05$ $p_2<0,05$ $p_3<0,001$	6,7±0,08 $p_1<0,01$ $p_2<0,05$ $p_3<0,01$	6,5±0,03
P	<0,001	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами детей (Н-критерий Крускала-УоллисаANOVA); p_1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми у детей с гипотрофией I степени; p_2 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми у детей с гипотрофией II степени (p_1 - p_2 – по U-критерию Манна-Уитни)

В то же время у детей второй и третьей групп наблюдалось достоверное понижение общего содержания белка крови, что свидетельствует о катаболической направленности белкового обмена. Коэффициент соотношения альбуминов к глобулинам был нарушен. Диспротеинемия проявлялась за счёт понижения уровня их мелкодисперсной фракции и γ -глобулинов ($p<0,05$), что говорит об угнетении гуморального звена специфического иммунитета и подтверждается большей частотой

присоединения интеркуррентных заболеваний у данной категории детей.

Средний уровень общего белка достоверно был снижен, по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. Средний показатель альбуминово-глобулинового коэффициента существенно был снижен как за счёт альбуминовой, так и глобулиновой фракций. Уровень γ -глобулинов был достаточно ниже, по сравнению с контрольной группой, что

свидетельствует о подавленности гуморального звена иммунитета.

Исследование электролитного состава крови показало, что у больных I группы с гипотрофией среднее содержание K^+ практически не отличалось от таких же показателей контрольной группы ($p>0,05$). У больных II группы среднее содержание K^+ в сыворотке крови было достаточно ниже ($p<0,05$) в сравнении с этой же величиной в контрольной группе (таблица 3), а показатель средней концентрации Na^+ в сыворотке крови детей имел тенденцию к снижению. Средние значения концентрации K^+ ($p>0,05$) и Na^+ ($p<0,05$) в сыворотке крови детей с гипотрофией II степени были несколько ниже, по сравнению с этими же показателями больных I группы ($p>0,05$). У пациентов с гипотрофией III

степени выявлено существенное снижение содержания K^+ ($p<0,001$) и Na^+ ($p<0,05$) в сыворотке крови.

Средние значения Ca^{2+} и P^{3+} в сыворотке крови у большинства больных (70%) I группы имели тенденцию к снижению, по сравнению с такими же показателями контрольной группы. В то же время, у больных II группы уровень Ca^{2+} в сыворотке крови был заметно ниже аналогичных показателей контрольной группы ($p<0,05$), тогда как у всех больных с гипотрофией III степени (100%) обнаружено значительное уменьшение концентрации Ca^{2+} и умеренное снижение P^{3+} ($p<0,001$; $p>0,05$ соответственно) в крови, по сравнению с аналогичными данными контрольной группы.

Таблица 3. Средние показатели содержания электролитов сыворотки у детей с гипотрофией (ммоль/л)

Группа больных	K	Na	Ca	P
Контрольная (n=30)	4,1±0,10	137±2,25	2,12±0,023	1,45±0,02
I степень (n=10)	4,1±0,01	136±1,8	2,02±0,04	1,47±0,01
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
II степень (n=24)	3,8±0,006	131±0,4	1,88±0,007	1,44±0,01
p	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05
p ₁	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05
III степень (n=11)	3,42±0,008	128±1,5	1,75±0,005	1,38±0,02
p	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05
p ₁	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05
p ₂	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами детей (H-критерий Крускала-Уоллиса ANOVA); p₁ – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми у детей с гипотрофией I степени; p₂ – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми у детей с гипотрофией II степени (p₁-p₂ – по U-критерию Манна-Уитни)

Заключение. Таким образом, выявленные нами изменения позволяют рассматривать гипотрофию как состояние, ассоцииро-

ванное с комплексом патологических проявлений, таких как клиничко-метаболические нарушения, угнетение

гемопозеза, нарушение водно-электролитного баланса и гипопроотеинемия с диспротеинемией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамаджанова Г.С. и др. Некоторые клиничко-иммунологические аспекты у часто болеющих детей с гипотрофией // Вестник Авиценны. 2017. Т.19, №2. С.219-225.
2. Национальная программа оптимизации вскармливания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации. М., 2016. С. 7-10.
3. Национальное руководство по лечению больных с гипотрофией средней тя-

жести и с тяжелым течением. Душанбе, 2018. 108 с.

