



Сармуҳаррир:

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

Муовинони сармуҳаррир:

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

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

Котиби масъул:

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

Муҳаррир-мушовир:

Зиё Раҳмон – н.и.б.

Муҳаррири бадеӣ:

Темурхонов Т.

Тарҷумон:

Мамедова З.Т. – н.и.т.

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

Суроғи таҳририя:

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

E-mail: info@niiagip.tj

Муассисони маҷалла:

**Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи
акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии
Тоҷикистон”**

**Ҷамъияти акушер-гинекологҳои
Ҷумҳурии Тоҷикистон**

Учредители журнала:

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

**Общество акушеров-гинекологов
Республики Таджикистан**

МОДАР ВА КӮДАК МАТЬ И ДИТЯ MOTHER AND CHILD

Маҷаллаи илмӣ-амалӣ

№4, 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 Марҳабо 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).

Журнал, посвященный научно-практической конференции «*Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и перинатологии*»



Маводи мазкур бо кӯмаки мардуми Амрико эҷод шудааст, ки он аз тариқи Агентии ИМА оид ба рушди байналмилалӣ расонида мешавад. Мазмун ва мундариҷаи ин эҷод маҳсули Абт Ассошиэйтс буда, метавонад бо нуқтаи назари USAID ва Ҳукумати ИМА мувофиқат накунад.



Данная публикация стала возможной благодаря помощи американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID). Абт Ассошиэйтс несет ответственность за содержание публикации, которое не обязательно отражает позицию USAID или Правительства США.

СОДЕРЖАНИЕ

Бобоева Х.К., Джаборова Т.М., Разикова Г.В. <i>Аудит критических случаев акушерских кровотечений как резерв снижения материнской смертности</i>	8
Болиева Г.У., Хайридинова С.С., Рахматова Г.Р., Давлятова Д.М., Ошурмамадова Р.Б. <i>Безопасность различных методов прерывания беременности ...</i>	12
Гулакова Д.М., Бойматова З.К., Юсуфбекова У.Ю., Махмаджанова М.О., Турсунова Д.Т. <i>Критерии ультразвуковой диагностики преждевременной недостаточности яичников у женщин позднего репродуктивного возраста</i>	19
Давлатзода Г.К. <i>Экономическая эффективность использования стандартизации оказания помощи и аудита критических случаев акушерских кровотечений</i>	24
Давлатзода Г.К., Ишан-Ходжаева Ф.Р., Киемитдинзода М. <i>Клинико-социально-анамнестическая характеристика женщин с критической тяжелой преэклампсией ..</i>	31
Давлатзода Г.К., Юнусова М.М., Ганиева А.О. <i>Факторы риска развития критических акушерских кровотечений</i>	38
Давлатзода Г.К., Юсуфи С.Д., Тоджидинова Р.С. <i>Комплексная оценка распространенных патологических состояний беременных, меры профилактики и терапия</i>	46
Зурбекова Ш.Р., Эшонкулова Г.Х., Махкамов К.К. <i>Неблагоприятные факторы риска для детей, родившихся до 34 недель гестации</i>	52
Исмаилов К.И., Хусенова М.С., Ходжаева Н.Н. <i>Некоторые аспекты вентиляционной функции лёгких и газового состава крови у детей при наследственных гемолитических анемиях</i>	55
Кадамалиева М.Д., Юсуфбекова У.Ю., Азимова Д.А. <i>Ведение пациенток репродуктивного возраста с хронической анемией в условиях высокогорья</i>	62
Камилова М.Я., Муминова Ш.Т. <i>Подходы к снижению частоты критических тяжелых преэклампсий и акушерских кровотечений (обзор литературы)</i>	67
Каримова М.Т. <i>Ультразвуковое исследование легких у новорожденных в отделении реанимации и интенсивной терапии</i>	73
Косимов М.М., Вохидов А. <i>Воздействие факторов окружающей среды на формирование врожденных аномалий развития</i>	78
Косимова З.Н., Усманова Ф.И., Разокова Д.И., Пирназарова М.Г., Ахмедова Л.С. <i>Опыт применения баллонной тампонады при гипотонических кровотечениях</i>	83
Курбанова П.З., Икромовна З.М., Одинаева З.С., Абдурахмонова Н.Д., Рахимова Б.С. <i>Оценка овариального резерва пациенток с эндометриоидными кистами и нереализованной репродуктивной функцией</i>	88

Мирзоева М.М., Раджабова Г.А., Яхёева М.О., Паноева З.Х., Ёракова Р.Х. <i>Оптимизация диагностики хламидийной инфекции у беременных</i>	94
Мурадов А.А., Мурадов А.М., Пырегов А.В., Икромов Т.Ш., Рустамова М.С., Шумилина О.В. <i>Полиорганная недостаточность у родильниц и стратификация её риска</i>	97
Мурадов А.А., Мурадов А.М., Ризоев М.М., Косимов З.К., Нёмонов Х.Д., Нёмонова О.Р., Исмоилова М.Ш. <i>Применение плазмафереза при некоторых заболеваниях в акушерстве и гинекологии в Республике Таджикистан (обзор литературы)</i>	105
Одинаева М.С., Камилова М.Я., Рахматуллоева Д.М., Мухточова Г.А. <i>Клинико-anamnestическая характеристика женщин с септическими осложнениями после операции кесарева сечения</i>	111
Олимова Т.Ш. <i>Эффективность эпидуральной аналгезии у женщин с пороками сердца и легочной гипертензией</i>	117
Олимова Ф.З., Салохиддинова Г.Н., Каримова У.А., Юлдошева М.У., Гафурова Н.Г. <i>Перинатальные исходы при тяжёлой преэклампсии у беременных позднего репродуктивного возраста</i>	121
Пулатова С.Д., Джаборова Т.М., Разыкова Г.В. <i>Влияние благополучия медицинских работников Таджикистана на качество услуг, предоставляемых матерям и детям ...</i>	127
Рафиева З.Х., Абдурахманова Ф.М., Абдуллоходжаева Г.А., Усманова Ф.И. <i>Неотложная помощь при патологических кровотечениях во время операции кесарево сечение</i>	130
Салимов Б.А., Косимов М.М., Вохидов А. <i>Карлес у детей</i>	137
Сармисокова Х.Д. <i>Неблагоприятные перинатальные исходы при поздних преждевременных родах</i>	142
Сафарова Д.Б., Шукурова З.Т., Шодиева Х.Т., Умарова Т.С., Сатторова С.Ф. <i>Факторы риска развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты</i>	146
Турахонов А.А., Ходжаева Н.Н., Довудов Ф.Б. <i>Роль половых гормонов в формировании здоровья женщины, проблемы их недостаточности и избытка</i>	152
Хабибов И.М., Вохидов А. <i>Медико-биологические факторы риска формирования врожденных пороков развития невральнoй трубки</i>	156
Хакимова Н.Т., Хушвахтова Э.Х., Курбанова М.Х., Мамедова З.Т., Кармишева М.Н. <i>Частота и структура заболеваний шейки матки у женщин после суправагинальной гистерэктомии</i>	161

Хокироев Д.С., Вохидов А. <i>Роль патологических состояний, осложняющих беременность, на развитие невральной патологии у новорожденных</i>	167
Юлдошева М.У., Абдуллаева Р.А., Олимова Ф.З., Каримова У.А., Раджабзода Н.Ф. <i>Влияние инфекционного фактора в развитии заболеваний шейки матки</i>	173

УДК 616-089.888

**АУДИТ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
КАК РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ**

Х.К. Бобоева, Т.М. Джаборова, Г.В. Разикова

Проект USAID «Здоровая мама, здоровый ребёнок»

В течение двух лет проводился аудит критических случаев акушерских кровотечений в медицинских учреждениях. Выявлены слабые места, включая недостаток наблюдения за родильницами и неэффективную командную работу. Анализ причин позволил определить недостаток знаний и навыков персонала, а также отсутствие локальных протоколов. Обучающие семинары и онлайн-обсуждения с национальными экспертами помогли улучшить качество медицинской помощи, снизив частоту критических случаев и уровень материнской смертности в учреждениях проекта.

Ключевые слова: аудит, критические случаи, неотложная акушерская помощь, уровень материнской смертности.

**АУДИТИ ҲОДИСАҶОИ КРИТИКИИ ХУНРАВИИ АКУШЕРӢ,
ҲАМЧУН ЗАХИРАИ КАМ КАРДАНИ ФАВТИ МОДАР**

Х.К. Бобоева, Т.М. Джаборова, Г.В. Разикова

Лоихаи USAID «Модари солим, кудаки солим»

Дар давоми ду сол тафтиши ҳодисаҳои вазнини хунравии акушерӣ дар муассисаҳои тандурустӣ гузаронида шуд. Камбудиҳо, аз ҷумла, назорат накардани занони баъди таваллуд, қори самарабахшии ғуруҳӣ ошқор карда шуданд. Таҳлили сабабҳо имкон дод, ки камбудиҳоро ҳамчун донишу малакаи табибон, инчунин набудани протоколҳои маҳаллӣ муайян карда шавад. Семинарҳои омӯзишӣ ва муҳоҷисаҳои онлайн бо қориносони миллӣ ба беҳтар шудани сифати нигоҳубин, қоҳиш додани ҳодисаҳои критикии ва сатҳи фавти модарон дар муассисаҳои лоиҳавӣ мусоидат карданд.

Калимаҳои асосӣ: аудит, ҳолатҳои вазнин, ёрии таъҷилии акушерӣ, сатҳи фавти модарон.

**AUDIT OF CRITICAL CASES OF OBSTETRIC HEMORRHAGE
AS A RESERVE FOR REDUCING MATERNAL MORTALITY**

H.K. Boboeva, T.M. Dzhaborova, G.V. Razykova

USAID Healthy Mother, Healthy Baby Activity

An audit of critical cases of obstetric hemorrhage in health care facilities was conducted over a two-year period. Weaknesses were identified, including lack of monitoring of postpartum women and ineffective teamwork. Analysis of the reasons made it possible to determine the lack of knowledge and skills of personnel, as well as the lack of local protocols. Training workshops and online discussions with national experts helped improve the quality of care, reducing the incidence of critical incidents and maternal mortality rates in project facilities.

Key words: audit, critical cases, emergency obstetric care, maternal mortality rate.

Актуальность. В последние десятилетия многие страны мира стремятся к снижению материнской смертности - одному из главных показателей здоровья женщин в период беременности и родов. Правительством Таджикистана, наряду с другими странами мира, разработаны ряд стратегий по улучшению качества помощи матерям и детям. В Таджикистане за последние годы качество оказываемых услуг значительно улучшились. Способствующими этому факторами явились приверженность Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, поддержка со стороны партнерских организаций в обучении, мониторинге с использованием руководств и оценочных инструментов ВОЗ, основанных на данных доказательной медицины [4, 5, 7].

Несмотря на значительные достижения и улучшение показателей, все еще остается много работы по предотвращению материнских смертей. В этом контексте аудит критических случаев (АКС) становится мощным инструментом для выявления причинных связей и разработки мер для снижения материнской смертности. Одним из компонентов плана действий для снижения материнской смертности является программа «Что кроется за цифрами?». Программа предлагает инструменты оценки качества медицинской помощи. Предыдущими исследованиями показано, что обеспечение качества оказываемых услуг матерям и детям возможно даже в учреждениях с ограниченной больничной инфраструктурой и доступностью оборудования. В Таджикистане используется инструмент оценки качества услуг – анализ критических случаев акушерских кровотечений и преэклампсий [1, 2, 3, 6].

Цель исследования. Оценить роль аудита критических случаев в снижении материнской смертности в пилотных районах Хатлонской области.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ протоколов заседаний АКС 12 учреждений 2-го уровня и статистических показателей акушерских кровотечений учреждений Хатлонской области за последние 2 года.

АКС представляет собой систематическое и комплексное исследование случаев материнской смертности с целью выявления ошибок и недостатков в медицинской практике и системе здравоохранения. Исследование включало в себя анализ медицинских записей, интервью с медицинскими работниками и пациентами и анализ данных для выявления факторов, которые привели к нежелательным исходам в родильных отделениях. Проведение аудита предусматривало соблюдение принципов и методологии АКС [6]. Соблюдались принципы конфиденциальности, анонимности, учитывалось мнение женщин, практическая работа сравнивалась со стандартами страны по ведению женщин с акушерскими кровотечениями с выявлением её слабых сторон и поиском истинных причин упущенных возможностей, на основании которых были выработаны легко выполнимые эффективные решения, внедрение которых в последующем улучшило качество оказания помощи женщинам с акушерскими кровотечениями.

Дизайн исследования – ретроспективный анализ. Использованы методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. В изученных учреждениях в течение 2-х лет проводился аудит критических случаев акушерских кровотечений и связанных с ними

осложнений. Предварительно проведен поиск слабых практик. Установлено, что одной из слабых практик критических ситуаций акушерских кровотечений является недолжное наблюдение за родильницами в послеродовом периоде, когда факт акушерского кровотечения фиксируется поздно (17–51,5% случаев из 33). Другой причиной упущенных возможностей является слабая работа команд по оказанию неотложной акушерской помощи (НАП) (13–39,4% случаев из 33). При выяснении истинных причин упущенных возможностей с использованием метода «почему, но почему?» установлено, что истинной причиной данных случаев являются недостаточный уровень теоретических знаний и практических навыков акушеров, а также отсутствие местных протоколов командной работы при необходимости НАП. Выявленные истинные причины упущенных возможностей в каждом отдельном учреждении были систематизированы путем суммирования и распределения по однотипности. Для улучшения качества оказания помощи были организованы обучающие семинары для персонала данных учреждений с целью улучшения уровня теоретических знаний, практических навыков, а также обучение по созданию протоколов для этих учреждений на основе стандартизированных подходов с учетом их выполнимости при имеющихся условиях каждого стационара.

Также были организованы еженедельные онлайн-АКС-обсуждения с привлечением кураторов национального уровня. Это помогло учреждениям укрепить связь со своим куратором, участвовать в анализе критических случаев специалистам соседних районов и извлекать свои уроки.

Анализ показателей целевых учреждений и сравнение с соответствующими показателями других учреждений Хатлонской области продемонстрировали улучшение качества помощи в учреждениях Проекта. Необходимо отметить снижение частоты критических акушерских кровотечений, развившихся в учреждении. Большая часть женщин с критическими кровотечениями поступали в целевые стационары уже в критическом состоянии.

В учреждениях районов Проекта установлена положительная динамика показателя уровня материнской смертности, проявившаяся в снижении данного показателя. Так, в 2022 году уровень материнской смертности в Хатлонской области был равен 24,6, тогда как в районах Проекта он составлял 24,8. В результате проведенных мероприятий по аудиту критических случаев уровень материнской смертности в Районах Проекта снизился на 5,2, тогда как в остальных районах Хатлонской области данный показатель увеличился на 3,5 (рисунок).



Динамика изменения уровня материнской смертности в учреждениях районов Проекта и других учреждениях Хатлона

Заключение. На основе полученных результатов можно сделать вывод, что аудит критических случаев способствует внедрению изменений в организацию медицинской помощи на основе выявленных причинных связей упущенных возможностей. Рекомендации, основанные на данных АКС, могут

включать улучшение протоколов лечения, обучение медицинского персонала по предотвращению осложнений, повышение стандартов безопасности, изменение процедур и регуляторных актов. Такие изменения могут значительно снизить риск материнской смертности за счет предотвращения повторения слабых практик при оказании помощи матерям с тяжёлыми преэклампсиями и акушерскими кровотечениями, улучшить качество медицинской помощи для беременных и рожениц. Принимая во внимание, что тяжёлые преэклампсии и акушерские причины лидируют в структуре причин материнской смертности, использование аудита критических случаев этих осложнений является резервом снижения летальности матерей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баччи А. Реализация методологии «Что кроется за цифрами» в Европейском регионе: предпринимаемые шаги, проблемы, успехи, и где мы находимся в настоящее время // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. 2010. № 70. С. 6-7.
2. Бачи А. и др. Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорождённым. Систематический, основанный на стандартах подход, предполагающий широкое участие всех заинтересованных сторон. Женева: ВОЗ, 2014. 202 с.
3. Лебеденко Е.Ю. Near miss. На грани материнских потерь. М.: Статус презенс, 2015. 184 с.
4. Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года. Душанбе, 2016. 46 с.
5. Global Strategy for Women's Children's and Adolescents Health 2016 to 2030. New York, 2015. 108 p.
6. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-e-Sustainable-Development-Goals-Report-2022>
7. World Health Organization. Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO, 2004.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бобоева Халима Курбоновна – к.м.н., сотрудник проекта ЮСАИД «Здоровая мама, здоровый ребёнок»; тел.: (+992) 888800835; e-mail: halima_boboeva@abtassoc.com

Джаборова Тахмина Мухидинжановна - сотрудник проекта ЮСАИД «Здоровая мама, здоровый ребёнок»; тел.: (+992) 888800837; e-mail: tahmina_jaborova@abtassoc.com

Разыкова Гулнора Вахидовна – к.м.н., сотрудник проекта ЮСАИД по укреплению устойчивости местной системы здравоохранения; тел.: (+992) 000200077; e-mail: gulnora_razykova@abtassoc.com

УДК 618.39:618.17

БЕЗОПАСНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Г.У. Болиева, С.С. Хайридинова, Г.Р. Рахматова,

Д.М. Давлятова, Р.Б. Ошурмамадова

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

Цель исследования. Изучить безопасность различных методов прерывания физиологической и патологической беременности в первом триместре.

Материал и методы. Обследована 31 пациентка с физиологической и патологической беременностью сроком до 14 недель, обратившиеся для прерывания беременности. Первую группу составили 22 (70,9%) пациентки, которым проведено инструментальное опорожнение полости матки. Контрольная группа – 9 (29,1%) пациенток, которым произведено медикаментозное прерывание беременности.

Результаты. При проведении медикаментозного аборта наибольшая эффективность установлена у пациенток с замершей беременностью. У данной категории пациенток выкидыш произошёл в среднем через 18 часов на мифепристоне. У 4 (12,9%) пациенток возникло кровотечение. Данное осложнение явилось показанием к инструментальному опорожнению матки в экстренном порядке. Объем кровопотери при проведении медикаментозного аборта минимален при прерывании физиологической беременности. Максимальный объем кровопотери отмечается при использовании медикаментозного аборта при наличии рубца на матке после неоднократного кесарева сечения. Как правило, данная манипуляция сопровождалась неполным выкидышем и кровотечением.

Заключение. Прерывание беременности путём инструментального опорожнения полости матки является контролируемым методом, технически правильно и профессионально проведённая манипуляция в сроке до 12 недель не дала ни одного случая кровотечения, средняя кровопотеря составила 134,5 мл. В 4 (12,9%) случаях развилась гематометра и явления метроэндометрита. Однако, принимая во внимание высокий риск развития послеабортных осложнений, метод не является предпочтительным.

Ключевые слова: прерывание беременности, медикаментозный аборт, остатки плодного яйца, послеабортное кровотечение, мифепристон, мизопрастол.

БЕХАТАРИИ УСУЛҲОИ ГУНОГУНИ ИСҚОТИ ҲАМЛИ ТИББӢ

Болиева Г.У., Хайридинова С.С., Рахматова Г.Р.,

Давлятова Д.М., Ошурмамадова Р.Б.

Муассисаи давлатии «Пажухишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон». Шуъбаи гинекологияи эндокринологӣ ва репродуктологӣ

Қаъқунии ҳомиладорӣ тавассути тозакунии ковокии бачадон бо асбоб як усули назоратшаванда мебошад, амаалиёти аз ҷиҳати техникӣ ва касбӣ дуруст иҷрошуда дар муҳлати то 12 ҳафта, ягон ҳолати хунравиро ба вучуд наовард, хунталафоти миёна

134,5 млро ташкил дод. Дар 4 (12,9%) ҳолатҳо гематометр ва нишонаҳои метроррагия инкишоф ёфт. Бо вучуди ин, бо назардошти хатари баланди аворизҳои пас аз исқоти ҳамл, афзалтар нест.

Ҳангоми гузаронидани исқоти ҳамли доругӣ, самаранокии бештар дар беморони ҳомиладорӣ аз инкишофбозмонда муқаррар карда шудааст. Дар ин гуруҳи беморон ба ҳисоби миёна пас аз 18 соат истеъмоли мифепристон исқоти ҳамл ба вучуд омадааст. Дар 4 (12,9%) беморон хунравиро ба вучуд омадааст. Ин авориз нишондод барои амалиёти фаврии тозакунии ковокии бачадон бо асбоб шуд. Ҳаҷми хунталафот ҳангоми исқоти доругӣ ҳангоми ҳомиладорӣ физиологӣ камтарин аст. Микдори максималии хунталафот ҳангоми исқоти ҳамли доругӣ дар мавриди доштани якчанд изи ҷарроҳӣ дар бачадон баъди буриши қайсарӣ мушоҳида мешавад. Чун қоида, ин амалиёт бо исқоти ҳамли нопурра ва хунравӣ ҳамроҳӣ мешуд.

Калимаҳои асосӣ: қатъкунии ҳомиладорӣ, исқоти ҳамли доругӣ, боқимондаҳои ҷанинхалта, хунравӣ баъди исқоти ҳамли тиббӣ, мифепристон, мизопростол.

SAFETY OF VARIOUS METHODS OF ABORTION

G.U. Bolieva, S.S. Khayridinova, G.R. Rakhmatova,

D.M. Davlyatova, R.B. Oshurmamadova

Department of Gynecological Endocrinology and Reproductology of State Institution

"Tajik Research institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"

Results. When performing a medical abortion, the greatest effectiveness has been established in patients with frozen pregnancies. In this category of patients, miscarriage occurred on average after 18 hours on mifepristone. 4 (12.9%) patients experienced bleeding. This complication was an indication for instrumental evacuation of the uterus on an emergency basis. The amount of blood loss during a medical abortion is minimal when removing a physiological pregnancy. The maximum amount of blood loss is observed when using medical abortion in the presence of a scar on the uterus after repeated cesarean sections. As a rule, this manipulation was accompanied by incomplete miscarriage and bleeding.

Conclusion. Termination of pregnancy by instrumental evacuation of the uterine cavity is a controlled method; a technically correct and professionally performed manipulation in up to 12 weeks did not produce a single case of bleeding, the average blood loss was 134,5 ml. In 4 (12.9%) cases, hematometra and the phenomenon of metroendometritis developed. However, taking into account the high risk of post-abortion complications, it is not preferable.

Key words: termination of pregnancy, medical abortion, remnants of fertilized egg, post-abortion bleeding, mifepristone, misoprostol.