4. Прилепина М.А. Особенности перестройки показателей энергопластического обмена при гипотрофии у детей первого года жизни // Охрана материнства и здоровья детей: клинические и медико-организационные технологии сохранения репродуктивного потенциала семьи. 2021. С. 320-325.
5. Скворцова В.А. и др. Нарушения питания у детей раннего возраста // Лечащий врач. 2011. №1. С.36-41.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Расулова Ситорабону Ашурбековна - к.м.н., доцент кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 918292462; e-mail: rasulo-va_sitora@inbox.ru,

Исмаилов Комилджон Исроилович – д.м.н., профессор кафедры детских болезней № 2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»; e-mail: ismoilov52@inbox.ru

Ходжаева Никзан Назарбековна – к.м.н., доцент кафедры детских болезней № 2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино».

Шарипова Мавлуда Мирзомуддинована – ассистент кафедры детских болезней № 2 «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 881880809

УДК 616.155.392.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЙКОЗОВ

Н.Н. Ходжаева, Н.М. Содиков, Н.С. Султонбеков,

И.В. Бергер, Р.Д. Джамолова, М.М. Шарипова

Кафедра детских болезней № 2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить основные симптомы, характеризующие начальные проявления лейкоза, время, которое проходит с момента появления симптомов до установления диагноза, а также специалистов, к которым обращаются пациенты при первичном обращении.

Материал и методы. Изучены амбулаторные карты пациентов, дети находящиеся на стационарное лечение в отделении, дети, которые обратились впервые, истории болезней.

Результаты. Анализ данных показал, что дети обращаются к врачам не сразу, чаще всего проходят лечение у разных специалистов, прежде чем им устанавливается диагноз ОЛЛ. Наличие нескольких разнообразных симптомов делает заболевание маскированным и может направлять пациентов к специалистам разных областей медицины, что подчеркивает важность высокой онкологической настороженности у врачей первичного уровня

Заключение. Наличие нескольких разнообразных симптомов маскирует симптомы заболевания и может ошибочно направить пациентов к специалистам разных областей медицины, что подчеркивает важность высокой онкологической настороженности у врачей первичного уровня.

Ключевые слова: острый лейкоз, бласты, хронический лейкоз, гемобластоз онкогематология.

БАЪЗЕ ЧАНБАҲОИ ТАШХИСИ ЛЕЙКЕМИЯ

Н.Н. Хочаева, Н.М. Содиков, Н.С. Султонбеков,

И.В. Бергер, Р.Д. Чамолова, М.М. Шарипова

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Маркази ҷумҳуриявии махсусгардонидашуда илмию амалии тиббии гематология.

Тошкент, Ҷумҳурии Ўзбекистон

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани аломатҳои асосие, ки зухуроти ибтидоии лейкемияро тавсиф мекунанд, вақте, ки аз пайдоиши аломатҳо то ташхис мегузарад, инчунин мутахассисоне, ки беморон ҳангоми табоботи аввалияшон ба онҳо муроҷиат мекунанд.

Мавод ва усулҳо. Ҳисоботи амбулатории беморон, кӯдаконе, ки дар шӯъба табобат мегиранд, кӯдаконе, ки бори аввал омадаанд, таърихи беморӣ

Натиҷаҳо. Таҳлили маълумотҳо нишон дод, ки кӯдакон дарҳол ба духтур муроҷиат намекунанд ва аксар вақт пеш аз ташхиси ЛШЛ аз ҷониби мутахассисони гуногун табобат мегиранд. Мавҷудияти якчанд аломатҳои гуногун беморию дарбар мегирад ва метавонад беморонро ба мутахассисони соҳаҳои гуногуни тиб равон кунад, ки аҳамияти шубҳаи баланди онкологиро дар байни табибони кӯмаки аввалия такид мекунад.

Хулоса. Мавҷудияти якчанд аломатҳои гуногун беморию мепушонад ва метавонанд беморонро ба мутахассисони соҳаҳои гуногуни тиб равона кунад, ки аҳамияти шубҳаи баланди онкологиро дар байни табибони кӯмаки аввалия такид мекунад.

Ҳамин тариқ, таваҷҷуҳ ва ташхиси барвақти ЛШЛ барои табоботи бомуваффақият, бо назардошти мавҷуд набудани нишонаҳои патогномӣ дар марҳилаҳои ибтидоии беморӣ муҳим аст.

Калимаҳои асосӣ: лейкемияи шадид, бластҳо, лейкемияи музмин, гемобластоз, онкогематология.

SOME ASPECTS OF LEUKEMIA DIAGNOSIS

N.N. Khodzhaeva, N.M. Sodikov, N.S. Sultonbekov,

I.V. Berger, R.D. Dzhamolova, M.M. Sharipova

Department of Childhood Diseases №2 of the Avicenna Tajik State Medical University

Republican specialized scientific and practical medical center of hematology.

Tashkent, The Republic of Uzbekistan

Aim. To identify the main symptoms that characterize the initial manifestations of leukemia, the time that passes from the onset of symptoms to diagnosis, as well as the specialists that patients turn to during their initial treatment.

Material and methods. Outpatient records of patients, children undergoing inpatient treatment in the department, children who came for the first time, medical histories.

Results. Analysis of the data showed that children do not go to doctors immediately, and most often undergo treatment by different specialists before they are diagnosed with ALL. The presence of several different symptoms makes the disease masked and can refer patients to specialists in different fields of medicine, which emphasizes the importance of high oncological suspicion among primary care doctors.

Conclusion. The presence of several different symptoms makes the disease masked and can refer patients to specialists in different fields of medicine, which emphasizes the importance of high oncological suspicion among primary care physicians.

Thus, attention and early diagnosis of ALL are critical for successful treatment, given the absence of pathognomonic symptoms in the initial stages of the disease

Keywords: acute leukemia, blasts, chronic leukemia, hemoblastosis, oncohematology.

Актуальность. В последнее время мы наблюдаем рост случаев злокачественных заболеваний как среди взрослого населения, так и среди детей. В структуре гематологических заболеваний детского возраста в Республике Таджикистан опухоли кроветворной системы занимают 3 место, среди которых на долю лейкозов приходится 74–80%. В 2020–2023 гг. отмечается тенденция к нарастанию заболеваний системы крови. Особенно выделяются острые лейкозы, которые занимают лидирующее место среди гемобластозов. У детей острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) составляет около 75-80% всех случаев острых лейкозов. Интересно, что эти дети в первую очередь обращаются не к онкогематологам, а к другим специалистам, таким как педиатры, инфекционисты и другие.

Понимание важности ранней диагностики ОЛЛ среди всех врачей любой специальности очень важно, так как раннее начало лечения и проведение диагностики на ранних стадиях имеют решающее значение для успешного противоопухолевого лечения.

Цель исследования. Изучить основные симптомы, характеризующие начальные проявления лейкоза, время, которое проходит с момента появления симптомов до установления диагноза, а также специалистов, к которым обращаются пациенты при первичном обращении.

Материал и методы исследования. Проведён анализ данных 62 детей с диагнозом ОЛ. Мы изучили анамнез, первичные жалобы и симптомы, которые они предъявляли, и установили следующие закономерности.

Среди заболевших детей (62) было 34 мальчика (54,8%), девочек - 28 (45,2%). ОЛ чаще всего выявлялся у детей в возрасте от 3 до 7 лет (34 случая или 54,8%), что соответствует средним статистическим данным в Республике Таджикистан.

Наибольшая частота заболеваемости лейкозом отмечена в возрасте от 3 до 7 лет – 54,8%.

При исследовании морфологических вариантов острых лейкозов наиболее распространённым является лимфобластный, а также недифференцированный лейкоз. Эти виды лейкозов чаще встречаются у мальчиков, соответственно в 79 (62%) случаев. Острый миелобластный лейкоз был у 5 пациентов. Детей с хроническим лейкозом было 2, один мальчик и одна девочка. Морфологически оба случая характеризовались хроническим миелолейкозом.

ОЛЛ развивается постепенно, клинические симптомы начинают проявляться, когда количество опухолевых клеток достигает 10^{12} . Это означает, что острый период заболевания начинается на этой стадии. Начальные симптомы ОЛЛ могут имитировать другие заболевания, часто связанные с гиперпластическими изменениями органов и цитопенией. Важно отметить, что не всегда легко диагностировать ОЛЛ на ранних стадиях из-за его полиморфизма и отсутствия характерных симптомов.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных показал, что дети обращаются к врачам не сразу и чаще всего проходят лечение у разных специалистов, прежде чем им устанавливается диагноз ОЛЛ. В результате нашей работы были проанализированы клинические симптомы, наиболее характерные для острого лейкоза. В числе первых у детей проявлялся анемический синдром (81,3%), на втором месте

был геморрагический синдром (72,5%), третье и четвертое места занимали соответственно интоксикационный (68,7%) и пролиферативный (64,9%) синдромы. Анемический синдром был представлен анемией средней и тяжелой степеней. Геморрагический синдром проявлялся в виде синячков, петехий, экхимозов на коже и слизистых оболочках, а также носовыми, десневыми, почечными, кишечными, маточными кровотечениями. Интоксикационный синдром проявлялся злокачественной гипертермией, оссалгией, язвенно-некротическими изменениями слизистых оболочек и кожи. Гиперпластический синдром был представлен пролиферацией шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, а также гепатоспленомегалией.