Актуальность. Всемирная Организация Здравоохранения определяет аборт как прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона или плода) в период до 22 недель

беременности или до достижения плодом массы 500 г.

Дальнейшее уточнение термина зависит от причины аборта. Самопроизвольный аборт, или выкидыш, – это неспровоцированный; искусственный аборт – это

преднамеренное, вызванное или индуцированное прерывание беременности. Искусственный аборт включает в себя разрешенное законом прерывание беременности или неразрешенное (криминальный аборт). Термин "медицинский аборт" по определению должен относиться к абортам, произведенным по медицинским показаниям, т.е. тогда, когда пролонгирование беременности опасно для жизни или здоровья женщины либо когда плод нежизнеспособен или имеет генетически обусловленные пороки развития. Однако на практике этот термин обычно применяется в отношении всех абортов, разрешенных законом, поэтому зачастую медицинский аборт определяется как искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода. Медицинский аборт производят в медицинском учреждении (родильные дома и больницы, имеющие гинекологическое или общехирургическое отделения) с информированного согласия женщины и с обязательным оформлением соответствующей медицинской документации. Прерывание беременности представляет собой значительный риск для здоровья женщины, в частности для репродуктивного здоровья [5, 6, 7].

Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье женщины [9, 10]. Ежегодно в мире более 75 млн. женщин сталкиваются с проблемой нежелательной беременности, и у 2/3 из них она заканчивается абортом. Российская Федерация относится к странам с высокой частотой абортов (например, 33,3 на 1000 женщин фертильного возраста в 2007 году). И хотя за последние два десятилетия, по данным

Росстата, их число снижается (абсолютное число сократилось в 2,7 раза), искусственный аборт продолжает оставаться основным, хотя и небезопасным, средством регулирования рождаемости. Более половины учтенных абортов приходится на женщин в возрасте 20-30 лет; женщины 30-35 лет и старше делают аборты в 2,5 раза реже. В настоящее время более 90% всех абортов в России выполняются на сроке беременности до 12 недель и только 23% из них - до 6 недель, хотя установлено, что количество и тяжесть осложнений наименьшие при искусственном прерывании в ранние сроки. Самым распространенным по-прежнему остается метод дилатации и кюретажа (78,9%), который ВОЗ допускает только в исключительных случаях, когда нет возможности использовать другие, более щадящие методы. В структуре причин материнской смертности аборт занимает одно из ведущих мест в течение не одного десятилетия. Так, в 2007 году вклад в материнскую смертность медицинских абортов, произведенных в ЛПУ, в России составил 26,6%, тогда как во всем мире - 13% [8].

Все большую популярность приобретает медикаментозный аборт. Медикаментозное прерывание беременности производится до 63 дней аменореи (с 1 дня последней менструации) [2, 3, 5]. Преимущества медикаментозного прерывания беременности: высокая эффективность (95–98%), безопасность и приемлемость; отсутствие риска, связанного с анестезией; отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством: механическое повреждение эндометрия, миометрия, сосудов матки, травма цервикального канала; снижение риска развития восходящей инфекции и связанных с ней осложнений, неинвазивность метода исключает опасность заражения ВИЧ-

инфекцией, гепатитом, отсутствие психоэмоциональной травмы, возникающей при хирургическом аборте; отсутствие неблагоприятного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию, что особенно важно для первобеременных; предоставление женщине права выбора метода; высокая удовлетворённость пациенток качеством медицинской помощи при данном методе прерывания беременности.

Психологически женщине легче перенести раннее прерывание беременности медикаментозным путём, чем хирургическую операцию под наркозом. При медикаментозном прерывании беременности шейка и слизистая матки не травмируются хирургическими инструментами, что сохраняет репродуктивную функцию женщины и существенно снижает процент возможных осложнений, в частности серьёзных кровотечений. Проведенные исследования показали высокую эффективность (95–98,9%) и безопасность медикаментозного метода прерывания беременности раннего срока (до 6 нед.) [2, 3, 9, 11, 12]. Этим объясняется активное внедрение фармакологического аборта в акушерско-гинекологическую практику.

Однако же наличие противопоказаний для проведения медикаментозного аборта: индивидуальная непереносимость мифепристона и/или мизопростала; миома матки больших размеров; анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л), прерывание возможно после консультации терапевтом и назначении лечения; нарушения гемостаза (в том числе предшествующая терапия антикоагулянтами); острые воспалительные заболевания женских половых органов; наличие тяжёлой экстрагенитальной патологии; гормонально-зависимые опухоли; период лактации - делает приоритетным инструментальное опорожнение

матки [4]. Отдаленные осложнения (последствия) хирургического аборта многообразны и оказывают негативное влияние не только на репродуктивное здоровье женщины, но и на весь ее организм, что связано как с хирургическим вмешательством, так и с гормональными нарушениями, возникающими в ответ на прерывание беременности. При стрессе, каковым является аборт для организма, происходит нарушение регуляции овариально-менструальной функции.

Таким образом, дилемма в выборе метода прерывания беременности, возможные осложнения и последствия делают необходимым продолжать изучать вопросы приемлемости данных методов прерывания беременности.

Цель исследования. Изучить безопасность различных методов прерывания физиологической и патологической беременности в первом триместре.

Материал и методы исследования. Обследована 31 пациентка, обратившаяся за помощью в отделение гинекологической эндокринологии ТНИИ АГиП. Обратившиеся – пациентки с физиологической и патологической беременностью сроком до 14 нед., которым было необходимо прерывание беременности. Первую группу составили 22 (70,9%) пациентки, которым произведено инструментальное опорожнение полости матки. Контрольная группа – 9 (29,1%) пациенток, которым произведено медикаментозное прерывание беременности.

Первый визит включает консультацию врача акушера-гинеколога, осмотр, забор анализов, определение срока беременности и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки, выявление показаний и противопоказаний к медикаментозному прерыванию беременности. При желании женщины и отсутствии про-

тивопоказаний к инструментальному и медикаментозному аборту пациентку информируют об особенностях действия препаратов, сути метода, длительности проведения аборта, возможных побочных эффектах, осложнениях и необходимости строго следовать врачебным рекомендациям. Критериями включения в исследование явились: возраст 18–40 лет; ранняя маточная беременность (42 дня аменореи), подтвержденная тестом на беременность и ультразвуковым исследованием (УЗИ); согласие на исследование. Критерии исключения: курение; любая сопутствующая тяжелая соматическая патология; индекс массы тела >30 кг/м²; прием нестероидных противовоспалительных средств, гормональных контрацептивных препаратов в течение трех последних месяцев; лихорадка любой этиологии; заболевания центральной нервной системы, психические расстройства в анамнезе; обострение любых хронических заболеваний на момент начала исследования; отсутствие согласия на исследование.

Для прерывания беременности оформляется информированное согласие. Пациентам, подготовленным к медикаментозному прерыванию беременности, дается 200 мг мифепристона в присутствии врача, что зафиксировано в истории болезни. Через 24–48 ч после приема мифепристона принимается второй комбинированный лекарственный препарат «Мизопростол» 600 мкг (2 таблетки) сублингвально, buccально или вагинально. Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется в течение 24 ч после приема мизопростола: оценивается промежуток времени, когда происходит медаборт, количество кровопотери, возникшие осложнения, объем медицинской дополнительной помощи. Проводится оценка общего состояния, гинекологический осмотр,

выполняется УЗИ органов малого таза. В случае выявления неэффективности медикаментозного аборта (неполный аборт или прогрессирующая беременность) при контрольном визите женщине производится вакуум-аспирация содержимого полости матки.

Результаты и их обсуждение

Возраст обследованных пациенток варьировал от 19 до 46 лет. Средний возраст в группах составлял $26,9 \pm 6,17$ и $27,3 \pm 4,09$ и не имел статистических различий ($p > 0,05$). В первой группе 4 (12,9%) пациентки обратились на прерывание беременности по собственному желанию. У 10 (32,3%) была установлена замершая беременность. У 1 (3,2%) диагностирована анэмбриония. 8 (25,8%) пациенток были направлены на прерывание беременности в связи с коротким интергенетическим интервалом в связи с наличием рубца на матке. У 3 (9,7%) в анамнезе было два, у 3 (9,7%) – три кесаревых сечения. При этом давность проведения кесарева сечения составила от 6 до 9 месяцев, в среднем $7,5 \pm 1,16$ мес.

В контрольной группе пациенток медикаментозный аборт произведен в связи с замершей беременностью – 7 (22,6%) и анэмбрионией – 1 (3,2%). Медикаментозный аборт по собственному желанию выполнен в 1 (3,2%) случае. В связи с неподготовленностью шейки матки и высоким риском травматизма при наличии рубца на матке после одного (2) и нескольких (3) кесаревых сечений пациенткам назначен мефипристон. Срок беременности в группах варьировал от 4 и до 14 недель, и в среднем составил $8,1 \pm 4,14$ нед.

По данным клинических анализов, гемоглобин в первой группе пациенток варьировал от 58 г/л и до 135 г/л, в среднем составляя $108,75 \pm 7,8$ г/л. В контрольной группе средний уровень гемоглобина

составил $111,2 \pm 4,0$ г/л, что не имело статистических различий ($p > 0,05$).

Влагалищная флора была представлена мазками 1 (25 (80,6%)), 2 (5 (16,1%)) и 3 (1 (3,2%)) степеней чистоты влагалища в обеих группах.

Инструментальное опорожнение матки технически исполнено без погрешностей, кровопотеря составила от 80,0 мл до 280,0 мл, в среднем $134,5 \pm 12,9$ мл. После манипуляции назначен антибиотик широкого спектра действия - азитромицин по 500 мг 1 раз в сутки в течение трёх суток, утеротоническая терапия и свечи с НПВС (индометацин). По данным контрольного УЗИ, у 4 (12,9) пациенток отмечалась умеренная гематометра, которая только в 1 (3,2%) пациентки клинически проявилась ощущением тяжести в нижних отделах живота. Признаки метроэндометрита установлены по данным УЗИ у 1 (3,2%) пациентки. После медицинского аборта путём инструментального опорожнения матки все пациентки выписаны в первые сутки после проведения манипуляции.

В контрольной группе с замершей беременностью после приёма мифепристона у 4 (12,9%) человек произошёл полный выкидыш. У пациенток с замершей беременностью в 4 (12,9%) случаях началось кровотечение, в связи с этим было произведено экстренное опорожнение полости матки. У 5 (16,1%) выкидыш произошел после проведения полной схемы медицинского аборта. В группе пациенток с физиологической беременностью также выкидыш произошел после проведения полной схемы медикаментозного аборта. Особого внимания заслуживает группа пациенток с рубцом на матке. У данной категории женщин манипуляция осложнилась неполным выкидышем и начавшимся кровотечением. Данное осложне-

ние послужило поводом для экстренного инструментального опорожнения матки.

Кровопотеря в контрольной группе пациенток варьировала от 100 до 450 мл и в среднем составила $188,9 \pm 8,13$ мл, что достоверно больше, чем в первой группе ($p < 0,05$). Данная категория пациенток из-за развития обильного кровотечения нуждалась в проведении неотложных мероприятий по восполнению ОЦК.

УЗ исследование, проведенное в первые сутки, позволило установить наличие остатков оболочек, сгустков в полости матки и умеренной гематометры в 3 (9,7%) случаях, что потребовало назначения дополнительных утеротонических препаратов. Согласно стандартам ведения медикаментозного аборта, учитывая отсутствие кровотечения, пациенткам предложен повторный УЗ контроль через 14 дней, проведена консультация о возможных опасных симптомах.

Заключение. Прерывание беременности путем инструментального опорожнения полости матки является контролируемым методом, технически правильно и профессионально проведенная манипуляция в сроке до 12 недель не дала ни одного случая кровотечения, средняя кровопотеря составила 151,4 мл. В 4 (12,9%) случаях развилась гематометра и явления мерозэндометрита. Однако качество проведенной манипуляции зависит от квалификации врача, техники проведения и подготовки пациентки. Принимая во внимание множество отдалённых последствий, не рекомендовано для широкого применения.

При проведении медикаментозного аборта наибольшая эффективность установлена у пациенток с замершей беременностью. У данной категории обследованных выкидыш произошёл в среднем через 18 часов после приёма мифепристона. У 4 (12,9%) пациенток возникло кровотечение. Данное

осложнение явилось показанием к инструментальному опорожнению матки в экстренном порядке. Объем кровопотери при проведении медикаментозного аборта минимален при прерывании физиологической беременности. Максимальный объем кровопотери отмечается при использовании медикаментозного аборта при наличии рубца на матке после неоднократного кесарева сечения. Как правило, данная манипуляция сопровождалась неполным выкидышем и кровотечением. Медикаментозный аборт показал свою эффективность в случаях проведения удаления физиологической беременности, а так же в случаях с замершей беременностью. Однако применение его при наличии рубца после неоднократных кесаревых сечений часто сопровождается кровотечением и необходимостью проведения неотложной инфузионной терапии. В этой группе пациенток использование мифепристона позволяет подготовить шейку матки для проведения последующего опорожнения матки без травматизма для шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Репина М.А., Кузьминых Т.У. Ещё один взгляд на проблему акушерских кровотечений // Журн. акуш. и жен. бол. 2008. Т. 57, № 3. С. 3–11.
2. Баев О.Р., Калинина Е.М. Применение мифепристона в акушерской практике // Вопр. гин., акуш. и перинатол. 2004. Т. 3, № 4. С. 80–84.
3. Городничева Ж.А., Савельева И.С. Медикаментозный аборт // Вопр. гин., акуш. и перинатол. 2005. Т. 4, № 2. С. 96–100.
4. Гридчик А.Л. Еще раз о материнской смертности // Рос. вестн. акуш.-гин. 2001. № 1. С. 58–60.
5. Медикаментозное прерывание беременности в ранние и поздние сроки в условиях гинекологического стационара. Клинический протокол. / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 962–975.
6. Неразвивающаяся беременность. Методические рекомендации МАРС (Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины) / под ред. В.Е. Радзинского и др. М.: StatusPraesens, 2015. 48 с.
7. Сизюхина Н.Н. Медико-социальные детерминанты репродуктивного здоровья контрацептивного поведения и искусственного аборта у женщин, прервавших беременность в г. Архангельске: дис. ... канд. мед. наук / Н.Н. Сизюхина. Архангельск, 2006.
8. Синчихин С.П., Мамиев О.Б. Оценка эффективности алгоритма медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации // Гинекология. 2008. Т. 10, № 1. С. 56–60.
9. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Медикаментозное прерывание беременности при малом сроке // Вопр. гин., акуш. и перинатол. 2006. Т. 5, № 1. С. 115–119.
10. Фролова О.Г. и др. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты). М.: Триада-Х, 2003.
11. Chan C.C. et al. The effect of mifepristone on the expression of steroid hormone receptors in human decidua and placenta: a randomized placebocontrolled double-blind study // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2003. Vol. 88, № 12. P. 5846–5850.
12. Meckstroth K.R., Darney P.D. Prostaglandins for first-trimester termination // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2003. Vol. 17, № 5. P. 745–763.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Болиева Гулнора Улжаевна – к.м.н., руководитель гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНIIАГиП; тел.: (+992) 907780880; e-mail: 28082005@mail.ru

Хайридинова Ситора Саидмуродовна – к.м.н., зав.отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНIIАГиП

Рахматова Гулгуна Рахматуллоевна – сотрудник отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНIIАГиП

Давлятова Дильноза Махмадуллоевна – сотрудник отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНIIАГиП

Ошурмамадова Розия Бодуровна – соискатель, сотрудник отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНIIАГиП

УДК 618.11–008.64

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

Д.М. Гулакова, З.К. Бойматова, У.Ю. Юсуфбекова,
М.О. Махмаджанова, Д.Т. Турсунова

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

В статье отражены результаты анализа ультразвуковой диагностики признаков яичниковой недостаточности у женщин позднего репродуктивного возраста. Полученные данные свидетельствуют о преждевременном снижении работоспособности яичников, снижении овариального резерва у женщин позднего репродуктивного возраста. Сочетание малого количества антральных фолликулов при уменьшенном объеме яичников и размеров матки может расцениваться как критерий диагностики преждевременной яичниковой недостаточности и являться косвенным подтверждением недостатка гормонов яичников у данной категории женщин.

Ключевые слова: преждевременная яичниковая недостаточность, репродуктивная система, антральные фолликулы, овариальный резерв, размеры матки, объем яичника, дисбаланс гормонов, поздний репродуктивный возраст, соматическая патология, менструальный цикл.

**ХУСУСИЯТҲОИ ТАШХИСИ УЛТРАСАДОИ, НОКОМИИ БАРМАҲАЛИ
ТУХМДОН ДАР ЗАНОНИ СИННИ ДЕРИНАИ РЕПРОДУКТИВИ**

Д.М. Гулакова, У.Ю. Юсуфбекова, З.К. Бойматова,
М.О. Махмаджанова, Д.Т. Турсунова

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

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

Калимаҳои асосӣ: норасогии бармаҳали тухмдонҳо, андозҳо ва ҳаҷми тухмдонҳо, андозаҳои бачадон, синну соли репродуктивӣ.

EVALUATION OF THE METHOD OF ULTRASONIC EXAMINATION OF PREMATURE OVARIAN FAILURE IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

D.M. Gulakova, Z.K. Boymatova, U.Y. Yusufbekova,

D.T. Tursunova, M.O. Mamadzhanova

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

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

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

Актуальность. Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) – клинический синдром, объединяющий гетерогенную группу заболеваний, при котором овариальная недостаточность может быть следствием различных причин с большей вероятностью вклада наследственности. Под преждевременной недостаточностью яичников понимают гипогонадизм в возрасте до 40 лет у женщин, ранее имевших нормальный менструальный цикл. Частота ПНЯ, по данным разных авторов, колеблется от 1% до 13% [1, 2, 3, 8]. Срок службы «женских биологических часов», представленных яичниками и аденогипофизом, составляет 30-35 лет. В то время как мужчины пожизненно владеют своей гормональной и репродуктивной функцией, женщины «временно её арендуют».

Поэтому женщины стремятся к реализации родительской функции раньше мужчин, однако внезапное развитие преждевременной недостаточности яичников выбивает их из нормального физиологического репродуктивного ритма [6].

Несмотря на существенный прорыв в знаниях, касающихся механизмов старения яичника, эта проблема содержит в себе множество до конца не изученных аспектов [6, 7, 10]. Важное значение имеет своевременная диагностика ПНЯ, которая способствует своевременной коррекции данной патологии, наиболее значимым методом диагностики является ультразвуковое исследование.

Цель исследования. Оценить возможности ультразвукового исследования в со-

временной диагностике преждевременной недостаточности яичников.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 50 женщин в возрасте от 35 до 45 лет, среди которых 30 здоровых (контрольная группа) и 20 женщин с клиническими проявлениями преждевременной недостаточности яичников (основная группа). Критериями включения в основную группу послужили клинические признаки: нарушения менструального цикла или аменорея, отсутствие возможности зачатия без использования методов контрацепции.

Клиническое исследование проводилось всем женщинам, оно включало общий осмотр, подробный сбор анамнестических данных и выяснение жалоб при поступлении.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводили с помощью серии продольных и поперечных сечений аппаратом сложного сканирования «Logic 3» фирмы «General Electric» с использованием трансабдоминального и трансвагинального высокочастотных электронных датчиков с частотой 5 и 7.5 МГц. Эхография производилась при первичном обследовании в раннюю фолликулиновую фазу цикла в процессе, в последующем - в зависимости от показаний. В ходе исследования оценивали размеры матки, производили оценку яичников, состояние фолликулов, диаметр желтого тела, толщину эндометрия на 7-ой, 9-ый, 11-ый и 13-ый дни менструального цикла. Мониторинг фолликула назначали на 7-ой, 9-ый, 11-ый и 13-ый дни менструального цикла. Рассеивали фолликул, как функционально зрелый, тогда, когда его размер достигал не

менее 18 мм. Диаметр желтого тела измерялся на 25-ый день менструального цикла.

На 2 - 4 день менструального цикла всем женщинам проводили оценку овариального резерва путём трансвагинального ультразвукового исследования яичников – измеряли объём яичников. Количество антральных фолликулов диаметром 2-10 мм, средний диаметр 2-10 мм, средний диаметр фолликула максимального размера вычисляли как половину суммы его двух перпендикулярных яичников. Объём яичника вычисляли по формуле:

$$V \text{ яичника} = 0,5236 \times L \times W \times T$$

где: *L* – продольный, *W* – передне-задний и *T* – поперечный размеры яичника.

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

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин контрольной группы составил 35,9±2,8 лет, основной группы – 38,3±2,9 лет. Среди женщин контрольной группы не обнаружено соматической патологии. В основной группе выявлена различная сопутствующая патология, среди которой преобладали заболевания мочеполовой системы (45%) (рисунок 1).

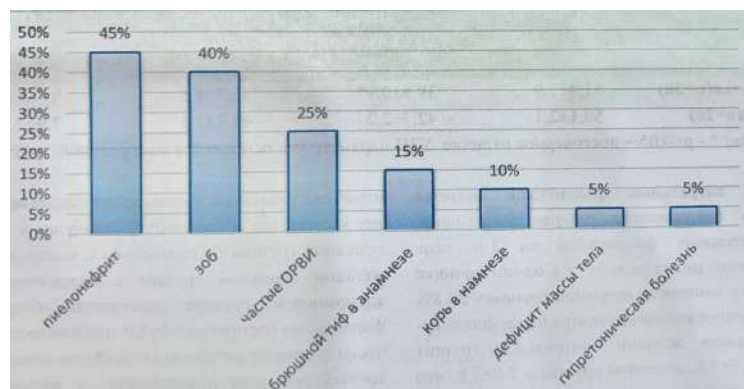


Рисунок 1. Структура и частота соматической патологии у женщин основной группы

Из гинекологических заболеваний в анамнезе женщин основной группы наиболее часто встречались эндометриоз. Миома, кисты яичников и эрозия шейки матки встречались с одинаковой частотой (10%).

Среди гинекологической патологии выявлялись эндометриоз, эрозия шейки матки, кисты яичников, миома матки, аденомиоз.

Средние параметры матки и объем яичников женщин контрольной и основ-

ной групп представлены в таблице. По полученным данным, отмечается тенденция снижения таких размеров матки, как передне-задний размер, а также статистически значимое уменьшение средней длины матки у женщин основной группы, по сравнению с соответствующими показателями в контрольной группе ($7,9 \pm 2,7$ против $9,7 \pm 1,9$). Следует отметить, что женщины с кистами яичников не были включены в статистические расчёты.