Лабораторные данные детей с лейкозами характеризовались снижением уровня эритроцитов, гемоглобина в 98%, тромбоцитопенией в 82%, лейкопенией 16,4%, лейкоцитозом 59,7% случаев. Наличие бластов в гемограмме имелось у 81,5% пациентов. В миелограмме во всех случаях выявлялись бластные клетки от 20 до 100%.

Заключение. Таким образом, врачам разных специальностей необходимо иметь онкогематологическую настороженность в ранней диагностике ОЛ, которые могут проявляться как полиэтиологические заболевания с различными синдромами. Это является критически важным для успешного лечения, учитывая отсутствие патогномоничных симптомов на начальных этапах заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлова А.А., Масчан М.А., Пономарев В.Б. Адоптивная иммунотерапия генетически модифицированными Т-лимфоцитами, экспрессирующими химер-

- ные антигенные рецепторы. // Онко-гематология. 2017. Т. 12, № 1. С. 17-32.
2. Щекина А.Е., Галстян Г.М., Гаврилина О.А. и др. Экстракорпоральная сорбция цитокинов при синдроме высвобождения цитокинов у больного острым лимфобластным лейкозом после терапии Т-клетками с химерным антигенным рецептором. Клиническое наблюдение. // Терапевтический архив. 2021. Т. 93, № 7, - С. 811-817.
3. Ford A.M., Colman S., Greaves M. Covert pre-leukaemic clones in healthy cotwins of patients with childhood acute lymphoblastic leukaemia // Leukemia. 2023. Vol. 37(1). P. 47-52.
4. Lee D.W., Gardner R., Porter D.L. et al. Current concepts in the diagnosis and management of cytokine release syndrome. // Blood. 2014. Vol. 124 (2). P. 188-195.
5. Yelland L.N., Scurrah K.J., Ferreira P. et al. Conducting clinical trials in twin populations: A review of design, analysis, recruitment and ethical issues for twin-only trials. // Twin Res Hum Genet. 2021. Vol. 24 (6). P. 359-364.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ходжаева Никзан Назарбековна – доцент кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 935002090

Содиков Наимчон Махмадуллоевич – клинико-диагностическая лаборатория «Фараби»; тел.: (+992) 900002211

Султонбеков Наврузбек Султонбекович – ассистент кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 938339133

Бергер Инна Викторовна - старший научный сотрудник гематологического центра Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, зам. директора, доктор Phd; тел.: (+998) 909876100

Джамолова Рухшона Джамолуддиновна – к.м.н., доцент начальник отдела науки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 918724088

Шарипова Мавлуда Мирзомуддиновна – ассистент кафедры детских болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 881880809

УДК 314.3

АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ

А.Г. Юнусов, Г.Т. Мирзоева, Е.В. Сыпало, Ш.Н. Саломова

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить результаты применения кофеина цитрата (озелар) недоношенным детям со стандартной нагрузочной дозой для предотвращения апноэ и уменьшения потребности в инвазивной искусственной вентиляции легких.

Преждевременные роды представляют собой значительную нагрузку на здравоохранение и являются одним из основных причин младенческой смертности и

долговременной заболеваемости. Поэтому профилактика заболеваний, связанных с недоношенностью, считается центральным приоритетом здравоохранения, поскольку число выживших детей, родившихся от преждевременных родов, продолжает расти и в ближайшие годы ожидается увеличение числа детей с респираторными осложнениями, особенно детей с хроническими заболеваниями легких, такими как бронхолегочная дисплазия (БЛД).

Ключевые слова: недоношенность, апноэ, респираторная поддержка, кофеина цитрат (озелар).

АПНОЭ ДАР НАВЗОДОНИ НОРАСИД

А. Ғ. Юнусов, Г. Т. Мирзоева, Е. В. Сипало, Ш. Н. Саломова

Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон». Шӯъбаи гинекологияи эндокринологӣ ва репродуктологӣ

Таваллуди пеш аз мӯҳлат як бори гарони соҳаи тандурустӣ мебошад ва сабаби асосии марги кӯдакон ва бемориҳои дарозмуддат мебошад. Барои кам кардани осеби шуш ва бемориҳои вобаста ба таваллудҳои бармаҳал, неонатологҳо аз дақиқаҳои аввали ҳаёт ба усулҳои вентилятсияи ғайриинвазивӣ тамаркуз мекунанд. Аммо аз ҳисоби номукаммалӣ шуш ва норасоии ибтидоии сурфактант танаффусҳои нафаскашӣ аз >20 сония ё <20 сония дар якҷоягӣ бо брадикардия (<100 зарба дар як дақиқа), сианози умумии марказӣ ва камшавии оксиген <85% мушоҳида мешавад. Ҳамин тариқ, апноэ яке аз мушкилоти асосии кунунии тифлони бармаҳал буда, яке аз нишондиҳандаҳои асосии вентилятсияи инвазивӣ боқӣ мемонад.

Калимаҳои асосӣ: норасид, апноэ, дастгирии нафас, кофеин ситрат (озелар).

APNEA OF PREMATURITY

A. G. Yunusov, G. T. Mirzoeva, E.V. Sipalo, SH. N. Salomova

Department of Gynecological Endocrinology and Reproductology of State Institution "Tajik Research institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"

Premature birth is a major health burden and a major cause of infant mortality and long-term morbidity. To reduce lung damage and diseases associated with premature births, neonatologists focus on non-invasive ventilation methods from the first minutes of life. However, due to the incompleteness of the lungs and the initial lack of surfactant, respiratory pauses of >20 seconds or <20 seconds are observed along with bradycardia (<100 beats per minute), general central cyanosis, and oxygen depletion <85%. Thus, apnea is one of the main current problems in premature infants and remains one of the main indications for invasive ventilation.

Keywords: premature, apnea, respiratory support, caffeine citrate (ozelar).

Актуальность. Чтобы свести к минимуму повреждение легких и заболевания, связанные с недоношенностью, неонатологи сосредотачиваются на неинвазивных методах вентиляции с самых первых минут жизни [3, 7]. Тем не менее, неинвазивная респираторная поддержка часто бывает неэффективной в 50% случаях у

детей с очень низкой массой тела при рождении, что обусловлено незрелостью лёгких и первичным дефицитом сурфактанта - поверхностно активного вещества, которое формируется в пренатальном и неонатальном периодах [1,2,5,6]. До момента созревания сурфактанта у недоношенных младенцев наблюдаются дыхательные паузы >20 секунд или < 20 секунд в сочетании с брадикардией (<100 ударов в минуту), общим центральным цианозом и снижением кислородной сатурации <85% [4, 8].

Таким образом, апноэ является одной из основных актуальных проблем недоношенных детей и остается одним из основных показаний к инвазивной вентиляции.

Цель исследования. Изучить результаты применения кофеина цитрата (озелар) недоношенным детям со стандартной нагрузочной дозой для предотвращения апноэ и уменьшения потребности в инвазивной искусственной вентиляции легких.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 177 недоношенных новорожденных, поступившие в ГУ ТНИИ АГиП в 2023 году, у которых отмечалась выраженная дыхательная недостаточность с приступами апноэ.

Из них с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) было 32 новорожденных, очень низкой массой тела (ОНМТ) – 75 и с низкой массой тела (НМТ) - 70 младенцев.

Женщины, родившие недоношенных новорожденных детей, были, в основном, активного детородного возраста 19–24 лет - 57,6%, свыше 35 лет - 15,2%.

Преждевременные роды в большинстве случаев отмечались у первородящих женщин - 43,7%, повторнорожавших – 40,5%, многорожавших - 15,8%.

Преждевременным родам способствовали осложнения во время беременности, такие как преждевременная отслойка нормально

расположенной плаценты (53,4%), преждевременное отхождение околоплодных вод (32,3%), преэклампсия тяжелой степени, экстрагенитальные заболевания, анемии различной степени тяжести (15,3%), нарушения маточно-плацентарного кровотока (28,3%), нарушения плодово-плацентарного, а также маточно-плацентарно-плодового кровотока (15,2%).

В большинстве случаев новорожденным, родившимся от преждевременных родов, в 71% случаев (136 недоношенных), оказано какое-либо акушерское пособие - родовозбуждение мизопростолом, простагландином и окситоцином, операция кесарева сечения произведена в 9,8% случаев (17 детей), остальные 24 поступили с начавшимися преждевременными родами через естественные родовые пути.

Для предотвращения апноэ недоношенных (АОП) и уменьшения потребности в инвазивной искусственной вентиляции лёгких [9] препаратом выбора из-за его более длительного периода полураспада, более широкого терапевтического диапазона, экономической эффективности и меньшей потребности в мониторинге, по сравнению с другими метилксантинами, особенно с эуфиллином, назначено введение кофеина цитрата.

Лечение кофеина цитратом проводилось под наблюдением врача и только в неонатологическом ОРИТ, которое оснащено соответствующим оборудованием, обеспечивающим тактику ведения больных и мониторинг.

Нагрузочная доза кофеина цитрата у ранее не получавших лечение составила 20 мг/кг массы тела путем медленной внутривенной инфузии в течение 30 минут при помощи шприцевого инфузиомата. По истечении 24-часового интервала назначалась поддерживающая доза 5 мг/кг массы

тела путем медленной внутривенной инфузии в течение 10 минут. При отсутствии венозного доступа или появления тахикардии более 170 ударов в минуту, альтернативно поддерживающую дозу 5 мг/кг массы тела вводили внутрь при помощи назогастрального зонда каждые 24 часа.