Таблица 2. Средние параметры матки и объёма яичников у женщин основной и контрольной групп

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

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

У женщин репродуктивного возраста с синдромом преждевременной недостаточности яичников женщин отмечается преждевременное снижение работоспособности яичников, при котором снижается выработка овариальных гормонов и созревание яйцеклетки. Дисбаланс гормонов яичников способствует уменьшению размеров матки, что подтверждается резуль-

татами наших исследований. Также снижается и объём яичников. Поэтому уменьшение параметров матки и яичников при диагностике преждевременной яичниковой недостаточности является важным диагностическим методом исследования, косвенно подтверждающим гормональный дисбаланс в сторону недостатка гормонов яичников.

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

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

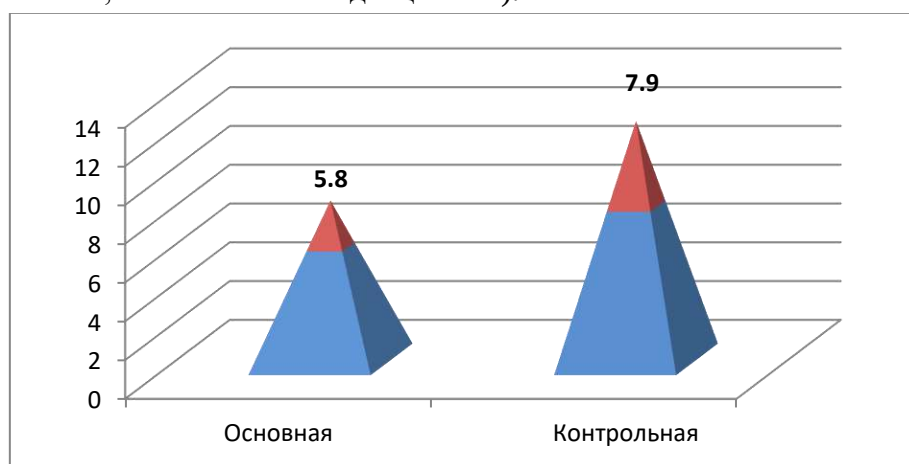


Рисунок 2. Среднее количество антральных фолликулов в яичниках женщин основной и контрольной групп

Заключение. Таким образом, проблема сохранения и реализации репродуктивного потенциала у пациенток с ПНЯ имеет особое значение. По полученным данным, в первой фазе менструального цикла прослеживается уменьшение объема яичников и матки, уменьшение количества антральных фолликулов, запаздывание М-ЭХО, что в совокупности является наиболее важным и ценным диагностическим прогностическим маркером яичниковой недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Дементьева В.О., Смольникова В.Ю. Новые возможности хирургии в восстановлении утраченных функций яичников при преждевременной недостаточности яичников у женщин репродуктивного возраста. // Доктор Ру. 2019. № 11 (166). С. 44- 49.

2. Акушерство. Национальное руководство. / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельеваой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1200 с.

3. Махмаджанова М.О., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Особенности минерализации костной ткани у женщин позднего репродуктивного возраст (35-45 лет) с преждевременной яичниковой недостаточностью. // Мать и дитя. 2020. № 3. С. 51 – 54.

4. Марченко Л.А., Машаева Р.И. Клинико-лабораторные критерии оккультной формы преждевременной недостаточности яичников // Гинекология. 2018. № 20 (6)

5. Татарчук Т.Ф. Преждевременная недостаточность яичников - синдром или диагноз? М., 2017 [режим доступа: reproductendo.com/frticle PDF]

6. Табеева Г.И., Шамилова Н.Н., Жахур Н.А. Преждевременная недостаточность яичников - загадка 21 века // Акушерство и гинекология. 2013. № 12
7. Первичная недостаточность яичников [режим доступа: www.msmanuals.com 2019]
8. Царегородцева М.В., Новикова Я.С., Подольян О.Ф. Преждевременная недостаточность яичников. Новые возможности терапии (клинические лекции). Москва, 2017
9. Чеботникова Т.В. Преждевременная недостаточность яичников: Мнение экспертов. М., 2017
10. Webber L. ESHRE Guideline-Management of woman with premature ovarian insufficiency. // Human Reproduction. 2016. Vol. 31 (5). P. 926-937.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

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

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

Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна – к.м.н., старший научный сотрудник гинекологического отдела ТНIIАГиП; тел.: (+992) 917681155.

Махмаджанова Манижа Олимовна - аспирант, сотрудник поликлинического отдела ТНIIАГиП

Турсунова Дильбар Тимурджановна - к.м.н., зав. операционным блоком ТНIIАГиП

УДК 364.048

**ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
СТАНДАРТИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И АУДИТА КРИТИЧЕСКИХ
СЛУЧАЕВ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Г.К. Давлатзода

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

Акушерские кровотечения – важная социально-экономическая проблема системы здравоохранения. Критические акушерские кровотечения занимают ведущие позиции в структуре причин материнской смертности. Финансовые затраты для оказания помощи женщинам с акушерскими кровотечениями исчисляются огромными суммами денег. В статье изучена экономическая эффективность использования стандартизации оказания помощи и аудита критических случаев акушерских кровотечений. Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин с акушерскими кровотечениями за период с 2018 по 2022 годы. В этот период женщинам с акушерскими кровотечениями помощь оказывалась по стандартам, а в случаях невыполнения стандартов проводили аудит критических случаев, выявляли

истинные причины упущенных возможностей и принимались эффективные решения, внедрение которых предотвращало последующее повторение упущений. Проанализированы стоимость болезни, динамика снижения критических акушерских кровотечений за изученный период времени и прямой способ подсчета эффективности. Результаты исследования показали, что использование в практике стандартов и аудита критических случаев уменьшает финансовые затраты в 2,5 раза.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, стандарты оказания помощи, аудит критических случаев, экономическая эффективность.

САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ СТАНДАРТИЗАТСИЯИ НИГОХУБИН ВА АУДИТИ ҲОЛАТҲОИ МУҲИМИ ХУНРАВИИ АКУШЕРӢ

Г.К. Давлатзода

МД «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Хунравии акушерӣ проблемаи муҳими иҷтимоию иқтисодии системаи тандурустӣ мебошад. Дар сохтори сабабҳои фавти модарон хунравиҳои шадиди акушерӣ мавқеи пешсафро ишғол мекунад. Хароҷоти молиявии расонидани нигоҳубин ба занони гирифтори хунравии акушерӣ маблағи хеле зиёдро таъкил медиҳад. Дар мақола самаранокӣ истифодаи стандартизатсияи нигоҳубин ва аудити ҳолатҳои муҳими хунравии акушерӣ баррасӣ карда мешавад. Таҳлили ретроспективии таърихи таваллуди занони гирифтори хунравии акушерӣ дар давраи аз соли 2018 то 2022 гузаронида шуд. Дар ин давра ба занони гирифтори хунравии акушерӣ мувофиқи стандартҳо нигоҳубин карда шуда, дар ҳолатҳои риоя накардани меъёрҳо ҳолатҳои ҷиддие санҷида шуда, сабабҳои аслии аз даст рафтани имкониятҳо ошкор гардида, қарорҳои судманд қабул карда шуданд, ки татбиқи онҳо минбаъд тақрор шудани камбудихоро пешгирӣ кард. Арзиши беморӣ, динамикаи коҳиши хунравиҳои шадиди акушерӣ дар давраи омӯхташуда ва усули мустақими ҳисоб кардани самаранокӣ таҳлил карда шуд. Натиҷаи тадқиқот нишон дод, ки дар амалия истифода бурдани стандартҳо ва аудити ҳолатҳои танкидӣ хароҷоти молиявиро 2,5 баробар кам мекунад.

Калимаҳои асосӣ: хунравии акушерӣ, стандартҳои нигоҳубин, аудити ҳолатҳои муҳим, самаранокӣ хароҷот.

COST-EFFECTIVENESS OF USING STANDARDIZATION OF CARE AND AUDITING OF CRITICAL OBSTETRIC HEMORRHAGE EVENTS

G.K. Davlatzoda

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

Obstetric hemorrhage is an important socio-economic problem of the healthcare system. Critical obstetric hemorrhages occupy leading positions in the structure of causes of maternal mortality. The financial cost of providing care to women with obstetric hemorrhage amounts to enormous sums of money. The article examines the cost-effectiveness of using standardization of care and auditing of critical cases of obstetric hemorrhage. A retrospective analysis of birth histories of women with obstetric hemorrhages was carried out for the period from 2018 to 2022. During this period, women with obstetric hemorrhage were provided with care according to standards, and in cases of non-compliance with standards, critical cases were audited, the true reasons for missed opportunities were identified, and effective decisions were made, the implementation of which prevented subsequent recurrence of omissions. The cost of the disease, the dynamics of the reduction in critical obstetric hemorrhages over the studied period of time and a direct method for calculating effectiveness were analyzed. The results of the study showed that the use of standards and audit of critical cases in practices reduces financial costs by 2.5 times.

Key words: obstetric hemorrhage, standards of care, audit of critical cases, cost-effectiveness.

Актуальность. Эффективное здравоохранение подразумевает высокую степень здоровья граждан в сочетании с допустимым уровнем материальных, финансовых и трудовых затрат. Люди являются главным субъектом здравоохранения. И здоровье людей, граждан стран, определяет благосостояние общества, в том числе и экономическое. Поэтому Всемирная Организация Здравоохранения одним из стратегических направлений своей политики определяет эффективное здравоохранение [7].

Оценка результатов эффективности определена как степень достижения целей в профилактике, диагностике и лечении с учетом затрат для достижения цели [4].

Касаемо новых технологий, предложенных в области медицины, оценка должна проводиться с позиций социальной, медицинской и экономической эффективности. При любой оценке мы предполагаем ожидаемый результат. Результат медицинской эффективности – это то, насколько достигнут результат медицинский, т.е. оцениваются такие характеристики, как выздоровление, восстановление функций, профилактика,

своевременность лечения, уменьшение количества осложнений и другие. Результаты социальной эффективности могут оцениваться по таким характеристикам, как снижение смертности, заболеваемости, доступность помощи, удовлетворенность полученной помощью, повышение качества жизни. Для подсчета экономической эффективности новых технологий необходимо знать результаты их использования с учетом социальной и медицинской эффективности в соотношении произведенных затрат. Оценивая новую технологию, целесообразно понимать ее значение для функционирования системы здравоохранения, ее структур и конкретно для определенных пациентов [4, 5].

Одним из способов определения экономической эффективности является прямой способ ее определения. Такие показатели, как уменьшение койко-дней пребывания пациента в стационаре, снижение затрат на выхаживание пациентов, снижение количества оперативных вмешательств являются прямым способом оценки экономической эффективности. В некоторых случаях при оценке внедрения

новой технологии экономическая эффективность определяется опосредовано [6].

Формула расчета экономической эффективности отражает соотношение в стоимости преимуществ, которые дает внедряемая технология. Коэффициент эффективности – это частное от деления совокупного эффекта от внедренной новой технологии на затраты материальных, трудовых и финансовых ресурсов на внедрение и использование новой технологии. Показатели коэффициента эффективности целесообразно подсчитывать за определенный промежуток времени использования технологии [4].

Новые медицинские технологии оценивают, принимая во внимание социальную эффективность, медицинскую и экономическую эффективность, которые имеют тесную взаимосвязь и взаимозависимость [3, 9].

Анализ стоимости болезни – это вид экономического анализа, при котором определяются все затраты (совокупная стоимость) конкретными учреждениями здравоохранения, семьей в связи с проведением всех лечебно-диагностических мероприятий во время лечения любой нозологической формы. Этот вид экономического анализа предполагает изучение всех затрат больных с определенным заболеванием как на определенном временном этапе, так и на всех этапах оказания медицинской помощи, с учетом нетрудоспособности и преждевременной смертности. В совокупную стоимость включены прямые расходы – заработная плата сотрудников, затраты учреждения на лекарства, инвентарь и питание, амортизация оборудования. Косвенные (немедицинские) затраты – это такие расходы, которые прямо не связаны с лечебным процессом, но создают для него условия,

т.е. издержки упущенных возможностей [8].

Аудит критических случаев – это анализ случаев едва выживших женщин, которые могли умереть, но выжили благодаря случаю или оказанной помощи. Важным моментом в выяснении истинных причин развития критического случая является выяснение при анализе истинных причин упущенных возможностей, т.е. истинных причин слабых практик учреждения, которые приводят к развитию критических случаев или серьезных осложнений, которые могут заканчиваться и материнской смертностью. Установленные истинные причины упущенных возможностей позволяют принять решения, реализация которых не позволит повторения в учреждении подобного критического случая. Поэтому аудит критических случаев – это не только оценка работы учреждения, но и усовершенствование службы родовспоможения [1].

Эксперты ВОЗ рекомендуют использовать в практиках инструменты оценки качества помощи, которые не требуют особых экономических затрат. Все эти инструменты имеют отличительные особенности: оценка проводится при сравнении практик со стандартами оказания помощи женщинам, принятыми в стране, вовлекаются местные руководители учреждений или работники здравоохранения, ориентируются на реализации принятых решений [2, 10].

В масштабе страны необходимо использовать расчет коэффициента эффективности, так как реализация программы, предусматривающей внедрение в учреждения страны аудита критических случаев, требует определенных материальных затрат, предусматривающих обучение международными специалистами пилотных учреждений, мониторингирование

внедрения новой технологии и проведение технических совещаний [5, 7].

Цель исследования. Оценить экономическую эффективность использования стандартизированных подходов оказания помощи и аудита критических случаев матерей с критическими акушерскими кровотечениями.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы отчёты случаев критических акушерских кровотечений, произошедших в стенах 10 учреждений, использующих аудит критических случаев в период с 2018 по 2022 годы. При проведении АКС в данных учреждениях соблюдались методология и принципы данной технологии - ненаказуемость, конфиденциальность, сравнение практик со стандартами, основанными на данных доказательной медицины, соблюдение принципа – поиск истинных причин упущенных возможностей и принятие решений, реализация которых способствует устранению слабых практик.

Анализ стоимости болезни проводили с учетом всех затрат пациенток с критическими акушерскими кровотечениями на определенном временном этапе и на всех этапах оказания медицинской помощи, с учётом нетрудоспособности и преждевременной смертности. В совокупную стоимость включены прямые расходы – заработная плата сотрудников, затраты учреждения на лекарства, инвентарь и питание, амортизация оборудования. Косвенные (немедицинские) затраты – это такие расходы, которые прямо не связаны с лечебным процессом, но создают для него условия, т.е. издержки упущенных возможностей.

Для подсчета экономической эффективности применяли прямой метод подсчета. Так как использование АКС в практиках учреждений не требует матери-

альных затрат, то экономическая эффективность использования АКС рассчитывалась как разница финансовых затрат на лечение женщин с критическими состояниями до начала использования аудита критических случаев и финансовых затрат через 5 лет после успешного использования аудита критических случаев.

Результаты и их обсуждение. Для подсчета затрат подсчитаны расходы на обследование, лечение и пребывание в стационаре отдельно при критических акушерских кровотечениях объемом 1 литр, 1-2 литра, 2-3 литра и 3-4 литра. При подсчетах принимали во внимание порядок оказания помощи, перечень необходимого обследования, поэтапное лечение и критерии длительности пребывания в стационаре женщин согласно Национальному стандарту «Кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика», утвержденного Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 15.11.2018 года за № 1040.

После подсчета затрат на обследование, затрат на лечение, затрат на госпитальные услуги была рассчитана преискурпная стоимость для различных объемов кровопотери с учетом рентабельности, представляющая собой сумму себестоимости и рентабельности. Общие затраты на обслуживание женщин с критическими кровотечениями вычислены путем суммирования затрат при различном объеме кровопотери.

Для подсчета общих затрат на обслуживание и оказание помощи женщинам с критическими гипотоническими кровотечениями суммировали расходы на обследование, лечение и стоимость госпитальных услуг (таблица 1).

Таблица 1. Общие затраты (в сомони) на обслуживание и оказание помощи женщинам с критическими гипотоническими кровотечениями

Статьи расходов	Объём кровопотери			
	1 литр	1 -2 литра	2-3 литра	3-4 литра
Расходы на обследование	125 с.	143 с.	161 с.	161 с.
Расходы на медикаменты	1314 с.	3268,7 с.	3520,9 с.	4204,9 с.
Стоимость госпитальных услуг	105 с.	150 с.	150 с.	150 с.
Всего: себестоимость	1544 с.	3561 с.	3931,9 с.	4515 с.
рентабельность (15%)	231,6 с.	534,2 с.	589,5 с.	677,3 с.
прейскурантная стоимость	1775,6 с.	4095,2 с.	4521,4 с.	5192,3 с.

Таким образом, прейскурантная стоимость обслуживания и лечения женщин с критическими акушерскими кровотечениями при объеме кровопотери от 3 до 4 литров (5192,3 с.) в 2,9 раза превышала соответствующий показатель при кровопотере 1 литр (1775,6 с.).

Установлено достоверное ($p < 0,001$) снижение частоты критических гипотони-

ческих кровотечений в 2016 году (20 сл. из 87 – $22,9 \pm 3,6\%$), по сравнению с соответствующим показателем в 2012 году (51сл. из 100 – $51 \pm 4,3\%$). Распределение женщин по объему кровопотери при послеродовых гипотонических кровотечениях в 2012 и в 2016 годах представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение женщин по объему кровопотери в 2012 и в 2016 годах

Год	Объём кровопотери, л			
	1 литр	1 -2 литра	2-3 литра	3-4 литра
2018 д	30	17	3	1
2022	12	6	1	1
Разница (абс. число)	18	10	2	1

Наибольший процент снижения случаев критических акушерских кровотечений отмечен при объеме кровопотери 2-3 литра (66,7%) и 1-2 литра (58,8%) .

Для подсчета экономической эффективности мы высчитали суммы финансовых затрат для различных объемов кровопотери, умножив прейскурантную стоимость оказания помощи женщинам с критическими акушерскими кровотечениями на разницу в количестве критических случаев акушерских кровоте-

ний с различным объемом кровопотери, в период с 2012 по 2016 годы (таблица 3).

Заключение. Таким образом, общая сумма затрат на оказание помощи женщинам с критическими акушерскими кровотечениями в 2012 году составила 141642,9 сомони, в 2016 году – 55592,1 сомони. Затраты на лечение женщин с критическими акушерскими кровотечениями в 2016 году уменьшились в 2,5 раза, по сравнению с 2012 годом. Общая сумма экономии составила 86050,8 сомони.

Таблица 3. Суммы затрат (в сомони) на оказание помощи женщинам с критическими акушерскими кровотечениями в 2012 и в 2016 годах

	1 литр	1 -2 литра	2-3 литра	3-4 литра
Финансовые затраты в 2012 году	$1775,6 \times 30 = 53268 \text{ с.}$	$4095,2 \times 17 = 69618,4 \text{ с.}$	$4521,4 \times 3 = 13564,2 \text{ с.}$	$5192,3 \times 1 = 5192,3 \text{ с.}$
Финансовые затраты в 2016 году	$1775,6 \times 12 = 21307,2 \text{ с.}$	$4095,2 \times 6 = 24571,2 \text{ с.}$	$4521,4 \times 1 = 4521,4 \text{ с.}$	$5192,3 \times 1 = 5192,3 \text{ с.}$
Разница в сумме затрат в 2016 и 2012 годах	31960,8 с	45047,2 с.	9042,8 с.	0 с.

Данные показатели подтверждают экономическую эффективность использования аудита критических случаев на уровне учреждения, так как для использования этой методологии финансовых затрат учреждения не требуется, а затраты на оказание помощи пациенткам с акушерскими кровотечениями уменьшаются значительно. Представляется актуальным изучить экономическую эффективность внедрения и использования аудита критических случаев на страновом уровне. При проведении этого исследования необходимым является обязательный подсчет коэффициента эффективности, при котором необходимо принимать во внимание затраты на государственном уровне, включавшие внедрение программы «Что кроется за цифрами?»

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Атласов В.О., Ярославский К.В., Ярославский В.К. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (piar-miss) // Журнал акушерства и женских болезней. 2016. Т. LXV, Вып. 4. С.15-23.

2. Баччи А. Реализация методологии «Что кроется за цифрами» в Европейском регионе: предпринимаемые шаги, проблемы, успехи, и где мы находимся в настоящее время // Европейский журнал по сек-

суальному и репродуктивному здоровью. 2010. № 70. С. 6-7.

3. Кобилов С.С., Касимова З.Н., Ибрагимов Ш.Т. и др. Анализ случаев едва выживших женщин как путь к снижению материнской смертности // Материалы 6-го съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан. Душанбе, 2016. С. 95-99.

4. Концевая А.В., Калинина А.М. Оценка экономической эффективности медицинских технологий // Заместитель главного врача. 2008. № 2. С. 90-94.

5. Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения // Фундаментальные исследования. 2010. № 4. С. 70-75

6. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций / под ред. проф. А.И. Вялкова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 112 с.

7. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Шмаков Д.И., Тарасова Е.В. Общественное здоровье и экономика. М.: МАКС Пресс, 2007. 288 с.

8. Решетников А.В. Критерии и показатели оценки социально-экономической эффективности управления финансовыми ресурсами системы ОМС // Экономика здравоохранения. 2002. № 11. С. 25-26.

9. Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении. М.: МЦФЭР, 2005. 318 с.

10. Witteveen T. Koning J., Bezstarosti H. , try // Acta Obstretricia et Gynecologica Bloemenkamp H. Validating the WHO Mate- Scandinavica. 2016. Vol. 95 (1). P. 106-108 rial Near Miss tool in a nigh – income coun-

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Давлатзода Гульджахон Кобил – к.м.н., доцент, директор ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 935181111

УДК 618.3-008.6

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЖЕНЩИН С КРИТИЧЕСКОЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

Г.К. Давлатзода, Ф.Р. Ишан-Ходжаева, М. Киемитдинзода

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

В статье изучена клиничко-социально-анамнестическая характеристика женщин с критической тяжёлой преэклампсией, что позволило выделить факторы риска развития критических состояний при этой патологии. Показано, что факторами риска развития критической тяжёлой преэклампсии являются возраст моложе 21 года, низкий уровень образования, низкий социальный уровень, низкий индекс здоровья, первая беременность, ранняя преэклампсия, гинекологическая патология в анамнезе, наличие выраженных нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока.

Полученные результаты диктуют необходимость своевременного родоразрешения женщин с преэклампсиями при наличии факторов риска.

Ключевые слова: беременность, преэклампсия, клиничко-социально-анамнестическая характеристика, критические случаи, факторы риска.

**ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ, ИҶТИМОӢ ВА АНАМНЕСТИКИИ ЗАНОНИ
ГИРИФТОРИ ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ШАДИД**

Г.К. Давлатзода, Ф.Р. Ишан-Ходжаева, М. Киемитдинзода

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

Дар мақола хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикии занони гирифтори преэклампсияи шадиди шадид омӯхта шудааст, ки имкон дод, ки омилҳои хавфи инкишофи шароити вазнин дар преэклампсияи вазнин муайян карда шаванд. Муайян карда шудааст, ки омилҳои хавфи рушди преэклампсияи шадиди шадид синни то 21 сола, сатҳи насти маълумот, сатҳи насти иҷтимоӣ, нишондиҳандаи насти саломатӣ, ҳомиладории аввал, барвақтпреэклампсия, таърихи патологияи гинекологӣ, мавҷудияти ихтилоли шадиди гардиши хуни бачадон-ҳомила.

Натиҷаҳои бадастомада зарурати таваллуди саривақтии занони гирифтори преэклампсияро дар сурати мавҷуд будани омилҳои хавф барои рушди шароитҳои муҳими ин мушкилот дикта мекунанд.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, преэклампсия, хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикӣ, ҳолатҳои шадид, омилҳои хавф.

CLINICAL, SOCIAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH CRITICAL SEVERE PREECLAMPSIA

G.K. Davlatzoda, F.R. Ishan-Khodzhaeva, M.Kieomitdinzoda

State Institution "Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"

Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

The article studied the clinical, social and anamnestic characteristics of women with critical severe preeclampsia, which made it possible to identify risk factors for the development of critical conditions in severe preeclampsia. It has been shown that risk factors for the development of critical severe preeclampsia are age under 21 years, low level of education, low social level, low health index, first pregnancy, early preeclampsia, a history of gynecological pathology, the presence of severe disorders of the uteroplacental-fetal blood flow. The results obtained dictate the need for timely delivery of women with preeclampsia in the presence of risk factors for the development of critical conditions of this complication.

Key words: pregnancy, preeclampsia, clinical, social and anamnestic characteristics, critical cases, risk factors.

Актуальность. Критические случаи тяжёлой преэклампсии остаются основной причиной материнской смертности в Республике Таджикистан. Принятие во внимание факторов риска для прогнозирования развития преэклампсии при текущей беременности обеспечивает профилактику преэклампсии с ранних сроков беременности. Многочисленные факторы риска этой патологии указываются в исследованиях авторов из различных стран. Показано, что ожирение является фактором риска хронической гипертензии и развившейся на её фоне преэклампсии. Соматическая патологии, связанная с дисфункцией эндотелия, способствует повышению частоты преэклампсии. Особое место среди факторов риска преэклампсии занимает анемия. В Таджикистане установлен высокий удельный вес заболеваний, суще-

ствующих до наступления беременности у женщин, в том числе высокий уровень артериального давления и избыточная масса тела, которые составляют 30% [1, 3, 5].

Доказано, что факторами риска развития преэклампсии являются молодой возраст беременной, низкие уровни дохода, социальный статус и уровень образования. Из медицинских факторов идентифицированы ожирение, сахарный диабет и хроническая гипертензия. Показано увеличение частоты ранней преэклампсии и синдрома задержки развития плода у женщин с ранее существовавшей дисфункцией сердечной деятельности [6, 8, 9].

Исследованиями, включёнными в мета-анализ, доказано, что факторами риска преэклампсии являются антифосфолипидный синдром, преэклампсия в анамне-

зе, хроническая гипертензия, прегестационный сахарный диабет, использование ВРТ [7].

Одним из доказанных факторов риска является расовая принадлежность женщин. Показало, что среди африканок показатель преэклампсии превышает в 2 раза показатель среди белых женщин. Среди женщин индейских племён частота преэклампсии достигает 5%, филипинок – почти 3%. Среди азиаток самый низкий показатель отмечен у китайок (почти 1,5%) и японок (1,8%). Внутриутробная гибель плода среди афроамериканских пациенток с преэклампсией происходит в два раза чаще, чем у других рас. Афроамериканки с тяжёлой преэклампсией в анамнезе имели в последующем повышенный риск развития кардиологических нарушений [4, 11].

Снижение частоты осложнений тяжелой преэклампсии в стационарах высокого уровня, по сравнению со стационарами более низкого уровня, доказывает, что фактором риска критических тяжёлой преэклампсии является слабо работающая система перенаправления [10].

Аудит критических случаев тяжёлых преэклампсий в Таджикистане также выявил истинные причины упущенных возможностей в области знаний персонала, необходимости введения поправок в действующие в стране стандарты оказания помощи пациенткам с тяжёлыми преэклампсиями [2]. Большая часть исследований посвящена изучению факторов риска тяжёлых преэклампсий и практически отсутствуют исследования по факторам риска развития критических тяжёлых преэклампсий.

Цель исследования. Изучить клинико-социально-анамнестическую характеристику женщин с критической тяжёлой

преэклампсией для выявления факторов риска её развития.

Материал и методы исследования. Для идентификации факторов риска развития критических тяжёлых преэклампсий нами проведён анализ особенностей клинико-лабораторно-анамнестической характеристики 25 женщин с тяжёлой преэклампсией (группа сравнения) и 52 женщин с критическими состояниями тяжелой преэклампсии (основная группа), которые поступили на родоразрешение в ГУ ТНИИАГиП МЗиСЗН РТ.

Проведён ретроспективный анализ медицинской документации. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью прикладного пакета SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США). Вычислены для относительных величин доли (%). Сравнительный анализ проводили с показателями при срочных родах. Результаты были статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин основной группы составил $21 \pm 0,5$ лет, женщин группы сравнения – $24,1 \pm 0,7$ года. Распределение обследованных групп женщин по возрастным подгруппам представлено в таблице 1.

Как видно из представленных в таблице данных, женщины с критическими тяжёлыми преэклампсиями в 2,6 раза чаще были в возрасте старше 16-25 лет, по сравнению с 26-35-летними, и в 3,4 раза чаще, чем в возрасте старше 35 лет. Примерно такая же тенденция отмечена в группе сравнения. Статистически значимых различий удельного веса женщин в возрастных подгруппах между женщинами с неосложнёнными тяжёлыми и женщинами с критическими состояниями тяжёлых преэклампсий не установлено. Относительный риск развития критической тяжёлой преэклампсии у женщин в

возрасте 16-25 лет составил 1,548 (ДИ 0,887-2,703).

Таблица 1. Распределение женщин с критической тяжёлой Преэклампсией по возрастным подгруппам

Возраст, лет	Группа сравнения (n=25)	Основная группа (n=52)	Уровень значимости
	абс. кол-во (%)		
16-25	14 (56%)	31 (59,6%)	0,957
26-35	7 (28%)	12 (23,1%)	0,852
Старше 35	4 (16%)	9 (17,3%)	0,857

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимое различие между группами при сравнении по χ^2 с поправкой Йейтса

Среди критических случаев тяжёлых преэклампсий эклампсия диагностирована у 29 (55,8%), острая почечная недостаточность – у 11 (21,2%), печёночная недостаточность – у 5 (9,6%), HELLP- синдром – у 4 (7,7%), отёк лёгких – 3 (5,7%) женщин. Большая часть обследованных женщин проживали на селе – 39 (75%). Жительниц города было в 3 раза меньше (13–25%), чем жительниц села.

Каждая 10-я женщина имела высшее образование. Основная часть женщин (64% и 71,2% соответственно) имели только среднее образование. Каждая 4-я – 5-я женщина имела средне-специальное образование. Таким образом, женщины с критическими тяжёлыми преэклампсиями в целом имели низкий уровень образования.

Таблица 2. Распределение обследованных женщин по уровню образования

Уровень образования	Группа сравнения (n=25)	Основная группа (n=52)	Уровень значимости
	абсолютное количество (%)		
Среднее	16 (64%)	37 (71,2%)	0,710
Средне-специальное	6 (24%)	9 (17,3%)	0,699
Высшее	3 (12%)	6 (11,5%)	0,750

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимое различие между группами при сравнении по χ^2 с поправкой Йейтса

Среди обследованных основной группы работали 13 (25%) женщин, остальные 39 (75%) указали, что являются домохозяйками. По-видимому, уровень образованности и ограниченные возможности общаться в социуме, являющиеся показателями низкого социального статуса, могут быть факторами риска критических состояний тяжёлых преэклампсий.

Частота перенесённых экстрагенитальных заболеваний у обследованных женщин представлена в таблице 3. Наиболее часто встречающейся экстрагенитальной патологией среди обследованных женщин явились анемия, хроническая гипертензия, заболевания почек, частые ОРВИ. Статистически значимых различий в частоте экстрагенитальных заболеваний при сравнении групп женщин с тяжёлыми преэ-

ламписями и критическими тяжёлыми преэклампсиями не установлено (таблица 3). Данная статистика позволяет утверждать, что низкий индекс здоровья жен-

щин может быть фактором риска развития тяжёлых преэклампсий, в том числе и критических.

Таблица 3. Частота перенесённых экстрагенитальных заболеваний у обследованных женщин

Экстрагенитальная патология	Основная группа (n=52)	Группа сравнения (n=25)	Уровень значимости
	абсолютное число (%)		
Анемия	51 (98,1%)	22(88%)	0,188
Хроническая гипертензия	31 (59,6%)	12 (48%)	0,474
Заболевания почек	26 (50%)	14 (56%)	0,803
Йоддефицитные состояния	16 (30,8%)	6 (24%)	0,730
Заболевания ЖКТ	8 (15,4%)	2 (8%)	0,589
Частые ОРВИ	39 (75%)	23 (92%)	0,146

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимое различие между группами при сравнении по χ^2 с поправкой Йейтса

Распределение обследованных женщин по паритету продемонстрировало, что первородящих (65,4%) женщин было в 6 раз больше, чем повторнородящих (11,5%), и в 2 раза больше, чем многорожавших (26,9%). Среди женщин группы сравнения первородящие составили 14 (56%), повторнородящие – 4 (16%), многорожавшие – 8 (28%). У первородящих в обеих группах (48 человек) критические тяжёлые преэклампсии развились в 34 случаях. Относительный риск развития критических тяжёлых преэклампсий у первородящих составил 0,944 (Д.И. 0,675-1,322). Таким образом, первая беременность является фактором риска развития критических тяжёлых преэклампсий.

Из перенесённых гинекологических заболеваний женщины отметили в анамнезе эндометриты (21–40,4%), эрозию шейки матки (13 - 25%), нарушения менструальной функции по типу альгоменореи и полименореи (7 – 13,5%), внематочная беременность (2 – 3,8%).

Ранняя преэклампсия (начало преэклампсии до 34 недель беременности) была диагностирована у 43 (82,7%) женщин, у которых впоследствии развилась критическая тяжёлая преэклампсия, и у 11 (44%) женщин группы сравнения. У 9 (17,3%) женщин основной группы и 14 (56%) группы сравнения была диагностирована поздняя преэклампсия (начало заболевания после 34 недель беременности).

Оценка времени начала преэклампсии показала, что относительный риска развития критической тяжёлой преэклампсии составил 1,879 (ДИ 1,187- 2,975).

У всех женщин с ранней преэклампсией имело место сочетание гинекологической патологии в анамнезе с экстрагенитальной патологией. У всех женщин с гинекологической патологией отмечена коморбидность, представленная анемией (100%) и частыми ОРВИ в анамнезе (100%). Коморбидность в виде заболеваний почек имели женщины с перенесённым в анамнезе эндометритом - 10 случаев, с эрозией шейки матки - 3 случая, с нару-

шениями менструальной функции - 2 случая, с внематочной беременностью - 1 случай.

Все женщины с ранним началом преэклампсии имели в анамнезе гинекологические заболевания, что, возможно, нарушало процесс имплантации плаценты, спо-

собствовало развитию первичной плацентарной недостаточности, которая связана с дисфункцией эндотелия. В последующем происходило усугубление системной дисфункции эндотелия, которая лежит в основе патогенеза преэклампсий.

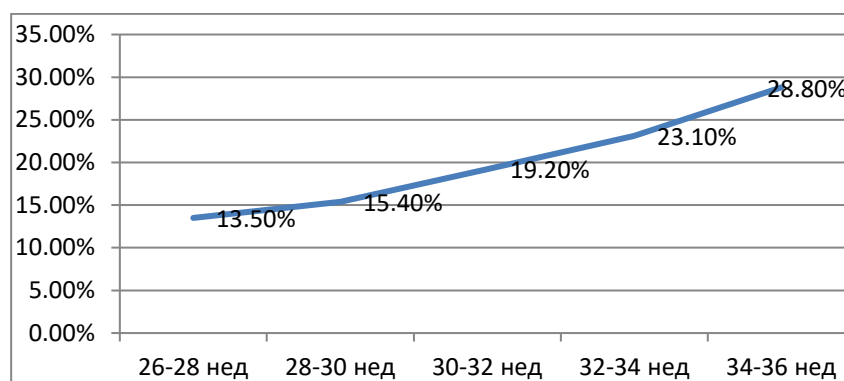


Рисунок 1. Частота развития критических состояний тяжёлых преэклампсий в зависимости от срока беременности

Критическое состояние было диагностировано в сроке 26-28 недель у 7 (13,5%), в сроке 28-30 недель – у 8 (15,4%), в сроки 30-32 недели – у 10 (19,2%), в сроки 32-34 недели – у 12 (23,1%), в сроки 34-36 недель – у 15 (28,8%) женщин (рисунок 1). Отмечено постепенное повышение частоты развития критических случаев тяжёлых преэклампсий с ростом срока гестации.

Все обследованные женщины до развития критического состояния прошли ультразвуковое исследование – доплерометрию и фетометрию. Среди обследованных женщин (52 человека) нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» диагностированы в 49 (94,2%) случаях.

В 48 (98,1%) случаях диагностировано сочетание участков с нарушенным кровотоком. В 1 (1,9%) случае обнаружено изолированное нарушение кровотока в маточных артериях. Значения уголнезависимых параметров в маточных артериях, артерии пуповины и аорте плода и сочетания сосудов с нарушенным кровотоком соответствовали компенсированным

нарушениям у 1 (1,9%), субкомпенсированным нарушениям – у 41 (82,7%), декомпенсированным нарушениям – у 7 (15,4%) женщин (рисунок 2).

Таким образом, недостаточность гемодинамической функции плаценты имела место почти у всех женщин, у которых впоследствии развилась критическая тяжёлая преэклампсия.

Среди женщин группы сравнения нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» диагностированы в 19 (76%) случаях. Всего в обеих группах обследованных женщин нарушения гемодинамической функции плаценты имели место у 68 беременных (в 49 случаях с критическими тяжёлыми преэклампсиями и в 19 случаях у женщин без критической ситуации). Относительный риск развития критических тяжёлых преэклампсий при воздействии такого фактора риска, как нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» составил 1,240 (ДИ 0,985–1,561).



Рисунок 2. Распределение женщин с тяжёлой преэклампсией по степени тяжести нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод»

Заключение. Таким образом, критические тяжёлые преэклампсии чаще развивались у женщин с тяжёлыми преэклампсиями в возрасте моложе 21 года, с низким уровнем образования, низким социальным статусом, низким индексом здоровья, при первой беременности, с ранним началом преэклампсии, гинекологической патологией в анамнезе, наличием выраженных нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока. Статистический анализ расчёта относительного риска развития критических случаев тяжёлых преэклампсий позволил выделить основные вышеперечисленные факторы риска, которые необходимо принимать во внимание в ходе принятия решения о родоразрешении женщин с тяжёлыми преэклампсиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ: задачи ЦУР, связанные со здоровьем в Таджикистане: реализация политики и мер в области здравоохранения и повышения благополучия населения: доклад о ходе выполнения ЦУР. Женева, ВОЗ, 2020.
2. Давлятова Г.К., Камилова М.Я., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Систематизация причин упущенных возможностей развития критических ситуаций при акушерских кро-

- вотечениях и преэклампсии // Журнал акушерства и женских болезней. 2018. Т. 67, Вып. 2. С. 26-31.
3. Capriglione S., Gulino F.A., Latella S. at all. Results of a Five-Year Experience in First Trimester Preeclampsia Screening // Journal of clinical medicine. 2022. Vol. 15 (11).
4. Filipek A., Jurewicz E. Preeclampsia – a disease of pregnant women // Postepy biochemii. 2018. Vol. 4 (64). P. 229–232.
5. Jeyabalan A. Epidemiology of preeclampsia: impact of obesity // Nutrition reviews. 2020. Vol. 01 (71 Suppl. 1). S. 18-25.
6. Khan B., Allah Yar R., Khakwani A.K. at all. Preeclampsia Incidence and Its Maternal and Neonatal Outcomes With Associated Risk Factors // Cureus. 2022. Vol. 11 (14). e. 31143.
7. Luchian B., Neagu M., Luchian L. at all. Preeclampsia screening from the patient's perspective // Journal of medicine and life. 2016. Vol. 3 (9). P. 321–323.
8. Meazaw M.W., Chojenta C., Muluneh M.D. .at all. Systematic and meta-analysis of factors associated with preeclampsia and eclampsia in sub-Saharan Africa // PloS one. 2020. Vol. 8 (15). P. e0237600

9. Ormesher L., Vause S., Higson S. at all. Prevalence of pre-eclampsia and adverse pregnancy outcomes in women with pre-existing cardiomyopathy: a multi-centre retrospective cohort study // Scientific reports. 2023. Vol. 1 (13). P. 153.
10. Yang Y., Le Ray I., Zhu J. at all. Preeclampsia Prevalence, Risk Factors, and Pregnancy Outcomes in Sweden and China // JAMA network open. 2021. Vol. 5 (4). P. e218401.
11. Zhang M., Wan P., Ng K. at all. Preeclampsia Among African American Pregnant Women: An Update on Prevalence, Complications, Etiology, and Biomarkers // Obstetrical & gynecological survey. 2020. Vol. 2 (75). P. 111–120.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Давлатзода Гульджахон Кобил – к.м.н., доцент, директор ГУ ТНII АГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 935181111.

Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна - к.м.н., старший научный сотрудник акушерского отдела ГУ ТНII АГиП МЗиСЗН РТ; e-mail: kachyona@mail.ru

Мадинаи Киёмиддинзода - аспирант ГУ ТНII АГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 904020215; e-mail: madina9_90@mail.ru

УДК 618.2-036.11

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Г.К. Давлатзода, М.М. Юнусова, А.О. Ганиева

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

В статье изучена клинико-социально-анамнестическая характеристика женщин с кровотечениями, что позволило выделить факторы риска развития критических состояний акушерских кровотечений. Показано, что факторами риска развития критических акушерских кровотечений являются возраст старше 30 лет, проживание в сельской местности, низкий уровень образования, анемия беременных, многоплодность, наличие в анамнезе гинекологической патологии, осложнения беременности - преэклампсия и многоводие, кровотечение, обусловленной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и предлежанием плаценты. Полученные результаты диктуют необходимость изучения вопросов профилактики массивных кровотечений при наличии факторов риска их развития.

Ключевые слова: беременность, акушерские кровотечения, клинико-социально-анамнестическая характеристика, критические случаи, факторы риска.

ОМИЛҲОИ ХАВФ БАРОИ ХУНРАВИИ ШАДИДИ АКУШЕРӢ

Г.К. Давлатзода, М.М. Юнусова, А.О. Ганиева

МД «Пажухишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дар мақола хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикӣ занони гирифтори хунравӣ критики шудааст, ки ин имкон дод, ки омилҳои хавф барои инкишофи шароити вазнини дар хунравӣ критики муайян карда шаванд. Нишон дода шудааст, ки омилҳои хавфи инкишофи хунравии шадиди акушерӣ синну соли аз 30-сола боло, зиндагӣ дар деҳот, сатҳи пасти маълумот, камхунӣ дар занони ҳомила, таваллуди серфарзанд, патологияи гинекологӣ дар анамнез, аворизҳои ҳомиладорӣ - преэклампсия ва полигидрамнион, хунравӣ, ки дар натиҷаи бармаҳал ҷудо шудани плацента ва пешомали хамроҳак. Натиҷаҳои бадастомада зарурати омӯзиши пешгирии хунравии оммавӣ дар мавҷудияти омилҳои хавф барои рушди онҳо дикта мекунанд.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, хунравии акушерӣ, хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнестикӣ, ҳолатҳои шадид, омилҳои хавф.

RISK FACTORS FOR CRITICAL OBSTETRIC HEMORRHAGE

G.K. Davlatzoda, M.M. Yunusova, A.O. Ganieva

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

The article studied the clinical, social and anamnestic characteristics of women with bleeding, which made it possible to identify risk factors for the development of critical conditions in severe bleeding. It has been shown that risk factors for the development of critical obstetric hemorrhages are age over 30 years, living in rural areas, low level of education, anemia in pregnant women, multiple births, and a history of gynecological pathology, complications of pregnancy - preeclampsia and polyhydramnios, bleeding caused by premature abruption of a normally located placenta and placenta previa. The results obtained dictate the need to study the prevention of massive bleeding in the presence of risk factors for their development.

Key words: pregnancy, obstetric hemorrhage, clinical, social, and anamnestic characteristics, critical cases, risk factors.

Актуальность. Согласно статистике ВОЗ, 23% материнских смертей были связаны с акушерскими кровотечениями, среди которых наиболее часто встречаются гипотонические кровотечения. В структуре акушерских кровотечений в Таджикистане гипотонические кровотечения оста-

ются лидирующей причиной материнской смертности [2, 3].

Многочисленные исследования последних лет посвящены изучению факторов риска развития акушерских кровотечений, что определено попытками прогнозирования и профилактики этого ослож-

нения беременности, развитие которого создает серьезные проблемы акушерам-гинекологам, увеличивает частоту критических состояний в акушерстве и может стать причиной материнской смертности. Операция кесарево сечение способствует повышению частоты акушерских кровотечений. При этом риск кровотечения высок как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Фактором риска развития массивного кровотечения является первое кесарево сечение, но риск акушерского кровотечения возрастает при увеличении числе операций в анамнезе. Поэтому кесарево сечение необходимо проводить строго по показаниям. Действующая во многих странах политика по снижению частоты кесарева сечения является подходом, снижающим и частоту акушерских кровотечений [4, 5].

Оперативное родоразрешение при ведении родов через естественные родовые пути также признается фактором риска акушерских кровотечений [6, 12].

Исследованиями показано, что к факторам риска развития акушерских кровотечений относятся также миома матки, хориоамнионит, предлежание плаценты, оперативные вагинальные роды. Сочетание социального фактора, неблагоприятного анамнеза и особенностей течения настоящей беременности могут влиять на развитие критического кровотечения и исходы – материнская смертность или критический случай. Доказано, что приобретенные тромбоцитопении также являются фактором риска акушерских кровотечений [10, 11].