Все недоношенные дети со сроком гестации менее 28 недель (32 новорожденных) получали нагрузочную дозу цитрата кофеина в течение первых 24 часов жизни, соответственно, все младенцы находились в кювезе, на дотации увлажнённым кислородом, назначена антибактериальная терапия и парентеральное питание.

Проводились нейросонография, Р-графия грудной клетки, общий анализ крови, мониторинг глюкозы крови и пульсоксиметрия.

Из общего числа недоношенных с ЭНМТ умерли 19 (59,3%) детей с диагнозами: кровоизлияние в мозг - 10 младенцев, сепсис – 7, пороки сердца - 2. Тем не менее, применение кофеина продемонстрировало уменьшение эпизодов апноэ (в виде задержки дыхания с брадикардией и цианозом). Остальные 13 недоношенных детей со сроком гестации менее 28 недель получали поддерживающую дозу 5 мг/кг массы тела от 10 до 18 дней и были переведены без дыхательных расстройств в отделения 2-го этапа выхаживания недоношенных детей.

Недоношенные дети с ОНМТ и НМТ, у которых отмечалось апноэ, также получали кофеина цитрат из расчёта 20 мг/кг, по истечении 24-часового интервала доза 5 мг/кг массы тела путем медленной внутривенной инфузии в течение 10 минут или альтернативно - при помощи назогастрального зонда. Учитывая продолжающееся апноэ, общий цианоз и снижение SpO₂ ниже 85% один новорожденный

массой 1345,0 г и 4 детей массой до 2300,0 г переведены на инвазивную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). При этом отмечается уменьшение продолжительности ИВЛ от 3–7 суток до 12 - 36 часов, процесс экстубации проводился без осложнений, т.к. при проведении ИВЛ новорожденным данной группы вводили нагрузочную и поддерживающую дозу кофеина цитрата. В дальнейшем они были переведены в отделения 1-го и 2-го этапа выхаживания недоношенных новорожденных для дальнейшего лечения и реабилитации.

Также проводилось профилактическое использование кофеина цитрата у недоношенных детей с риском апноэ, у которых наблюдались выраженные расстройства дыхания, связанные с признаками недоношенности.

У всех новорождённых отмечалось уменьшения эпизодов апноэ, параметры SpO₂ были в пределах 92–95%, при повторной Р-графии грудной клетки отмечалось улучшение рисунка ткани легкого, общий анализ крови без изменений, мониторинг глюкозы крови продолжался.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что ранняя терапия цитратом кофеина допускает предотвращение эпизодов апноэ у недоношенных новорожденных, уменьшает потребность в инвазивной искусственной вентиляции лёгких, облегчает экстубацию у новорождённых и тем самым предотвращает отдаленные негативные последствия респираторных осложнений, особенно таких, как бронхолегочная дисплазия и ретинопатия недоношенных, за счет фармакологического эффекта кофеина: стимуляции дыхательного центра в мозговом веществе; повышенный тонус скелетных мышц; усиление сократительной способности диафрагмы; увеличение минутной

вентиляции; увеличение скорости метаболизма; повышение потребления кислорода. Кофеин также стимулирует центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, усиливает секрецию катехоламинов, оказывает мочегонное действие и изменяет гомеостаз глюкозы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баральди Э., Филиппоне М. Хронические заболевания легких после преждевременных родов // *N Engl J Med*. 2007. Т. 357
2. Всемирная Организация здравоохранения (ВОЗ). Рекомендации ВОЗ по вмешательствам для улучшения исходов преждевременных родов. Женева: ВОЗ, 2015
3. Деккер Дж., Хупер С.Б., Ван Вондерен Дж.Дж. и др. Кофеин для улучшения дыхательного усилия недоношенных детей при рождении: рандомизированное контролируемое исследование. // *Педиатр*. 2017. Т. 290. С. 296.
4. Москино Л., Сточеро М., Филиппоне М. и др. Продольная оценка функции легких у выживших после бронхолегочной дисплазии от рождения до взрослого возраста. // *Am J Respir Crit Care Med*. 2018. С. 134–137.
5. Рёр С.С., Бохлин К. Реанимация новорожденных и респираторная поддержка в профилактике бронхолегочной дисплазии. // *Дыши*. 2011. № 8. С. 14–23.
6. Фрей Х.А., Клебанофф М.А. Эпидемиология, этиология и стоимость преждевременных родов. // *Semin Fetal Neonatal Med*. 2016. С. 68–73.
7. Morley C.J., Davis P.G., Doyle L.W. et al. Назальный СРАР или интубация при рождении у глубоко недоношенных детей. // *N Engl J Med*. 2008. Vol.700. P. 708.
8. Schmalisch G., Wilitzki S., Roehr C.C. et al. Дифференциальное влияние незрелости и неонатального заболевания легких на легочную функцию новорожденных с очень низкой массой тела при рождении. // *Pediatr Pulmonol*. 2013. Vol. 48