Избыточная масса тела является фактором риска акушерских кровотечений. Данный фактор риска также управляем – снижение массы тела в период прегравидарной подготовки женщин и планирование беременности после коррекции

индекса массы тела, правильное питание во время беременности также устраняют его негативные возможные последствия. Ряд осложнений беременности (многоводие и преэклампсия), являясь доказанными факторами риска акушерских кровотечений, могут быть устранены при своевременных их прогнозировании и профилактике [9].

Одним из значимых факторов риска развития акушерских кровотечений являются тромбоцитопатии, которые могут быть как врожденными, так и приобретенными. Вмешательства, регулирующие рождаемость, к числу которых относится активная работа по планированию семьи, устраняют фактор риска акушерских кровотечений – многорождаемость [1].

Ятрогению также можно отнести к факторам риска развития акушерских кровотечений. Среди факторов, предрасполагающих к гипотонии матки, приводящей зачастую к патологической кровопотере, авторы выделяют ненужные или неправильные вмешательства врачей, оказывающих перинатальные услуги. Применение спазмолитиков, токолитиков, дезагрегантов во время беременности и в родах могут приводить к послеродовым гипотоническим кровотечениям. Индукция родов без показаний и неправильная оценка состояния шейки матки для проведения амниотомии способствуют затянувшимся родам, аномалии родовой деятельности и увеличению частоты акушерских кровотечений [7, 8].

Изучение факторов риска развития критических акушерских кровотечений, их прогнозирование и профилактика позволят снизить материнскую смертность и заболеваемость.

Цель исследования. Изучить клинικο-социально-анамнестическую характери-

стику женщин с критическими акушерскими осложнениями для идентификации факторов их риска развития.

Материал и методы исследования. Проведён анализ особенностей клинико-лабораторно-анамнестической характеристики 25 женщин с акушерскими кровотечениями (группа сравнения) и 30 женщин с критическими акушерскими кровотечениями (основная группа), которые поступили на родоразрешение в ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ. Женщины обследованы ретроспективно.

Статистический анализ полученных данных проведен с помощью при-

кладного пакета SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США). Для относительных величин вычислены доли (%). Сравнительный анализ проводили с показателями при срочных родах. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин основной группы составил $27,6 \pm 0,4$ лет, группы сравнения – $25,1 \pm 0,5$ года, что имело статистически значимые различия ($t=3,9$; $p < 0,05$).

Распределение обследованных групп женщин по возрастным подгруппам представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение женщин с акушерскими кровотечениями по возрастным подгруппам

Возраст, лет	Группа	Основная группа	Уровень значимости
	сравнения (n=25)	(n=30)	
	абс кол-во (%)		
16-25	13 (52%)	6 (20%)	0,028
26-35	8 (32%)	17 (56,7%)	0,120
Старше 35	4 (16%)	7 (23,3%)	0,735

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимое различие между группами при сравнении по χ^2 с поправкой Йейтса

Как видно из представленных в таблице 1 данных, женщины с критическими акушерскими кровотечениями более чем в 2 раза чаще встречались в возрасте от 26 до 35 лет, по сравнению с женщинами того же возраста, но с кровотечениями до 1 л (группа сравнения). Установлено статистически значимое уменьшение ($p < 0,05$) количества пациенток в возрасте до 25 лет у женщин с критическими акушерскими кровотечениями, по сравнению с соответствующим показателем у женщин с кровотечениями до 1 литра. Прослеживалась тенденция повышения количества женщин с критическими акушерскими кровотечениями в возрастной группе 26-35 лет, по сравнению с соответствующим показателем у женщин с кровотечениями

до 1 литра, однако статистически значимых различий не установлено.

В целом, установлена прямая корреляционная связь между частотой критических акушерских кровотечений и возрастом женщин (нормированный коэффициент Пирсона 0,449). Относительный риск развития критических акушерских кровотечений в зависимости от возраста составил 1,667 (ДИ 1,067–2,602). Таким образом, чем старше возраст, тем выше риск развития критических акушерских кровотечений.

Оценка влияния места жительства женщин на частоту критических акушерских кровотечений показала, что большая часть обследованных групп женщин проживали на селе (24–80% основной группы и 19 - 76% группы сравнения). Жительниц

города было в 4 и в 3 раза меньше, чем жительниц села в основной и группе сравнения соответственно. Относительный риск (RR) развития акушерских кровотечений, в том числе и критических, в зависимости от места жительства женщин составил 1,116 (ДИ 0,597–2,086). Полученные результаты позволяют утверждать, что место жительства является фактором риска развития акушерских кровотечений любого объема, в том числе и критических.

Большая часть женщин имели среднее образование, в том числе и среднее специальное (54 человека в обеих группах). Высшее образование отметила лишь одна женщина из группы сравнения. Установлена корреляционная связь средней силы между уровнем образования и частотой акушерских кровотечений (нормированный коэффициент Пирсона 0,209).

Частота перенесённых экстрагенитальных заболеваний у обследованных женщин представлена в таблице 2.

Таблица 2. Частота перенесённых экстрагенитальных заболеваний у обследованных женщин

Экстрагенитальная патология	Основная группа	Группа сравнения	p
	(n=30)	(n=25)	
	абсолютное число (%)		
Анемия	29 (96,7%)	22 (88%)	>0,05
Хроническая гипертензия	6 (20%)	2 (8%)	>0,05
Заболевания почек	8 (26,7%)	5 (20%)	>0,05
Йоддефицитные состояния	12 (40%)	7 (28%)	>0,05
Заболевания ЖКТ	3 (10%)	1 (4%)	>0,05
Частые ОРВИ	23 (92%)	20 (80%)	>0,05

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимое различие между группами при сравнении по χ^2 с поправкой Йейтса

Наиболее часто встречающейся экстрагенитальной патологией среди обследованных женщин явились анемия и частые ОРВИ. Статистически значимых различий в частоте экстрагенитальных заболеваний при сравнении группы женщин с акушерскими кровотечениями и критическими акушерскими кровотечениями не установлено (таблица 2). Высокий процент анемии среди женщин с акушерскими кровотечениями определяет анемию фактором риска акушерских кровотечений.

В группе с критическими акушерскими кровотечениями многорожавших было в 2 раза больше, чем в группе женщин с акушерскими кровотечениями до 1 литра. Установлена корреляционная связь

средней силы между многоплодностью и частотой критических акушерских кровотечений (нормированный коэффициент Пирсона 0,323). Относительный риск развития критических акушерских кровотечений составил 1,153 (ДИ 0,966–2,428). Таким образом, многоплодность является фактором риска развития критических акушерских кровотечений.

В основной группе 9 (30%) женщин, в группе сравнения – 5 (20%) указали в анамнезе гинекологическую патологию. Статистически значимых различий в частоте гинекологической патологии в анамнезе женщин с акушерскими кровотечениями и критическими акушерскими кровотечениями не установлено (значение критерия χ^2 с поправкой Йейтса – 0,288;

уровень значимости – 0,592). Относительный риск развития критических акушерских кровотечений у женщин с гинекологической патологией в анамнезе составил 1,5 (ДИ 0,577–3,901).

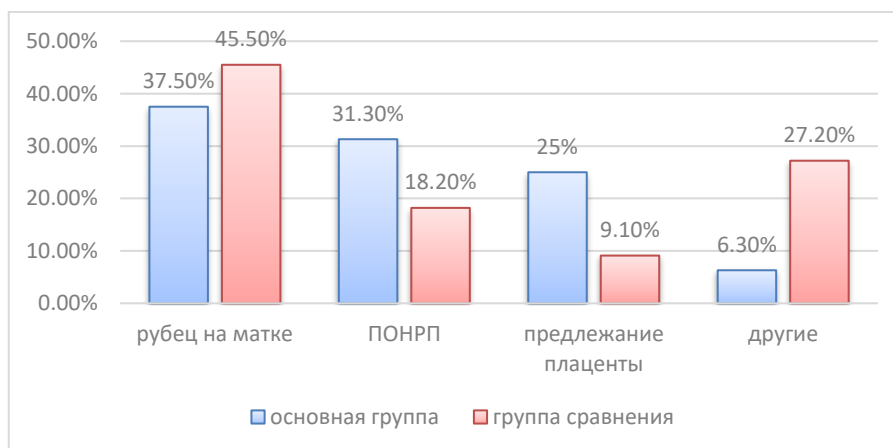
Как видно из представленных в таблице 3 данных, статистически значимых отличий в частоте осложнений бере-

менности в обследованных группах женщин не выявлено. Наиболее часто в обеих группах женщин встречались угроза прерывания беременности (каждая 2-я женщина), преэклампсия (каждая 5-я женщина) и многоводие (каждая 4-я женщина).

Таблица 3. Частота осложнений беременности у обследованных групп женщин

	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=25)	Критерий χ^2	Уровень значимости
<i>Угроза прерывания (эпизоды)</i>	14 (46,7%)	12 (48%)	0,030	0,863
<i>Преэклампсия</i>	7 (23,3%)	5 (20%)	0,001	0,977
<i>Многоводие</i>	8 (26,7%)	6 (24%)	0,007	0,933
<i>Маловодие</i>	2 (6,7%)	2 (8%)	0,110	0,741
<i>Нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод»</i>	5 (16,7%)	4 (16%)	0,090	0,765

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимое различие между группами при сравнении по χ^2 с поправкой Йейтса



Структура показаний к операции кесарева сечение у обследованных женщин

Относительный риск развития критических акушерских кровотечений при воздействии таких факторов, как угроза прерывания беременности составил 0,972 (ДИ 0,556–1,701), преэклампсия – 1,167 (ДИ 0,422–3,227), многоводие – 1,111 (ДИ 0,445–2,777).

Акушерские кровотечения развились в основной группе при родоразрешении путём кесарева сечения в 16 (53,3%), в группе сравнения – в 11 (44%) случаях. Наиболее частым показанием к операции кесарева сечение явился рубец на матке (6 – 37,5% в основной группе и 5 – 45,5% в группе сравнения), затем преждевремен-

ная частичная отслойка нормально расположенной плаценты (5 – 31,3% в основной группе и 2 – 18,2% в группе сравнения), предлежание плаценты (4 – 25% в основной группе и 1 – 9,1%) и остальные операции (1 – 6,3% в основной группе и 3 – 27,2% в группе сравнения), произведенные по другим показаниям. Необходимо отметить, что при ПОНРП почти в 2 раза чаще развивались критические акушер-

ские кровотечения (таблица 4). Установлена корреляционная связь средней силы между ПОНРП и частотой критических акушерских кровотечений (нормированный коэффициент Пирсона 0,349). Относительный риск критических акушерских кровотечений при ПОНРП составил 1,633 (ДИ от 0,789 до 3,377).

Таблица 4. Структура причин акушерских кровотечений в обследованных группах женщин

Причины	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=25)	χ^2 с поправкой Йейтса	p
Дородовые:	9 (30%)	3 (12%)	1,642	0,201
ПОНРП	5	2	0,307	0,580
предлежание плаценты	4	1	0,530	0,467
Послеродовые:	21 (70%)	22 (88%)	1,642	0,201
Тонус	16	18	1,300	0,255
ткань	2	1	0,037	0,848
травма	2	3	0,046	0,831
Тромбин	1	0	0,008	0,927

Примечание: $p < 0,05$ – статистически значимое различие между группами при сравнении по хи-квадрат с поправкой Йейтса

Как видно из представленных в таблице 4 данных, статистически значимых различий в частоте различных причин акушерских кровотечений в группах женщин с кровопотерей до 1000 мл и больше 1000 мл не установлено. Установлена корреляционная связь средней силы между частотой критических кровотечений и причиной кровотечения «предлежание плаценты» (нормированный коэффициент Пирсона 0,226), а также причиной «тонус матки» (нормированный коэффициент Пирсона 0,226).

В целом дородовые акушерские кровотечения в 2 раза чаще встречались в группе критических кровотечений. Установлена корреляционная связь средней силы (нормированный коэффициент Пир-

сона 0,3) между частотой критических кровотечений и дородовыми кровотечениями.

Заключение. Таким образом, факторами риска развития критических акушерских кровотечений являются возраст старше 30 лет, проживание в сельской местности, низкий уровень образования, анемия беременных, многорождаемость, наличие в анамнезе гинекологической патологии, осложнения беременности - преэклампсия и многоводие, кровотечение, обусловленное преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и предлежанием плаценты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бапаева Г.Б., Кулбаева С.Н. Состояние коагуляционного звена гемостаза у жен-

щин группы риска при послеродовых кровотечениях в зависимости от паритета родов // Наука и здравоохранение. 2015. № 1. С. 60-69

2. ВОЗ: задачи ЦУР, связанные со здоровьем в Таджикистане: реализация политики и мер в области здравоохранения и повышения благополучия населения – доклад о ходе выполнения ЦУР. Женева: ВОЗ, 2020.

3. Зиганшин А.М., Кулавский В.А., Нагимова Э.М. и др. Материнская смертность от послеродовых кровотечений // Медицинский вестник Башкортостана. 2019. Т. 14, №6 (84). С. 53-57

4. Каландарова М.Х. Возможности определения оптимальной частоты кесарева сечения и политика по снижению частоты кесарева сечения // Симург. 2021. № 12 (4). С. 141-147

5. Камилова М.Я., Каландарова М.Х., Назарова Ч.А. Частота кесаревых сечений с использованием классификации М. Робсона в учреждениях 2-го и 3-го уровней // Наука и инновация. 2020. №3. С. 36-41.

6. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. и др. Результаты оперативной активности в современном акушерстве // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Т L XIV, Вып. 2. С. 53-58.

7. Падруль М.М. и др. Особенности анамнеза, результатов обследования, течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с несостоявшейся материнской смертностью // Научный форум: Медицина, биология и химия: Сборник статей по материалам XV международной научно-практической конференции. 2018. С. 15-25.

8. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия М.: Статус Презенс, 2017. 688 с.

9. Юдина И.А. Прогнозирование и профилактика гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде в Белгородской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Белгород, 2017. 24 с.

10. Erez O, Mastrolia S.A, Thachil J. Disseminated intravascular coagulation in pregnancy: insights in pathophysiology, diagnosis and management // Am J Obstet Gynecol. 2015. Vol. 213 (4). P. 452-463.

11. Le Gouez A., Mercier F.J. Major obstetric hemorrhage // Transfus. Clinic. Biol. 2016. Vol. 23 (4). P. 229-232.

12. Wetta L.A., Szychowski J.M., Seals S. et al. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery // Am. J.Obstet.Gynec. 2013. Vol. 209 (1). P. 51-56.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Давлатзода Гульджахон Кобил – к.м.н., доцент, директор ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 935181111.

Юнусова Мавчуда Мизробовна – старший научный сотрудник акушерского отдела ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ; тел.: 2213656

Ганиева Анора Одилджоновна – соискатель ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ

УДК 618.3

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННЫХ, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИЯ

Г.К. Давлатзода, С.Д. Юсуфи, Р.С. Тоджидинова

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

Цель исследования. Провести анализ назначения лекарственных средств беременным по данным амбулаторных карт центров здоровья г Душанбе.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт беременных женщин в городских центрах здоровья № 3, 6, 8, 13 города Душанбе. Методом анализа из индивидуальных карт беременных и родильниц получены данные о назначаемых лекарственных препаратах в течение беременности за 2020 и 2021 гг. у 215 женщин. Возраст исследуемых составил от 19 до 43 (средний возраст $24 \pm 1,5$) лет.

Результаты. У 100% беременных в карте наблюдения были назначены микронутриенты в количестве от 3 до 15 препаратов. Наибольшее количество препаратов назначалось в I триместре — от 4 до 8 (в среднем 6,1), наименьшее — во II триместре, от 2 до 5 (в среднем 3,1), в III триместре беременные получали до 5 (в среднем 3,4) препаратов. Среди используемых препаратов лидировали три группы: витамины и минералы; антимикробные препараты, включающие антибиотики и антисептики системного и локального действия, а также растительные уросептики.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о позитивных тенденциях в лечении беременных и повышении безопасности проводимой терапии.

Ключевые слова: беременные, профилактика, лекарственные средства, терапия.

БАҲОДИҶИИ УМУМӢ ВАЗӢИ ПАТОЛОГИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛЛА, ЧОРАӲОИ ПЕШГИРӢ ВА ТЕРАПИЯ

Г.Қ. Давлатзода, С.Қ. Юсуфӣ, Р.С. Тоҷидинова

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

Мақсад. Таҳлили доруҳатҳо барои занони ҳомила аз рӯи қортҳои амбулатории Маркази саломатии ш. Душанбе.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи сабти амбулатории занони ҳомила дар маркази саломатии шаҳрии №3,6,8,13-и шаҳри Душанбе бо истифода аз усули таҳлили маълумот дар бораи доруҳои таъин шуда ҳангоми ҳомиладорӣ барои солҳои 2020 ва 2021, аз сабтҳои инфиродии занони ҳомиладор ва пас аз таввалуд, ки дар 215 нафар занон гирифта шудааст. Сину соли модарони таҳқиқшуда аз 19 то 43 (сини миёна $24 \pm 1,5$) солро ташкил медиҳад.

Натиҷаҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон дод, ки дар 100% занони ҳомиладор микроэлементҳо дар варакаи мубодила мушоҳида мешавад ва аз 3 то 15 намуни доруворӣ таъин карда шудаанд. Шумораи зиёди доруҳо дар семоҳаи аввал аз 4 то 8 (ба ҳисоби миёна 6,1), хурдтарин дар семоҳаи дуюм аз 2 то 5 (ба ҳисоби миёна 3,1), дар

сеомоҳаи сеюм занони ҳомиладор то 5 (миёна 3,4) таъин карда шуданд. Таҳқиқоти мазкур нишон дод, ки дар байни доруҳои истифода шуда 3 гурӯҳ пешсаф буданд: витаминҳо ва минералҳо, доруҳои зидимикробӣ, аз ҷумла антибиотикҳо ва антисептикаҳои амали системавӣ ва маҳалӣ, инчунин уросептикҳои гиёҳӣ.

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои ба даст омада тамоюлҳои мусбӣ дар табобати занони ҳомила ва баланд бардоштани беҳатарии табобатро нишон медиҳад.

Калимаҳои асосӣ: занони ҳомиладор, пешгирӣ, доруҳо, табобат.

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF COMMON PATHOLOGICAL CONDITIONS OF PREGNANT WOMEN. PREVENTIVE MEASURES AND THERAPY

G.K. Davlyatzoda, S.Dzh. Yusufi, R.S. Todzhidinova

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 analyze the prescription of medications to pregnant women according to the outpatient cards of the Healthy Center in Dushanbe.

Material and methods. We conducted a retrospective analysis of outpatient records of pregnant women in the city health center №3.6.8.13 of Dushanbe. Using the analysis method, data on prescribed medications during pregnancy for 2020 and 2021 were obtained from individual records of pregnant and postpartum women in 215 women. The age of the studied mothers ranged from 19 to 43(average age 24 ± 1.5) years

Results. The results of the study showed that pregnant and 100% women were prescribed micronutrients in the observation card and from 3 to 15 drugs were prescribed. The largest number of drugs was prescribed in the first trimester: from 4 to 8(on average 6.1) the smallest in the second trimester: From 2 to 5 (on average 3.1).in the third trimester: pregnant women received up to 5(on average 3,4) drugs: This study showed that among the drugs used, three groups were in the lead: vitamins and minerals, antimicrobial drugs, including antiseptics of systemic and local action, as well as herbal uroseptics.

Conclusion. Thus, the results obtained indicate positive trends in the treatment of pregnant women and increased safety of the therapy.

Key words: pregnant women, prevention, medicines, therapy.

Актуальность. Несмотря на то, что в стране, где около 25,8% населения составляют женщины фертильного возраста, а половину численности населения – дети (0-18 лет), до сих пор достаточно тревожными остаются проблемы охраны здоровья женщин как одной из приоритетных задач ВОЗ [1]. Рождение здорового ребенка – актуальная проблема современности. Залогом этого является нормальное течение

антенатального периода. Охрана материнства и детства относится к приоритетным направлениям здравоохранения на национальных и международном уровнях. По данным международных эпидемиологических исследований, лекарственные средства (ЛС) по назначению врача или для самолечения получают не менее 80–90% беременных женщин [1,3]. Наряду с препаратами железа и витаминно-

минеральными комплексами к числу наиболее часто назначаемых фармакологических групп относятся анальгетики, антибактериальные средства, ЛС для лечения заболеваний дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1, 3], в том числе потенциально опасные для матери и плода [2].

Применение лекарственных средств во время беременности остается одним из наиболее сложных и плохо изученных вопросов клинической фармакологии и практической медицины и приоритетным направлением в области безопасности лекарственных средств Евросоюза и Северной Америки [8]. По мнению экспертов, сведений о безопасности применения лекарственных средств во время беременности недостаточно более чем для 80% лекарственных средств, имеющих на рынке [4, 5]. Нерациональное применение лекарственных средств в период органогенеза сопряжено с риском развития тератогенных эффектов, во II и III триместрах – фетотоксических эффектов, неблагоприятного влияния на течение беременности и родов, адаптацию новорожденного и последующее физическое и психическое развитие ребенка. В то же время частоту неблагоприятных исходов беременности, вызванных приемом ЛС, можно уменьшить путем их рационального и контролируемого применения. С этой целью в экономически развитых странах разрабатываются руководства по лечению различных заболеваний в период беременности или выделяются специальные разделы в руководствах по терапии соответствующих нозологий.

В РФ ситуация соответствует данным зарубежных авторов и требует проведения активных мероприятий на различных уровнях [4, 5, 7].