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Абдулгани Гафурович Юнусов – зав. неонатологического отдела;

тел.: (+992) 900009535;

e-mail: gani_54@mail.ru

Гулчехра Туракуловна Мирзоева – сотрудник неонатологического отдела;

тел.: (+992) 919142062

Елена Владимировна Сыпало - сотрудник неонатологического отдела;

тел.: (+992) 901068899

Шахло Нусратуллоевна Саломова - сотрудник неонатологического отдела;

тел.: (+992) 907010802

Правила направления, рецензирования и опубликования
научных статей в журнале «Мать и дитя» Государственного учреждения
«Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Уважаемые авторы!

Редакция журнала «Мать и дитя» просит Вас придерживаться
следующих правил оформления рукописи

1. Направляемый для публикации рукопись статьи должен быть напечатан стандартным шрифтом **14, интервал 1,5** на одной стороне стандартного листа формата А 4 (210×297) с полями 3 см слева, 1,5 справа, и по 2 см сверху и снизу. Рукопись статьи принимается **в двух экземплярах, обязательно наличие электронной версии.**

2. Рукопись статьи должна **быть завизирована подписью руководителя учреждения и гербовой печатью** и должно быть представлено сопроводительное письмо от учреждения в редакцию.

3. В титульной странице указываются **УДК, фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город, страна.** Далее следует указать **контактную информацию на всех авторов** (полностью фамилия, имя, отчество, почтовый адрес, телефон, электронная почта, место работы, должность, ученая степень и звание – при наличии).

4. Перед текстом должно быть написано отдельное **резюме** (от **250 до 300** слов), вкратце отражающее содержание рукописи.

Резюме рукописи статьи представляется на русском, таджикском и английском языках.

5. В конце статья должна быть **собственноручно подписана автором и соавторами.** При наличии соавторов в конце статьи указывается **отсутствие конфликта интересов.**

6. Рекомендуемый **объём статей:** для оригинальных исследований – 8–10 страниц, описание отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 12–15 страниц информации, клинический случай, письма в редакцию и другой материал – 3 страницы.

Оригинальные исследования должны иметь **следующую структуру: УДК; инициалы и фамилии автора/ов; полное название рукописи; аннотация (резюме); введение (актуальность); цель исследования; основная часть, которая содержит разделы: «Материал и методы»; «Результаты» и**

«Обсуждения»; выводов (заключение) и списка литературы.

На титульной странице даётся следующая информация: полное название статьи; инициалы и фамилии автора/ов; официальное название и местонахождение (город, страна) учреждения (учреждений), в которых выполнялась работа,

Ключевые слова (не более 6), сведения об авторах.

Здесь же необходимо предоставить информацию об источниках спонсорской поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных средств; засвидетельствовать об отсутствии конфликта интересов; указать количество страниц, таблиц и рисунков, а также – адрес для корреспонденции;

Название статьи должно быть лаконичным, информативным и точно определять её содержание. В сведениях об авторах указываются фамилии, имена, отчества авторов, учёные степени и звания, должности, место работы (название учреждения и его структурного подразделения), а также следующие идентификаторы: Researcher ID (WoS), Scopus ID, ORCID ID, SPIN-код (ПИНЦ), Author ID (ПИНЦ).

В адресе для корреспонденции следует указать почтовый индекс и адрес, место работы, контактные телефоны и электронный адрес того автора, с кем будет осуществляться редакционная переписка. Адрес для корреспонденции публикуется вместе со статьёй.

В аннотации (резюме) оригинальной научной статьи обязательно следует выделить разделы **«Цель», «Материал и методы», «Результаты», «Заключение».** Аннотация предоставляется на русском, таджикском и английском языках (250–300 слов) и должна быть пригодной для опубликования отдельно от статьи.

Аннотации кратких сообщений, обзоров, случаев из практики не структурируются, объём их должен составлять не менее 150 слов.

Аннотация, ключевые слова, информация об авторах и библиографические списки отсылаются

редакцией в электронные информационные базы для индексации.

Во «Введении» приводится краткий обзор литературы по рассматриваемой проблеме, акцентируется внимание на спорных и нерешённых вопросах, формулируется и обосновывается цель работы.