В 2011 году Минздравом РТ была инициирована работа по созданию национальных клинических рекомендаций по основным нозологическим формам и методам терапии, но сфера терапевтических проблем у беременных охвачена даже в настоящее время недостаточно, это может вести к неадекватной терапии в период 4 гестации, что было показано в ряде эпидемиологических исследований последних лет [3, 2]. В реальной клинической практике при типичных, широко распространенных заболеваниях и синдромах, таких как головная боль, лихорадка, изжога, запор, острый пиелонефрит, лекарственные препараты могут быть назначены беременной как акушером-гинекологом, так и терапевтом, причём назначения безрецептурных препаратов зачастую не фиксируются в медицинской документации. По данным Национального репродуктивного центра Республики Таджикистан, в течение последних лет ухудшился индекс здоровья населения: растет общая и первичная заболеваемость, у женщин репродуктивного возраста отмечается рост распространённости экстрагенитальной патологии. Так, в 2015 г. частота заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных Хатлонской области составила 11%, щитовидной железы – 4%, мочеполовой системы – 19%, венозных осложнений – 3%, анемии – 43%. Эти же показатели по Сугдской области достигли до 14% - заболеваний сердечно-сосудистой системы, патология мочевыделительной системы - 21%, анемии – 41% и заболевания щитовидной железы – 5%. Фармакотерапия беременных является одним из малоизученных разделов перинатальной медицины. Сложность оценки влияния лекарственных средств на беременных и плод предопределена ограниченными знаниями

фармакокинетики и фармакодинамики большинства из препаратов в системе «мать — плацента — плод» и отсутствием рандомизированных клинических исследований по изучению действия лекарственных препаратов при беременности. По данным ранее проведенных исследований, фармакотерапия применялась у 100% женщин, при этом даже во время физиологической беременности количество препаратов в среднем достигало более 10, общее количество колебалось от 1 до 20, а микронутриентов имела место лишь у 1,5. Результаты другого отечественного исследования указали на применение лекарственных препаратов у 93% беременных, при этом исключительно витамины и минералы назначались лишь 7% пациенток, только 28% средств были безопасными для плода, 36% обладали тератогенным или эмбриотоксическим действием, для остальных 36% не было доказательств эффективности [5]. В связи с этим изучение выбора лекарственной терапии при распространенных патологи-

ческих состояниях у беременных врачами акушерам и гинекологами и врачами терапевтических специальностей путем анкетирования представляется крайне актуальным, т.к. позволяет оценить рациональность подходов к выбору лекарственных средств и выявить закономерности в индивидуальных подходах к фармакотерапии.

Цель исследования. Провести анализ назначения лекарственных средств беременным по данным амбулаторных карт центров здоровья г Душанбе.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт беременных женщин в городских центрах здоровья № 3, 6, 8, 13 города Душанбе. Методом анализа из индивидуальных карт беременных и родильниц получены данные о назначаемых лекарственных препаратах в течение беременности за 2020 и 2021 гг. у 215 женщин. Возраст исследуемых составил от 19 до 43 (средний возраст $24 \pm 1,5$) лет.

Структура сопутствующей патологии у рожениц

Патология	ГЦЗ № 3 (n=53)	ГЦЗ № 6 (n=54)	ГЦЗ № 8 (n=53)	ГЦЗ № 13 (n=54)	Всего (n=215)
Анемия	10	12	11	11	44
Избыточная масса тела	11	8	9	11	18,4 39
Сердечно-сосудистые болезни	6	10	7	12	16,3 35
Заболевания почек	8	8	9	10	16,3 35
Инфекционные болезни	3	4	3	1	5,1 11
Сахарный диабет	1	-	-	1	2
Гипотрофия	1	1	-	-	2
Другие	16	14	13	12	25,5 55

Подходы к назначению лекарственной терапии беременным практически мало отличались друг от друга в исследуемых

центрах здоровья, что позволило выявить общие тенденции в проведении фармакотерапии беременных.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований показали, что у 100% беременных в карте наблюдения присутствовало назначение микронутриентов, при этом назначалось от 3 до 15 препаратов. Наибольшее количество препаратов назначалось в I триместре — от 4 до 8 (в среднем 6,1), наименьшее — во II триместре, от 2 до 5 (в среднем 3,1), в III триместре беременные получали до 5 (в среднем 3,4) препаратов.

Фармпрепараты беременным назначались с целью дотации микронутриентов, коррекции соматической патологии, лечения осложнений гестации. Основными показаниями были: угроза выкидыша и преж-

девременные роды, инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, болевой синдром, анемия, плацентарная недостаточность, инфекции мочевыводящих путей, профилактика пороков развития плода. Данные исследования показали, что среди используемых препаратов лидировали три группы: витамины и минералы; антимикробные препараты, включающие антибиотики и антисептики системного и локального действия, а также растительные уросептики.

Анализ фармакотерапии беременных позволил выделить несколько наиболее характерных дефектов (рисунок).



Наиболее значимые дефекты фармакотерапии беременных

Обращает на себя внимание одновременное назначение лекарственных препаратов однонаправленного действия в 16,3% случаев (гестагенов; двух антиагрегантов — курантила и кардиомагнила, двух противовирусных препаратов — виферона и гриппферона, двух антибактериальных средств — вильпрафена и азитромицина); дублирование в различных комплексах витаминов и микроэлементов с превышением физиологических доз (7,4%). В ряде случаев (48,4%) лекарственная терапия не соответствовала диагнозу: имело место сочетание установленного диагноза с отсутствием лечения, отсутствия диагноза

с назначением лечения. Более чем в четверти (25,6%) случаев одновременно было назначено 5 и более препаратов, что следует расценивать как полипрагмазию. В некоторых наблюдениях полипрагмазия объяснялась сочетанной патологией с одновременно назначались гестагены, антимикробные средства для локального применения, растительные уросептики, препараты железа, венотоники.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о позитивных тенденциях в лечении беременных и повышении безопасности проводимой терапии. В то же время имеется необхо-

димостью постоянного аудита и коррекции назначений в соответствии с клиническими протоколами. Перспективный путь снижения интенсивности лекарственной терапии во время беременности — прегравидарная подготовка, при которой медикаментозная нагрузка сместится на догестационный период и обеспечит благоприятные условия для развития эмбриона и плода. Актуальной задачей фармакотерапии во время гестации является увеличение дотации микронутриентов, а именно фолатов, йода и железа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгушина В.Ф. и др. Отдалённые последствия перенесённых гипертензивных расстройств во время беременности // Акушерство и гинекология. 2021. № 10. С. 14-20.
2. Занько С.Н., Пищенко Ю.А. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ лекарственной терапии отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности в условиях стационара // Здоровье женщины. 2013. № 1(77). С. 130-134.
3. Саидова М.А., Юсуфи С.Д., Рафиева З.Х. Ретроспективное исследование течения беременности, акушерских и перинатальных исходов при запоздалых родах // Здравоохранение Таджикистана. 2022. № 1. С. 89-96.
4. Смирнова Е.В. и др. Особенности эндотелиальной дисфункции у женщин с различными формами гипертензивных расстройств во время беременности и после родов // Российский вестник акушера-гинеколога. 2020. Т. 20, № 6. С. 21-26.
5. La Course S., John-Stewart G., Adams K.M. Waldorf Importance of inclusion of pregnant and breastfeeding women in COVID-19 therapeutic trials // Clinical Infectious Diseases. 2020. Vol. 71, №. 15. P. 879-881.
6. Owman C. et al. Structural, biochemical, and pharmacological aspects of the uterine autonomic innervation and its remodeling during pregnancy. Physiology & Biochemistry Of Uterus In Pregnancy & Labor: CRC Press, 2020. P. 5-23.
7. Terplan M. et al. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions/ //Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015. №. 4.
8. Vigod S.N. et al. Antipsychotic drug use in pregnancy: high dimensional, propensity matched, population-based cohort study // BMJ. 2015. Vol. 350.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Давлатзода Гульджахон Кобил – к.м.н., доцент, директор ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 935181111.

Юсуфи Саломиддин Джабор – академик НАНТ, д.фарм.наук, профессор

Точджинова Розия Саидмуродовна – соискатель, врач приёмного отделения ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ

УДК 616-053

**НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ДЕТЕЙ,
РОДИВШИХСЯ ДО 34 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ**

Ш.Р. Зурбекова, Г.Х. Эшонкулова, К.К. Махкамов

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

ГУ «Родильный дом № 1», Душанбе

Цель исследования. Изучение факторов риска преждевременных родов в сроке 28-34 недель гестации для оптимизации оказываемой медицинской помощи.

Материал и методы. Проведен анализ 521 истории родов и истории развития недоношенных новорожденных, родившихся в сроке 28–34. Определялись факторы риска течения беременности и родов.

Результаты. Частота выявленных неблагоприятных факторов невынашивания плода и рождения недоношенных детей зависела от полноты профилактики респираторного синдрома, также влияла на исходы развития детей в неонатальном периоде.

Заключение. Неблагоприятные факторы течения беременности и родов являются одной из причин досрочного родоразрешения, а в случаях выраженности их проявлений и неэффективной дородовой помощи - неблагоприятного исхода.

Ключевые слова: преждевременные роды, респираторный дистресс-синдром, антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома, недоношенный новорождённый, маловесный, реанимация, заболеваемость, смертность.

**ОМИЛҲОИ НОМУСОИДИ ХАТАРНОК БАРОИ КӮДАКОНИ,
КИ ТО 34 ҲАФТАИ ГЕСТАТСИОНИ ТАВАЛЛУД ШУДА**

Ш.Р. Зурбекова, Г.Х. Эшонкулова, К.К. Махкамов

МТД «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони

соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

МД «Таваллудхонаи №1» шаҳри Душанбе

Мақсади тадқиқот. Омузиши омилҳои хавф ҳангоми валодати пеш аз муҳлат дар 28-34 ҳафтаи гестатсионии барои оптимизатсии расонидани ёрии тибби ба онҳо.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили 521 таърихи таваллуд ва таърихи инкишофи навзоди норасид дар муҳлати 28-34 ҳафтаи гестатсионии дар таваллудхонаи шаҳрии №1 ш. Душанбе гузаронида шуд. Барои муайянсозии омилҳои хавф ҳангоми ҳомиладорӣ ва таваллуд.

Натиҷаҳо. Ҳангоми тадқиқот муайян карда шуд, ки омилҳои хатар ба искоти ҳамл ва асосан ҳолати навзоди пеш аз муҳлат таваллудшуда таъсир мерасонад. Зуддиати пайдошавии омилҳои хатар ба искоти ҳамл ва таваллуди пеш муҳлат оварда мерасонад. Инчунин он вобастаги дорад аз гузаронидаи пурраи профилактикаи синдроми респиратори, ки ба оқибати инкишофи он дар давраи неонатали низ вобаста аст.

Хулоса. Омилҳои номусоид дар вақти ҳомилаги ва таваллуд, яке аз сабабҳои асосии таваллудкунонии бармаҳал мебошад, дар ҳолати ифодаёбии зухуроти онҳо ва ёрии бенатии тотаваллуд – ба оқибати номусоид оварда мерасонад.

Калимаҳои асосӣ: валодати пеш аз муҳлат, синдроми дистресси респираторӣ, пешгирии антенаталӣ синдроми дистресси респираторӣ, навзоди норасид, камвазн, реаниматсия, беморшавӣ, ғавт.

ADVERSE RISK FACTORS FOR CHILDREN BORN BEFORE 34 WEEKS OF GESTATION

S.R. Zurbekova, G.K. Eshonkulova, K.K. Makhkamov

*Department of Neonatology of the State Educational Establishment
«Institute of Postgraduate Education in the Sphere of Healthcare of the
Republic of Tajikistan»
SI “Maternity Hospital No. 1”, Dushanbe*

Aim. Study of risk factors for preterm birth at 28-34 weeks of gestation to optimize the medical care provided to them.

Material and methods. An analysis of 521 birth histories and developmental histories of premature newborns born at 28–34 weeks of gestation in maternity hospital No. 1 in Dushanbe was carried out. Risk factors for pregnancy and childbirth were determined.

Results. Identified unfavorable risk factors for miscarriage and features of the health status of prematurely born children. The frequency of identified adverse factors of miscarriage and the birth of premature babies depended on the completeness of prevention of respiratory syndrome, and also influenced the developmental outcomes of children in the neonatal period. Conclusion. Unfavorable factors during pregnancy and childbirth are one of the reasons for early delivery, and in cases of severe manifestations and ineffective prenatal care, an unfavorable outcome.

Key words: premature birth, respiratory distress syndrome, antenatal prevention of respiratory distress syndrome, premature newborn, low birth weight, resuscitation, morbidity, mortality.

Актуальность. Смертность недоношенных детей в Республике Таджикистан, несмотря на некоторое снижение, остается высокой, особенно от респираторного дистресс-синдрома [1]. Поэтому необходимо особое внимание уделять профилактическим и лечебно-диагностическим мероприятиям у беременных с риском угрозы прерывания, а также родившимся преждевременно, поскольку одной из причин высокой смертности является неэффективная родовая помощь, которая, согласно современным тенденциям, предусматривает проведение вмешательств по продлению беременности и

антенатальной подготовки легких плода для улучшения исхода и предотвращения развития дыхательных нарушений [2]. В связи с этим от правильно организованной помощи женщинам из группы высокого риска по невынашиванию беременности, зависит дальнейшее развитие, как плода, так и ребенка.

Цель исследования. Изучение факторов риска преждевременных родов в сроке 28-34 недель гестации для оптимизации оказываемой медицинской помощи.

Материал и методы исследования. Анализ факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на состояние плода,

изучен на основании результатов обследования 325 карт историй развития матерей выживших новорожденных детей, и 196 карт историй развития матерей умерших детей.

Исследование проведено в ГУ «Городской родильный дом №1» города Душанбе - клинической базе кафедры неонатологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст матерей выживших детей, родившихся в срок менее 28 недель, у которых не проведена профилактика РДС либо она проведена частично, выше $32,5 \pm 3,7$ лет и $35 \pm 4,1$ лет соответственно. Среди родивших с летальным исходом новорожденных средний возраст был критическим только у получивших полную профилактику с родостимуляцией в группе до 28 недель гестации.

Одной из стратегий улучшения перинатальной помощи является раннее выявление и лечение женщин с риском преждевременных родов во время беременности. Удельный вес среди женщин, поступивших самостоятельно и получивших неадекватную профилактику РДС (частичная и без нее), был наиболее значимым - 73,6% и 86,3% соответственно. Аналогичная картина наблюдалась и среди матерей умерших детей. Преобладали повторнородящие, особенно среди беременных, не получивших профилактики РДС (62,6%). Из числа первородящих подавляющее большинство составили первобеременные, особенно в группах, получивших полный курс профилактики РДС (в среднем 91,5%). По репродуктивным потерям и медицинским абортam также лидировала эта группа (14,2% у получивших полный курс профилактики РДС и 8,3% женщин, получивших полный курс профилактики РДС со стимуляцией).

Самопроизвольные выкидыши и медицинские абортy были выявлены в 2,4 раза чаще у матерей, родивших детей массой тела менее 1500 г. Отмечена связь с наличием преждевременных родов в семейной истории и в анамнезе самой женщины во всех исследуемых группах. При этом больше всего на преждевременные роды в анамнезе указывали в группе матерей, получивших полный курс антенатальной кортикостероидной терапии (22,4% и 18,7%).

Течение родов протекало с осложнениями, создающими риск гипоксии плода (преэклампсия различной степени, длительный безводный период), выраженность которых (тяжелая эклампсия, безводный период более 18 часов) отмечалась больше среди умерших детей. Это также относилось и к аномалиям предлежания плаценты и преждевременной её отслойке.

Таким образом, представленные результаты свидетельствуют о том, что наблюдаемые нами дети вынашивались в определенных неблагоприятных условиях, явившихся причинами досрочного родоразрешения, а в случаях выраженности их проявлений - неблагоприятного исхода.

Заключение

Совершенствование системы организации родового наблюдения и ведения беременных с риском развития невынашивания плода необходимо для снижения неблагоприятных перинатальных исходов среди преждевременно родившихся детей. Совершенствованию системы отбора, организации транспортировки и последующей госпитализации беременных с угрозой развития преждевременных родов будет способствовать внедрение регионализации перинатальной помощи и обеспечение штатного норматива и оснащепрофильных служб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информация о причинах перинатальной и неонатальной смертности и пути их снижения в РТ. Материалы коллегии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Душанбе, 2019. 12 с.

2. Sweet D.G., Carnielli V., Greisen G. et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update // Neonatology. 2019. Vol. 115. P. 432–450.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Зурбекова Шахноза Рамзибековна – ассистент кафедры неонатологии ГОУ

««Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»;

тел.: (+992) 935930369; e-mail: shahnozazurbekova@gmail.com

Эшонкулова Гулдаста Хурматова – врач отделения реанимации новорожденных ГУ

«Родильный дом № 1» города Душанбе; тел.: (+992) 7777070301

Махкамов Кахрамон Каюмович – к.м.н., доцент, зав. кафедрой неонатологии ГОУ

«Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»;

тел.: (+992) 93333287; e-mail: kkm63@mail.ru

УДК 616.155.194.18

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ И ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ

К.И. Исмаилов, М.С. Хусенова, Н.Н. Ходжаева

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

Цель исследования. Изучить состояние вентиляционной функции лёгких и газового состава крови у детей с наследственными гемолитическими анемиями.

Материал и методы. Представлены результаты обследования 32 детей с наследственными гемолитическими анемиями, которых в зависимости от тяжести анемии разделили на 3 группы (лёгкой, средней и тяжёлой степеней). Контрольная группа состояла из 15 здоровых детей, рандомизированных по полу и возрасту.

На момент поступления в клинику детям с НГА кроме стандартных методов исследования проводили исследование функции внешнего дыхания и газового состава крови.

Результаты. У больных с НГА наблюдались нарушения газообменной функции лёгких, которые оказывали негативное воздействие на тяжесть общего состояния. Исследование функции внешнего дыхания выявило тенденцию к уменьшению легочных объёмов у больных с длительным анамнезом заболевания. При исследовании газов крови обнаружено снижение парциального давления кислорода (pO₂) и увеличение парциального давления углекислого газа (pCO₂).

Заключение. В зависимости от степени тяжести анемии у детей отмечается различная степень гипоксии и гиперкапнии, проявляющаяся нарушением функции органов и систем из-за развития морфофункциональных и дистрофических изменений в них. Методом спирографии выявлена дыхательная недостаточность по рестриктивному типу.

Ключевые слова: мембранопатии, энзимопатии, гемоглобинопатии, спирография, гемосидероз лёгких.

ЌАНБАЊОИ ФУНКСИЯИ ВЕНТИЛЯТСИОНИИ ШУШ ВА ТАРКИБИ ГАЗЊОИ ХУН ДАР КУДАКОНИ ГИРИФТОРИ КАМХУНИИ ГЕМОЛИТИКЌ

К.И. Исмаилов, М.С. Хусенова, Н.Н. Ходжаева

Кафедраи беморихои кудаконаи №2 МДТ «ДДТТ ба номи «Абуали ибн Сино»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши ҳолати функцияи вентилятсионии шушҳо ва таркиби газҳои хун дар кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар ин мақола натиҷаҳои муоинаи 32 кӯдаки гирифтори камхунии ирсии гемолитикӣ, ки дар шӯъбаи гематологияи кӯдаконаи Муассисаи Давлатии Маркази Миллии Тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шаҳраки Шифобахш» таъбибат гирифтаанд, нишон дода шудааст. Беморони гирифтори камхунии ирсии гемолитикӣ, вобаста ба вазнинии камхунӣ ба 3 гурӯҳ (камхунии сабук, миёна ва вазнин), тақсим карда шуданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 15 кӯдаки солим иборат буд, ки аз рӯи ҷинс ва синну сол ба гурӯҳҳои тадқиқотӣ монанд буданд.

Ҳангоми ба беморхона қабул кардан, кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикӣ, ба ғайр аз усулҳои стандартӣ тадқиқот, функцияи нафаскашии беруна ва таркиби газҳои хунро муоина кардем.

Натиҷаҳо. Натиҷаҳои тадқиқот нишон дод, ки беморони гирифтори камхунии ирсии гемолитикӣ вайроншавии мубодилаи газҳои хун дар шушҳо мушоҳида шуд, ки бешубҳа ба вазнинии ҳолати онҳо таъсири манфӣ расонид. Омӯзиши таркиби газҳои хун пастьшавии фишори парциалии оксиген (pO_2) ва баландшавии фишори парциалии диоксидаи карбон (pCO_2) нишон дод.

Хулоса. Натиҷаҳои омӯзиши таркиби газҳои хун дар кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикӣ вобаста ба вазнинии камхунӣ дараҷаҳои гуногуни гипоксия ва гиперкапнияро муайян карданд, ки бо вайроншавии функцияи узвҳо ва системаҳо аз сабаби инкишофи тағироти морфофункционалӣ ва дистрофӣ дар онҳо зоҳир мешаванд. Усули спирография дар ин категорияи беморон ноқисми нафаскашии навъи рестриктивиро ошкор намуд.

Калимаҳои асосӣ: мембранопатияҳо, энзимопатияҳо, гемоглобинопатияҳо, спирография, гемосидерози шушҳо.

ASPECTS OF THE VENTILATION FUNCTION OF THE LUNGS AND BLOOD GAS COMPOSITION IN CHILDREN WITH HEREDITARY HEMOLYTIC ANEMIA

K.I. Ismoilov, M.S. Khusenova, N.N. Khodgaeva

Department of Children's Diseases №2 of Avicenna Tajik State Medical University

Aim. To study the state of the ventilation function of the lungs and the gas composition of the blood in children suffering from hereditary hemolytic anemia.

Material and methods. This paper shows the results of an examination of 32 children with hereditary hemolytic anemia, who received inpatient treatment in the Department of Pediatric Hematology of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan "Shakhraki Shifobakhsh". Patients with HHA, depending on the severity of anemia, were divided into 3 groups (mild, moderate and severe anemia). The control group consisted of 15 healthy children who were similar to the study groups in terms of gender and age.

At the time of admission to the clinic, children with HHA, in addition to standard research methods, were examined for external respiration function and blood gas composition.

Results. The results of the study analyzes showed that patients with HHA had disturbances in the gas exchange function of the lungs, which undoubtedly had a negative impact on the severity of their condition. A study of the function of external respiration revealed a trend towards a decrease in lung volumes in patients suffering from this disease over many years. A study of blood gases revealed a decrease in the partial pressure of oxygen (pO_2) and an increase in the partial pressure of carbon dioxide (pCO_2).

Conclusion. The results of a study of blood gases in children with hereditary hemolytic anemia, depending on the severity of the anemia, revealed varying degrees of hypoxia and hypercapnia, manifested by dysfunction of organs and systems due to the development of morphofunctional and dystrophic changes in them. The spirometry method revealed respiratory failure of a restrictive type in this category of patients.

Key words: membranopathies, enzymopathies, hemoglobinopathies, spirometry, pulmonary hemosiderosis.

Актуальность. На сегодняшний день гемолитические анемии принято делить на две группы: наследственные и приобретённые. Согласно последним данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), наследственные гемолитические анемии (НГА) составляют 85% от всех гемолитических анемий. Это группа заболеваний крови, для которых характерно патологическое разрушение эритроцитов и реактивное усиление эритропоэза. Известно, что заболевание передаётся ребёнку от родителей, а также может развиваться в результате спонтанной мутации на генетическом уровне в период внутриутробного развития [1, 2].

В зависимости от того, где находится дефектный ген в красных кровяных клетках, различают три вида НГА: мембранопатии, ферментопатии, гемоглобинопатии. Вышеуказанная классификация свидетельствует о том, что главными этиопатогенетическими факторами развития гемолиза эритроцитов являются нарушения структуры и функции мембраны эритроцитов, метаболизма ферментов в эритроцитах, а также количественные и качественные изменения в структуре гемоглобина. Следует отметить, что НГА распространены у людей из определенных этнических групп. По последним данным, среди мембранопатий широко распространён наследственный микросфероци-

тоз, также известный под названием болезни Минковского-Шоффара, чаще встречается у жителей проживающих в странах Северной Европы, среди ферментопатий наиболее часто встречается гемолитическая анемия, связанная с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), чаще страдают данной патологией жители стран Средиземноморья, Латинской Америки и Африки. Исследования последних лет на сегодня насчитывает около 70-80 млн носителей гена талассемии. Гемоглобинопатии получили широкое распространение в странах Средней Азии, Узбекистана, Азербайджана, Грузии, Армении, Закавказья, а также среди детского населения Республики Таджикистан, около 15% населения являются носителями гена талассемии [3, 4].

При наследственных гемолитических анемиях из-за усиленного разрушения эритроцитов укорачивается продолжительность их жизни, развивается анемия, которая в сочетании с врождёнными дефектами в красных кровяных клетках, приводит к снижению эффективной кислородной ёмкости крови, а также снижает способность гемоглобина присоединять и транспортировать кислород в оптимальных количествах к тканям и органам. Вышесказанное способствует развитию гемической гипоксии, что приводит к нарушению процессов биологического окисления в клетках.

Освободившееся из разрушенных эритроцитов железо в виде пигмента гемосидерина в избытке впитывается в эндотелиальные и эпителиальные клетки, заполняет просветы альвеол и строми легочной ткани, что приводит к развитию гемосидероза лёгких, что, в свою очередь, проявляется ограничением подвижности легочной паренхимы и повышением эластиче-

ского сопротивления лёгких вдыхаемому воздуху [5].

Необходимо отметить, что дефекты эритроцитов в сочетании с интенсивным разрушением красных кровяных клеток приводят к снижению кислородотransпортирующей функции эритроцитов, увеличению парциального давления углекислого газа крови, а также перегрузке организма железом, оказывают негативное влияние на функции многих систем организма, в том числе и на дыхательную, которая до сих пор не подверглась детальному исследованию.

Цель исследования. Изучить состояние вентиляционной функции лёгких и газовый состав крови у детей с наследственными гемолитическими анемиями.

Материал и методы исследования.

Для изучения поставленной цели было обследовано 32 ребёнка с НГА в возрасте от 7 до 16 лет, которым оказано стационарное лечение в детском гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шахраки Шифобахш». В группе больных с НГА было 12 (33,3%) девочек и 20 (66,7%) мальчиков. В зависимости от степени тяжести анемии обследованные больные были распределены на 3 группы. С анемией лёгкой степени наблюдались 10 (27,8%), с анемией средней степени тяжести - 16 (44,4%), с анемией тяжёлой степени - 6 (16,7%) детей. Контрольную группу составили 15 здоровых детей, приближенных к обследуемым больным по половым и возрастным признакам.

Диагноз был основан на данных анамнеза жизни детей, объективного осмотра, антропометрии, а также лабораторных и дополнительных методов исследования. При поступлении в клинику детям с НГА помимо стандартных методов исследования было проведено исследование газовой-

го состава крови и функции внешнего дыхания методом спирографии.

С помощью аппарата «Convergys liquical Analyzer (BG)» (Convergent Technologies, Germany) определяли парциальное давление газов крови в лаборатории ГУ НМЦ РТ «Шахраки Шифобахш». Материалом для исследования была артериализированная капиллярная кровь, взятая с помощью специальных гепаринизированных шприцов.

В кабинете функциональной диагностики ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на аппарате «Метатест-1» (Киевское ПО ЗАО «Медаппаратура», Украина), методом спирографии проводили исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Были изучены все параметры ФВД, но в данной работе представлены следующие показатели: объём форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1, FEV1) (% от ДВ), жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ) (VC) (% от ДВ), форсированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ) (FVC) (% от ДВ), индекс (тест) Тиффно (ИТ) (% от ДВ) - отношение ОФВ1(FEV1) к ФЖЕЛ(FVC), ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/FVC).

Данные о результатах исследования обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows 8.0 (StatSoft Inc., USA). Количественные показатели представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое и σ – стандартное отклонение. Для сравнения двух независимых групп исследования между собой использовали непараметрический критерий Манна-Уитни, для зависимых – критерий Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализируя анамнестические данные больных, страдающих данным заболеванием, выявлено, что 20 (62,5%) детей родились от близкородственных браков, у 10 (31,2%)

детей либо члены семьи, либо родственники имели наследственную гемолитическую анемию, у 2 (6,2%) детей болезнь развилась в результате спонтанной мутации во время внутриутробного формирования. Как было сказано, различают три вида НГА, по распространённости высокий процент среди гемоглобинопатий составили гомозиготная β -талассемия (большая талассемия) - 20 (62,5%) больных, гетерозиготная β -талассемия (малая талассемия) - у 2 (6,2%) больных, среди энзимопатий широко распространён дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы - у 9 (28,1%) больных и наследственный микросфероцитоз - у 1 (3,1%) пациента.

Следует отметить, что усиленное разрушение эритроцитов приводит к уменьшению содержания Hb (гемоглобина) в единице объёма крови, что в свою очередь вызывает снижение эффективной кислородной ёмкости крови и кислородотранспортной функции, что ведёт к развитию гемической гипоксии.

Среди жалоб, предъявляемых больными с НГА, преобладали симптомы, связанные с последствиями гемической гипоксии и гиперкапнии: жалобы на слабость (у всех детей), быструю утомляемость при нагрузке (75,1%), одышка при незначительной физической нагрузке (64,8%), головокружение (57,8%), снижение аппетита (51,4%), тахикардию и неприятные ощущения в области сердца (46,2%), шум в ушах (31,6%), мелькание мушек перед глазами (24,6%).

Выявлено, что парциальное давление кислорода крови у детей с НГА средней тяжести и тяжёлой степени статистически значимо ниже, чем у пациентов с НГА лёгкой степени и детей контрольной группы; парциальное давление кислорода крови у пациентов с НГА средней тяжести

значительно ниже, чем у пациентов с НГА тяжелой степени (таблица).

Парциальное давление углекислого газа у пациентов с НГА легкой степени статистически значимо не отличается от показателей обследованных контрольной

группы; парциальное давление углекислого газа крови в группах с НГА средней тяжести и тяжелой степеней статистически значимо выше, чем у пациентов с НГА легкой степени и обследуемых контрольной группы.

Показатели кислотно-основного состояния крови (M±SD)

Показатель	Контрольная группа	Группы с НГА		
	(n =20)	лёгкой ст. (n =18)	средней ст. (n =20)	тяжёлой ст. (n =10)
pH	7,36±0,02	7,37±0,02 p ₁ >0,05	7,32±0,01 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	7,28±0,01 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05
pO ₂ (мм рт.ст.)	94,7±1,5	89,5±1,9 p ₁ =0,021	74,2±5,3 p ₁ <0,001 p ₂ =0,018	60,3±6,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05
pCO ₂ (мм рт.ст.)	36,4±1,3	42,0±3,9 p ₁ >0,05	47,7±1,2 p ₁ <0,001 p ₂ =0,010	51,3±1,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий значений показателей между всеми группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса); post-hoc: p₁ – статистическая значимость различий по сравнению со значениями контрольной группы; p₂ – статистическая значимость различий по сравнению со значениями группы с НГА легкой степени; p₃ – статистическая значимость различий по сравнению со значениями группы с НГА средней степени тяжести (post-hoc – по U-критерию Манна-Уитни)

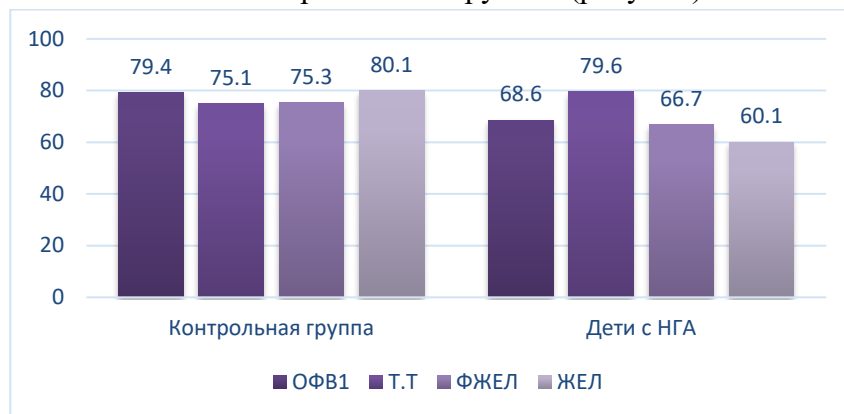
Показатели кислотно-основного состояния (КОС) у обследованных контрольной группы и у пациентов с НГА легкой степени отражают нормальные значения. Показатели КОС у пациентов с НГА средней степени тяжести отражают компенсированный метаболический ацидоз.

Показатели КОС у пациентов с НГА тяжелой степени отражают метаболический ацидоз с начинающейся декомпенсацией респираторного компонента. Дальнейшее снижение бикарбоната может привести к респираторно-метаболическому ацидозу.

При исследовании функции внешнего дыхания выявлены изменения объёмно-

ёмкостных показателей, многообразие и выраженность которых определялись тяжестью и давностью заболевания. Спирография проводилась всем детям с НГА. При изучении спирографических показателей стойкие изменения были обнаружены у 10 детей, которые страдают данной патологией с раннего возраста и на протяжении 8-10 лет. Результаты обследования у детей с НГА: объём форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1- FEV1), жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ- VC), форсированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ- FVC) ниже нормы, а тест Тиффно выше нормы по сравнению с ана-

логичными показателями контрольной группы. (рисунок).



Показатели функции внешнего дыхания у детей с НГА

Показатели функции внешнего дыхания у детей с НГА.

Заключение. Исследование функции внешнего дыхания выявило, что у 10 детей, страдающих НГА с раннего возраста на протяжении 8-10 лет, на фоне хронической гемической гипоксии в сочетании с гемосидерозом лёгких развивается дыхательная недостаточность по рестриктивному типу, которая проявляется невозможностью полноценного расправления альвеол при поступлении в них воздуха, свободно проходящего по дыхательным путям.

Итоги результатов исследования газового состава крови показали, что параметры кислотно-основного состояния у обследованных контрольной группы и у пациентов с НГА лёгкой степени отражают нормальные значения, у детей с НГА средней степени тяжести, выявлен компенсированный метаболический ацидоз, а у детей с НГА тяжёлой степени - метабо-

лический ацидоз с начинающейся декомпенсацией респираторного компонента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атрясан Т.Т и соавтр. Клинико-лабораторный профиль наследственного сфероцитоза // Вестник Северо-Западного государственного университета им. И.И Мечникова. 2019. Т.11, № 1. С. 65-79.
2. Романенко Н.А. Наследственные гемолитические анемии. Мембранопатии (Лекции) Часть 1 // Вестник гематологии. 2022. Т. 18, №1. С. 25-33.
3. Руковицына О.А. Анемии. Краткое руководство для практических врачей всех специальностей. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 352 с.
4. Танкаева Х.С., Жибурт Е.Б. Переливание крови при талассемии у детей // Вестник ДГМА. 2018. Т. 26, №1. С. 71-77.
5. Shibuya A., Kawashima H., Tanaka M. Analysis of erythrocyte membrane proteins in patients with hereditary spherocytosis and other types of haemolytic anaemia // Hematology. 2018. № 23 (9). P. 669-675.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

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

Хусенова Манижа Сироджиддиновна - соискатель кафедры детских болезней №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 918836969; e-mail: ms.kh0595@mail.ru;

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

УДК 616.155.194

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

М.Д. Кадамалиева, У.Ю. Юсуфбекова, Д.А. Азимова

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. Изучить вопросы реабилитации больных с хроническими и выраженными анемическими состояниями в условиях горно-климатического бальнеологического санатория «Зумрад».

Материал и методы. Проведена оценка эффективности лечения по результатам исследования картины периферической крови. Исследовались клинико-гематологические показатели центральной гемодинамики, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при поступлении и в конце курса лечения.

Результаты. Больные при поступлении жаловались на быструю утомляемость, головные боли, сердцебиение, головокружение при быстрой ходьбе, физической нагрузке, потемнение перед глазами. Со стороны картины периферической крови отмечена гипохромная анемия, средние показатели количества эритроцитов у женщин с анемическими состояниями было равным 3020 000, гемоглобина – 78 г/л, лейкоцитов – 6800, СОЭ – 17 мм/час. Со стороны биохимических анализов отклонений от нормы не наблюдалось. Частота пульса до лечения составляла в среднем 86 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст.

Заключение. Лечение женщин репродуктивного возраста, страдающих хроническими анемическими состояниями, в условиях бальнеологического курорта «Зумрад» приводило к положительной динамике со стороны картины периферической крови, показателей центральной гемодинамики, процессов перекисного окисления липидов.

Ключевые слова: анемия, репродуктивный возраст.

БУРДАНИ ЗАНҶОИ СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВӢ БО КАМХУНИ ДАР ШАРОИТИ ИҚЛИМИ БАЛАНДКЎҲӢ

М.Д. Кадамалиева, У.Ю. Юсуфбекова, Д.А. Азимова

Шуъбаи гинекология Муассисаи Давлатии «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологияи Тоҷикистон»

*Кафедраи микробиология ва вирусология факултети тиббии
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон*

Мақсади тадқиқот. Мавзӯи зикршуда масъалаҳои барқарорсозии беморони гирифтори бемориҳои музмин ва вазнини камхунӣ дар шароити санаторияи кӯӯҳӣ-иклими бальнеологии «Зумрат»-ро хеле муҳим мегардонад.

Мавод ва усулҳо. Арзёбии самаранокии табобат аз рӯи натиҷаҳои омӯзиши тасвири хуни перифералӣ гузаронида шуд. Нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологии гемодинамикаи марказӣ ва пероксидшавии липидҳо ва муҳофизати антиоксидантҳо дар ҳамаи муоинашудагон ҳангоми қабул ва анҷоми курси табобат арзёбӣ карда шуданд.

Натиҷаҳо. Беморон ҳангоми қабул аз хастагӣ, дарди сар, тапиши дил, чарх задани сар ҳангоми қадамҳои тез, машқҳои ҷисмонӣ, тира шудани пеши чашм шикоят мекарданд. Аз паҳлӯи расми хуни перифералӣ камхунии гипохромӣ қайд карда шудааст, ки шумораи миёнаи эритроцитҳо дар занони гирифтори камхунӣ 3 020 000, гемоглобин - 78 г/л, лейкоцитҳо - 6800, ESR - 17 мм / соат. Аз ҷониби таҳлилҳои биохимиявӣ, инхилоф аз меъёр мушоҳида нашудааст. Набз пеш аз табобат ба ҳисоби миёна 86 зарба дар як дақиқа, фишори хун 110/70 мм ст.

Хулоса. Дар натиҷаи табобати санатории – истироҳатӣ занҳои сини солашон репродуктивӣ дар истироҳатгоҳи «Зумрат», беморони бо анемия, дар қатори динамикаи мусбӣ дар ҳолати клиникӣ, меъёр шудани расми хуни атрофӣ, назорати хуб шудани нишондодҳои гемодинамикаи марказӣ бо роҳи камсарф будани қори дил, ба вучуд меояд, меъёрҳои процессҳои ПОЛ ва баландшавии фаъолияти муҳофизатнокии антиоксидантӣ, ки шаҳодат медиҳад ба хубшавии процессҳои метаболики дар узвҳо ва бофтаҳо.

Калимаҳои асосӣ: камхунӣ, синну соли репродуктивӣ.

THE FEATURES OF BACTERIAL SEMINATION OF WOMEN IN REPRODUCTIVE AGE WITH INFLAMMATORY DISEASE OF GENITAL SYSTEM IN RURAL REGIONS

M.D. Kadamaliev, U.Y. Yusufbekova, D.A. Azimova

Gynecological Department of the State Institution

"Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

*Department of Microbiology and Virology of the Faculty of Medicine
of the Tajik National University*

Aim. The foregoing makes the issues of rehabilitation of patients with chronic and severe anemic conditions in the conditions of the mountain-climatic balneological sanatorium "Zumrad" very relevant.

Material and methods. Evaluation of the effectiveness of treatment was carried out according to the results of the study of the picture of peripheral blood. Clinic - hematological

indicators of central hemodynamics lipid peroxidation and antioxidant protection in all examined were assessed upon admission and at the end of the course of treatment.

Results. Patients at admission complained of fatigue, headaches, palpitations, dizziness when walking fast, physical exertion, darkening before the eyes. From the side of the picture of peripheral blood, hypochromic anemia was noted, the average number of erythrocytes in women with anemic conditions was 3,020,000, hemoglobin - 78 g / l, leukocytes - 6,800, ESR - 17 mm / h. From the side of biochemical analyzes, deviations from the norm were not observed. The pulse rate before treatment averaged 86 beats per minute, BP 110/70 mm Hg.

Conclusion. It's exposed the features of bacterial semination, specially frequent identical separation of microflora in two locus (in cervical canal and in nasopharynx), the presence of mixed flora and mixed two or three microorganisms.

The statement dictates the necessity of making obligatory of making obligatory research – the semination of specialized flora to sensibility to antibiotics and treatment with a glance of received results.

Key words: reproductive age, inflammatory disease.

Актуальность. Анемии - одно из наиболее распространенных заболеваний у женщин репродуктивного возраста Республики Таджикистан, чему способствует многочисленность факторов риска развития этого заболевания. Это частые беременности и роды, длительный лактационный период, распространенность хронических гастритов и энтероколитов, заболевания печени. Основной причиной развития железодефицитных анемий являются кровопотери различной природы. Они нарушают существующее в организме равновесие между поступлением и выведением железа. Естественным источником железа служит пища. Женщина потребляет ежедневно с пищей в среднем 2000-2500 ккал, в которой содержится 10-20 мг железа, из них может всосаться не более 2 мг – это предел всасывания данного минерала. Одновременно женщина теряет ежедневно с мочой, калом, потом, слущивающимся эпителием кожи, выпадающими волосами примерно один мг железа. В этом женщины не отличаются от мужчин. Однако женщины,

кроме того, теряют значительное количество крови во время менструации, беременности, в родах и при лактации. Поэтому нередко потребность в железе превышает возможности всасывания железа из пищи. Это и служит причиной железодефицитных анемий;

До 75% здоровых женщин теряют за время менструации 20-30 мг железа. В оставшееся до следующей менструации время организм компенсирует эту потерю, и анемия не развивается. При обильных или длительных менструациях с кровью выделяются 50-250 мг железа. Потребность в железе у этих женщин возрастает в 2,5-3 раза. Такое количество железа не может всосаться даже при большом содержании его в пище. Возникает дисбаланс, ведущий к развитию анемии [4].

Такая точка зрения доминирует в литературе. Однако имеются и возражения. Они касаются менструальной кровопотери, которая не столь велика и не коррелирует с величиной гемоглобина [5] и возможности всасывания железа более 2 мг сутки. Ряд авторов утверждает, что при дефиците железа в организме его

всасывание из хлеба усиливается в 1,51 раза, а при анемии – в 3,48 раза [6].

Человеческий организм – сложная саморегулирующаяся (гомеостатическая) система. Гомеостаз отработан и закреплён в ходе длительной эволюции. Патология возникает лишь в тех случаях, когда действие «возмущающего» фактора чрезмерно или когда действует одновременно несколько факторов.

О значительном нарастании в организме противодействующих анемизации факторов говорит тот факт, что при ЖДА количество рецепторов, связывающих трансферрин, увеличивается 100 раз и более. Это увеличение имеет большое значение и в усвоении железа, и реализации повышенной кишечной абсорбции [7]. Часто эти факторы сочетаются между собой, а также с несбалансированной диетой, нарушениями в обмене веществ, в свою очередь связанного с влиянием жаркого климата.

Цель исследования

Изучить эффективность реабилитации больных с хроническими и выраженными анемическими состояниями в условиях горно-климатического бальнеологического санатория «Зумрад».

Материал и методы исследования

Обследовано 46 женщин в возрасте от 26 до 40 лет, получавших санаторно-курортное лечение в санатории «Зумрад». Расположенный на высоте 950 м над уровнем моря санаторий «Зумрад» обладает комплексом благотворных целительно воздействующих факторов. Это в первую очередь гипоксическо-гипобарический стимул, бальнеологические свойства минерального источника «Оби-Шифо» на фоне других курортных антирисковых факторов, положительно действующих на

многие биохимические, обменные, иммунологические и гематологические конструкции человеческого организма, а также на патогенетические звенья ряда хронических заболеваний [1-3].

Оценка эффективности лечения проводилась по результатам исследования картины периферической крови. Клинико-гематологические показатели центральной гемодинамики, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у всех обследованных оценивались при поступлении и в конце курса лечения.

Программа санаторного лечения включала использование климатических факторов (прогулки, воздушные и солнечные ванны), ЛФК (дозированная ходьба, гимнастика), 4-разовое диетическое питание, массаж, приём сульфидных ванн с циркулярным душем с соблюдением правил совместимости и несовместимости большого и терапевтические процедуры.

Принятие ванн строго контролировалось врачом и медицинской сестрой. После приёма ванн больные отдыхали в течение 60-90 минут.

Результаты и их обсуждение

Больные при поступлении жаловались на быструю утомляемость, головные боли, сердцебиение, головокружение при быстрой ходьбе, физической нагрузке, потемнение перед глазами. Со стороны картины периферической крови отмечена гипохромная анемия, среднее количество эритроцитов у женщин с анемическими состояниями было равным 3020 000, гемоглобина – 78 г/л, лейкоцитов – 6800, СОЭ – 17 мм/час. Со стороны биохимических анализов отклонений от нормы не наблюдалось. Частота пульса до лечения составляла в среднем 86 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст.

К концу пребывания в санатории (на 28-ой день) отмечались положительные

сдвиги в клинической симптоматике, выражающиеся в улучшении настроения, общего самочувствия, больные ощущали прилив сил и бодрости, исчезновение головных болей, головокружения.

Имели тенденцию к улучшению показатели центральной гемодинамики, что выражалось в увеличении УО, УИ, МОК, СИ. Формирование адекватного сердечного выброса за счет роста УО и увеличения МОК сопровождается снижением частоты сердечных сокращений, т.е. центральная гемодинамика изменяется по пути экономизации работы сердца.