В разделе «Материал и методы» необходимо дать подробную информацию касательно выбранных объектов и методов исследования, а также охарактеризовать использованное оборудование. В тех клинических исследованиях, где лечебно-диагностические методы не соответствуют стандартным процедурам, авторам следует предоставить информацию о том, что комитет по этике учреждения, где выполнена работа, одобряет и гарантирует соответствие последних Хельсинкской декларации 1975 г.

В статьях запрещено размещать конфиденциальную информацию, которая может идентифицировать личность пациента (упоминание его фамилии, номера истории болезни и т.д.). Авторы обязаны поставить в известность пациента о возможной публикации данных, освещающих особенности его/её заболевания и применённых лечебно-диагностических методов, а также гарантировать конфиденциальность при размещении указанных данных в печатных и электронных изданиях.

В экспериментальных работах с использованием лабораторных животных обязательно даётся информация о том, что содержание и использование лабораторных животных при проведении исследования соответствовало международным, национальным правилам или же правилам по этическому обращению с животными того учреждения, в котором выполнена работа.

В конце раздела даётся подробное описание методов статистической обработки и анализа материала.

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

В разделе «Обсуждение» результаты, полученные в ходе исследования, с критических позиций должны быть обсуждены и проанализированы с точки зрения их научной новизны, практиче-

ской значимости и сопоставлены с уже известными данными других авторов.

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

Следует использовать только общепринятые символы и сокращения. При частом использовании в тексте каких-либо словосочетаний допускается их сокращение в виде аббревиатуры, которая при первом упоминании даётся в скобках.

Все физические величины выражаются в единицах Международной Системы (СИ). Допускается упоминание только международных непатентованных названий лекарственных препаратов.

Список литературы составляется **по алфавиту** в соответствии с **ГОСТ Р 7.1-84**. Обязательно указываются фамилии и инициалы всех авторов. При количестве же авторов более шести допускается вставка [и др.] или [et al.] после перечисления первых шести авторов. В тексте рукописи дается ссылка на порядковый номер **в квадратных скобках**.

В конце приводится оформление литературы по типу **References**.

Количество источников для оригинальной статьи – 8–10, для обзора/ов – 40–45. Принимаются ссылки на авторов только за **последние 5-7 лет исследования (для обзоров - 10 лет)**. Необходимо также предоставить список литературы в английской транслитерации.

Рукопись должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы. В сноске к цитатам указывается источник (в виде порядкового номера по списку литературы). В статью включаются только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером.

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

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

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

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

Ответственность за правильность и полноту всех ссылок, а также точность цитирования первоисточников возложена на авторов

Направление в редакцию работ, которые отправлены в другие издания или опубликованы в них, не допускаются.

Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

Направление рукописи:

В редакцию направляются два экземпляра рукописи. Обязательной является отправка текста статьи, графических материалов и сопроводительных документов на электронный адрес журнала.

Статьи принимаются редакцией при наличии направления учреждения и визы руководителя. При направлении в редакцию журнала рукописи статьи, к последней прилагается сопроводительное письмо от авторов, где должны быть отражены следующие моменты:

- инициалы и фамилии авторов
- название статьи информация о том, что статья не была ранее опубликована, а также не представлена другому журналу для рассмотрения и публикации
- обязательство авторов, что в случае принятия статьи к печати, они предоставят авторское право издателю
- подтверждение того, что авторы ознакомлены с договором и дают своё согласие подписать указанный договор одному из выбранных из их числа автору
- заявление об отсутствии финансовых и других конфликтных интересов
- свидетельство о том, что авторы не получали никаких вознаграждений ни в какой форме от фирм-производителей, в том числе конкурен-

тов, способных оказать влияние на результаты работы

- Информация об участии авторов в создании статьи. Наряду с вышеперечисленными документами авторы должны предоставить подписанный договор о передаче издателю своих авторских прав

Рукописи, не соответствующие правилам, редакцией не принимаются, о чём информируются авторы. Переписка с авторами осуществляется только по электронной почте.

Порядок рецензирования рукописей

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

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

Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих ее тематике, с целью их экспертной оценки. Все рецензенты являются признанными специалистами по тематике рецензируемых материалов и имеют в течение последних 3 лет публикации по тематике рецензируемой статьи. Рецензентами не могут быть научные руководители авторов статей.

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

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

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

Редакция также обязуется направлять копии рецензий на опубликованный материал в Высшую аттестационную комиссию при Президенте Республики Таджикистан при поступлении в редакцию издания соответствующего запроса.

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

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

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

Рецензии хранятся в редакции издания в течение 5 лет.

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

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

Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.

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