Положительная динамика отмечена и со стороны картины периферической крови: количество эритроцитов стало равным 4200 000, гемоглобина 120 г/л, лейкоцитов – 7000, СОЭ – 11 мм/час.

Благоприятное влияние санаторно-курортного лечения подтверждено и результатами исследования показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

До лечения содержание первичных продуктов ПОЛ (гидроперекиси, диеновые конъюгаты) были повышенными. После лечения наблюдается достоверное снижение гидроперекисей ($0,52 \pm 0,03$ усл.ед. до лечения, $0,120 \pm 0,02$ после лечения; $p < 0,01$). Тенденция к снижению диеновых конъюгатов ($0,451 \pm 0,04$ мк/моль/мл до лечения; $0,411 \pm 0,03$ мкмоль/мл после лечения, $p < 0,05$). Содержание малонового диальдегида – конечного токсичного продукта ПОЛ - снизилось от $10,2 \pm 0,21$ мм/мл до $8,8 \pm 0,15$ мм/мл $p < 0,001$. К концу санаторного лечения достоверно повышалась каталазная активность крови ($750,6 \pm 11,0$ усл.ед до лечения, $920,0 \pm 12,0$ усл.ед. после лечения, $p < 0,001$).

Заключение

После санаторно-курортного лечения в санатории «Зумрад» у женщин репродуктивного возраста с анемическими состояниями, наряду с положительной динамикой в клиническом состоянии, происходит нормализация картины периферической крови, наблюдается улучшение показатели центральной гемодинамики по пути экономизации работы сердца, происходит нормализация процессов ПОЛ и повышается активность антиоксидантной защиты, что свидетельствует об улучшении метаболических процессов в органах и тканях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобоходжаев М.Х., Аминджанов А.Н. Эффективность применения мумиё при железодефицитной анемии. Душанбе, 1996. 160 с.
2. Зоидбоев З.М. Патогенетические механизмы эффективности природно-климатических и бальнеологических лечебных факторов санатории «Зумрад» при лечении больных с гипертонических болезни и ишемической болезни сердца»: дисс. ...канд. мед. наук. Душанбе, 2000. 130 с.
3. Одинаев Ф.И., Восидов З.В. Влияние комплекса факторов санатория «Зумрад» на перекисное окисление липидов при ишемической болезни сердца. // Вестник Авиценны. 1999. № 3
4. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии. М.: Медицина, 1981. 190 с.
5. Шамоу И.А. К вопросу о некоторых факторах, приводящих к дефициту железа в организме. // Тер. Архив. 1990. № 19. С. 81-84.
6. Hershko C., Vitelis A., Braverman D.Z. Causes of iron deficiency anemia in adult in patient population. // Blut. 1984. Vol. 347. P.352

7. Shumak K.H., Rachkevich R.A. variation in site number in hematologic disorders. //Amer. 1984. № 115. P. 23-32

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

Азимова Дилором Азамовна - к.м.н., научный сотрудник ТНИИ АГиП; тел.: (+992) 907810281; e-mail: azimovadilya77@mail.ru

УДК 618.56-005.1

ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ЧАСТОТЫ КРИТИЧЕСКИХ ТЯЖЕЛЫХ ПРЕЭКЛАМПСИЙ И АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (обзор литературы)

М.Я. Камилова, Ш.Т. Муминова

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

В статье представлены обзор литературы и некоторые результаты исследований акушерского отдела Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ по подходам к снижению частоты критических тяжёлых преэклампсий и акушерских кровотечений. Наиболее значимое исследование по снижению частоты критических тяжёлых преэклампсий, по данным литературы, – многострановое рандомизированное исследование «ASPRe», предусматривающее использование аспирина у беременных с факторами риска. Результаты наших исследований – применение донаторов оксида азота во втором триместре беременности с целью профилактики дисфункции эндотелия и развития ранних тяжёлых преэклампсий. Исследования по подходам к профилактике критических акушерских кровотечений представлены работами по идентификации факторов риска акушерских кровотечений, использованию активного ведения 3-го периода родов, использованию транексамовой кислоты у женщин с факторами риска, внедрению кровесберегающих методик операций в акушерстве. Также в статье отведена роль использованию аудита критических случаев в снижении частоты критических тяжёлых преэклампсий и акушерских кровотечений.

Ключевые слова: неотложные состояния, критические тяжёлые преэклампсии, критические акушерские кровотечения, частота, подходы профилактики.

**РАВИШҲО БАРОИ КОҲИШ ДОДАНИ ҲОДИСАҲОИ ШАДИДИ
ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВА ХУНРАВИИ АКУШЕРӢ**

М.Я. Камилова, Ш.Т. Муминова

МД «Институту илмии акушерӣ, гинекология ва перинатология»-и

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дар мақола шарҳи адабиёт ва баъзе натиҷаҳои тадқиқоти шӯъбаи акушерии Пажӯҳишгоҳи илмии акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Вазорати тандурустӣ ва СЗН Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба равишҳои коҳиш додани гирифторшавӣ ба преэклампсияи шадиди шадид ва хунравии акушерӣ. Таҳқиқоти муҳимтарин барои коҳиш додани мизони преэклампсияи шадиди шадид тибқи адабиёт озмоиши тасодуфии бисёрмиллии "ASPREE" мебошад, ки истифодаи аспирино дар занони ҳомиладор бо омилҳои хавф дар бар мегирад. Натиҷаҳои тадқиқоти мо истифодаи донорҳои оксиди азот дар семоҳаи дуҷуми ҳомиладорӣ барои пешгирии вайроншавии эндотелиалӣ ва рушди преэклампсияи шадиди барвақт мебошанд. Тадқиқот оид ба равишҳои пешгирии хунравии шадиди акушерӣ бо корҳо оид ба муайян кардани омилҳои хавфи хунравии акушерӣ, истифода бурдани идоракунии фаъоли давраи 3-юми таваллуд, истифодаи кислотаи транексами дар занони дорои омилҳои хавф, ҷорӣ намудани усулҳои ҷарроҳии сарфакунондаи хун дар акушерӣ. Мақола инчунин нақши истифодаи аудити ҳолатҳои муҳимро дар коҳиш додани ҳодисаҳои вазнини преэклампсия ва хунравии акушерӣ таъкид мекунад.

Калимаҳои асосӣ: ҳолатҳои фавқулодда, преэклампсияи шадиди шадид, хунравии шадиди акушерӣ, басомад, равишҳои пешгирӣ.

**APPROACHES TO REDUCING THE INCIDENCE OF CRITICAL SEVERE
PREECLAMPSIA AND OBSTETRIC HEMORRHAGE**

M.Y. Kamilova, Sh.T. Muminova

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

The article presents a review of the literature and some results of research by the obstetric department of the Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health and SZN of the Republic of Tatarstan on approaches to reducing the incidence of critical severe preeclampsia and obstetric hemorrhage. The most significant study to reduce the incidence of critical severe preeclampsia according to the literature is the multi-country randomized trial "ASPREE", which involves the use of aspirin in pregnant women with risk factors. The results of our research are the use of nitric oxide donors in the second trimester of pregnancy to prevent endothelial dysfunction and the development of early severe preeclampsia. Research on approaches to the prevention of critical obstetric hemorrhage is represented by work on identifying risk factors for obstetric hemorrhage, the use of active management of the 3rd stage of labor, the use of tranexamic acid in women with risk factors, the introduction of blood-saving surgical techniques in obstetrics. The article

also highlights the role of using audits of critical cases in reducing the incidence of critical severe preeclampsia and obstetric hemorrhage.

Key words: emergency conditions, critical severe preeclampsia, critical obstetric hemorrhage, frequency, prevention approaches.

Акушерские кровотечения и тяжёлые преэклампсии остаются серьёзной проблемой современного акушерства. В структуре причин материнской смертности осложнения тяжёлой преэклампсии и критические кровотечения входят в первую тройку по частоте. Именно критические состояния этих осложнений относятся к неотложным состояниям в акушерстве и определяют статистику материнской смертности [18].

Прогнозирование успешного выполнения целей устойчивого развития тысячелетия показало, что для выполнения задачи по запланированному снижению коэффициента материнской смертности к 2030 году до 70 ежегодно этот показатель должен снижаться на 11,6%. Анализ динамики снижения материнской смертности в мире показал, что имеет место запаздывание динамики снижения данного показателя [15].

Поэтому основными направлениями научных исследований являются исследования, результаты которых вносят вклад в улучшение качества помощи матерям и детям, что способствует снижению показателей материнской заболеваемости и смертности. Международное исследование ASPRE открыло новую эру в трактовке одного из самых серьёзных заболеваний во время беременности – преэклампсии. Проводимое в первом триместре скрининговое исследование, которое берет за основу биофизические маркёры матери, её анамнез, маркёры, полученные в ходе ультразвукового исследования и биохимические маркёры, выявить, по меньшей мере, в 75% случаев тех бере-

менных, у которых развивается преэклампсия, возникающая до 37 недели беременности. Второй целью исследования ASPRE было определить, сможет ли профилактический прием оптимальной дозы аспирина во время беременности женщинами с повышенным риском развития преэклампсии снизить вероятность заболевания. Начало профилактического приема аспирина во время первого триместра женщинами, входящими в группу с повышенным риском, уменьшило развитие этого тяжелого заболевания до 34 недели беременности на 82%, а до 37 недели беременности - на 62% [17].

Дисфункция эндотелия при беременности способствует нарушению формирования сосудов плаценты в виде дисбаланса процессов ангио- и антиангиогенеза, и в основе этих нарушений ведущая роль отводится оксидативному стрессу. В артериях организма (небольших артериях, которые точно регулируют поток крови к тканям) эндотелиальный слой (или эндотелий) является внутренней оболочкой клеток, которая выполняет несколько критических функций. Эндотелиальная дисфункция — это состояние, при котором эндотелиальный слой (внутренняя оболочка) малых артерий не может нормально выполнять все свои важные функции. В результате в тканях, которые снабжаются этими артериями, происходят патологические изменения. Далее развивается несостоятельность плаценты с нарушениями всех ее функций, что имеет непосредственную связь с повышением частоты ранней преэклампсии и синдрома задержки роста плода. Повышается риск

преждевременных родов, кесарева сечения, неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов [12].

При достаточном количестве оксида азота, который способствует инвазии трофобластов, происходит физиологическая гестационная перестройка спиральных артерий матки. Возникают разрушение мышечного слоя спиральных артерий, потеря способности к сокращению, образование ширококалиберных маточно-плацентарных сосудов. Эти моменты определили необходимость заниматься исследованиями по прогнозированию развития ранних преэклампсий и их профилактики у женщин с факторами риска. Исследованиями, проведенными в акушерском отделе нашего института, показано, что использование донаторов оксида азота в период активного ангиогенеза у женщин с факторами риска развития преэклампсии способствует снижению частоты ранней преэклампсии на 12,1%. Соответственно снижалась необходимость досрочного родоразрешения на 10,2%, что улучшало перинатальные исходы [9].

Другим подходом, снижающим частоту критических тяжёлых преэклампсий, является подход своевременного выявления преэклампсий не на этапе, когда возникли критические осложнения преэклампсии, требующие родоразрешения, а до их появления, что позволяет спасти жизнь матери и плода. Этот подход предусматривает оптимальный мониторинг АД у женщин групп риска по развитию гипертензивных нарушений во время беременности. При развитии тяжёлых преэклампсий своевременное и бережное родоразрешение определяет материнские и перинатальные исходы и является резервом снижения частоты неотложных состояний в акушерстве [5].

Подходы к снижению частоты критических акушерских кровотечений также предполагают прогнозирование и профилактику этих осложнений, а при развитии этого осложнения во время беременности, в родах и в послеродовом периоде - оказание качественной помощи. Проведены многочисленные исследования по идентификации факторов риска развития акушерских кровотечений, среди которых наиболее значимыми оказались кесарево сечение, акушерские кровотечения в анамнезе, тромбофилии, многоплодие, многоводие, рубец на матке в сочетании с предлежанием плаценты [10].

Наиболее частой причиной критических акушерских кровотечений при кесаревом сечении являются повторные операции кесарева сечения в сочетании с вращением плаценты в области рубца. Данная акушерская ситуация требует организации операции в учреждении высокого уровня, наличие оперирующих врачей акушеров-гинекологов, владеющих техникой экстирпации матки, в некоторых случаях присутствия сосудистого хирурга, наличия запасов крови и плазмы. Быстрая и правильная транспортировка женщин с возможным массивным кровотечением и необходимостью родоразрешения путём операции кесарево сечение способствует профилактике кровотечений во время этой операции. Слабые практики оказания помощи пациенткам с критическими состояниями могут быть выявлены при использовании аудита критических случаев [2, 3, 11].

Снижение частоты проведения первого кесарева сечения и правильный выбор тактики родоразрешения женщин с наличием в анамнезе одной операции признаны мерами по поддержанию политики снижения частоты кесаревых сечений и акушерских кровотечений [1, 8].

Другой значимой причиной интраоперационных кровотечений и в послеродовом периоде являются гипотонические кровотечения, факторы риска которых не отличаются от таковых при родах через естественные родовые пути – ожирение, многоплодная беременность, врождённые и развившиеся во время беременности тромбофилии, нарушение принципов демедикализации во время беременности и в родах. Так, в исследованиях показано снижение риска кровотечений при грамотном партографическом наблюдении родов, неиспользование усиления родовой деятельности без показаний, отказ от применения спазмолитиков во время беременности и в родах [6, 7].

Доказана высокая эффективность введения карбопроста и снижение частоты акушерских кровотечений у женщин с рубцами на матке при повторном кесаревом сечении [14, 16].

Широкое использование транексамовой кислоты в практике хирургов и гинекологов при гинекологических маточных кровотечениях, доказанная эффективность и безопасность данного лекарственного препарата предоставили возможность его применения в практике акушеров при развившихся кровотечениях и диагностированном нарушении свертывания крови в результате патологического фибринолиза. Транексамовая кислота является антифибринолитическим средством и купирует патологический фибринолиз. Применение данного препарата до развития критического кровотечения будет препятствовать развитию коагулопатии и снижать частоту массивных акушерских кровотечений. В последние годы появляются исследования по применению транексамовой кислоты с целью профилактики массивных акушерских кровотечений [13].

Исследованиями, проведенными в акушерском отделе ТНИИ АГиП по использованию транексамовой кислоты с профилактической целью, показано, что у женщин с повторным кесаревым сечением, относящихся к группе риска по кровотечению, применение транексамовой кислоты снижает объем как интраоперационной, так и послеоперационной кровопотери, а также количества кровотечений [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Андреева В.Ю. Современная стратегия абдоминального родоразрешения. // Журнал акушерства и женских болезней. 2014. №5. С.4-14.60, 65
2. Белокриницкая Т.Е. и др. Молниеносное массивное акушерское кровотечение во втором триместре беременности на фоне артериовенозной мальформации сосудов матки и вставания плаценты // Акушерство и гинекология. 2018. № 7. С. 126-131.
3. Давлятова Г.К., Камилова М.Я., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Систематизация причин упущенных возможностей развития критических ситуаций при акушерских кровотечениях и преэклампсии // Журнал акушерства и женских болезней. 2018. Т 67, Вып. 2. С. 26-31
4. Каландарова М.Х., Камилова М.Я., Давлатзода Г.К. Результаты применения транексамовой кислоты у женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение // Наука и инновация. Душанбе, 2022-2021. № 3. С.36-41
5. Камилова М.Я., Давлятова Г.К., Раззокова Н.Х., Мухаммадиева С.М., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Значение аудита критических случаев в улучшении качества помощи беременным с тяжелыми преэклампсиями // Znanstvena misel. 2017. № 3. С. 52-55.

6. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М., 2017. 872 с.
7. Радзинский В.Е., Логутова Л.С., Краснопольский В.И. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства /под ред. В.И. Краснопольского. М.: Специальное издательство медицинских книг, 2018. 224 с.
8. Самигуллина А.Е., Выборных В.А. Показания к операции кесарево сечение в современном акушерстве // Наука, новые технологии и инновации. 2016. № 2. С. 44-47
9. Самолук М.О., Григорьева Н.Ю. Оценка эндотелиальной дисфункции и возможности ее коррекции на современном этапе у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. // Кардиология. 2019. № 59 (3S). С. 4-9.
10. Сурина М.Н., Марочко Т.Ю. Акушерские кровотечения как основная причина критических состояний и материнской смертности // Фундаментальная и клиническая медицина. 2016. Т. 1, №3. С. 81-87.
11. Шифман Е.М., Куликов А.В. Интенсивная терапия и анестезия при кровопотере в акушерстве (клинические рекомендации, протоколы лечения) // Тольяттинский медицинский консилиум. - 2016. № 1-2. - С. 69-81.
12. Юпатов Е.Ю., Курманбаев Т.Е., Тимошкова Ю.Л. Современное понимание функции и дисфункции эндотелия сосудов. Обзор литературы. // РМЖ. 2022. № 3. С. 20-23.
13. Faraoni D., Carlier C., Samama C.M. et al. Efficacy and safety of tranexamic acid administration for the prevention and/or the treatment of post-partum haemorrhage: a systematic review with meta-analysis // Anesth Reanim. 2014. Vol. 33 (11). P. 563-571.
14. Higgins L., Mechery J., Tomlinson A.J. Does carbetocin for prevention of postpartum haemorrhage at caesarean section provide clinical or financial benefit compared with oxytocin? // J. Obstet. Gynecol. 2017. Vol. 31(8). P. 732-739.
15. https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_ [Электронный ресурс]
16. Jin B., Du Y., Zhang F. et al. Carbetocin for the prevention of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // J Matern Fetal Neonatal Med. 2015. Vol. 12. P. 1-8.
17. Rolnik D.L., Wright D., Poon L.C.Y. et al. ASPRE trial: performance of screening for preterm pre-eclampsia. // Ultrasound Obstet Gynecol. 2017. Vol. 50 (4). – P. 492-495.
18. Samuel O, Zewotir T, North D. Decomposing the urban–rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in sub-Saharan Africa. // Reprod Health. 2021. Vol. 18. P. 216

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

Муминова Шаходат Табаровна – к.м.н., зам. директора ТНИИАГиП по науке; тел.: (+992) 918691668; e-mail: Sh.tabarovna@mail.ru

УДК 612.25

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ
В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

М.Т. Каримова

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

Цель исследования. Применить протокол ультразвуковой диагностики лёгких у новорождённых с выраженными проявлениями дыхательной недостаточности.

Материал и методы. Всего обследовано 130 новорожденных с гестационным возрастом от 27 до 41 недели, массой тела при рождении от 900 г до 4200 г.

УЗИ лёгких проводилось по протоколу BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency).

Результаты. У 26 (20%) недоношенных новорожденных на рентгенографии выявлены признаки внутриутробной пневмонии, что подтверждено и при ультразвуковой диагностике, с участками консолидации ткани лёгкого. В 40 (30,7%) случаях при ультразвуковом исследовании недоношенных новорождённых выявлены эхопризнаки интерстициально-альвеолярного отёка лёгочной ткани в виде «белого легкого». В группе доношенных новорождённых в 25 (19,2%) случаях визуализировали эхопризнаки транзиторного тахипноэ в виде сливных В-линий 1-2 степеней. В группе новорожденных с синдромом задержки внутриутробного развития в 39 (30%) случаях регистрировали признаки интерстициальной отёка разных степеней и пневмонии в виде субплевральных гиперэхогенных участков «консолидации» ткани легких.

Заключение. Ультразвуковое исследование лёгких позволяет оценить пневматизацию лёгочной ткани уже в первые часы жизни, а также контролировать состояние лёгочной ткани в динамике. Комбинированное использование методов диагностики с учетом преимуществ и недостатков рентгенологического и ультразвукового исследований позволяет своевременно и грамотно оценить тяжесть состояния новорожденного и начать терапию.

Ключевые слова: новорожденные, ультразвуковая диагностика легких, дыхательная недостаточность.

ТАШХИСИ УЛТРАСАДОИИ ШУШИ НАВЗОД ДАР РЕАНИМАТСИЯ ВА ICU

М.Т. Каримова

*МД «Институтуи илмии акушерӣ, гинекология ва перинатология»-и
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Мақсад. Истифодаи протоколи ташхиси ултрасадоиш шуш барои кӯдакони навозд бо зухуроти шадидаи норасоии нафас.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқот оид ба методикаи ташхиси ултрасадоиш шуш дар клиникаи ОРИТ НИИ АГ ва ПТ гузаронида мешавад, аз соли 2022 то 2023 дар маҷмӯъ дар давраи қор 130 навозд тафтиш карда шуданд. Ба гурӯҳ кӯдакони навозд дохил шуданд, ки синни ҳомиладорӣ онҳо аз 27 то 41 ҳафта, вазни таваллуд аз 900 гр. то 4200 гр. Уз-и шуш бо протоколи BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency) гузаронида мешавад.

Усул ба ду принцип асос ефтааст: 1 - ҳама ихтилоли нафаскашӣ бо тағиребии морфологияи хати плевра ва /е паренхимаи шуш алоқаманд аст, ки ҳангоми ташҳиси ултрасадо хуб тасвир карда мешавад; 2 - ҳама сабабҳои асосии норасоии нафас

Натиҷаҳо. Дар 26 (20%) навзодони бармаҳал дар рентгенография нишонаҳои пневмонияи дохиличашм ошкор карда шуданд, ки ин ҳангоми ташҳиси ултрасадоӣ бо минтақаҳои "консолидасияи" бофтаи шуш тасдиқ карда шуд. Дар 40 (30,7) ҳолат ҳангоми ташҳиси ултрасадоӣ дар гурӯҳи навзодони бармаҳал аломатҳои эҳои илтиҳоби интерстициолӣ-альвеоларӣ дар бофтаи шуш дар шакли "шушҳои сафед" ошкор карда шуданд. Дар гурӯҳи навзодони пурра дар 25 (19,2%) ҳолатҳо аломатҳои эҳои тахипнои транзиторӣ дар шакли Хатҳои в – и 1-2 дараҷа тасвир карда шуданд. Дар гурӯҳи кӯдакони навзод бо синдроми таъхири инкишофи дохиличашм дар 39 (30%) ҳолатҳо нишонаҳои ҳам илтиҳоби интерстициалии дараҷаҳои гуногун ва ҳам нишонаҳои пневмонияи минтақаҳои гиперэхогении субплевралии "консолидасияи" бофтаи шуш ба қайд гирифта шуданд

Хулоса. Муоинаи ултрасадоии шуш имкон медиҳад, ки пневматизатсияи бофтаи шуш дар соатҳои аввали ҳаёт арзёбӣ карда шавад ва инчунин ҳолати бофтаи шуш дар динамика назорат карда шавад. Истифодаи яқҷояи усулҳои ташҳис бо назардошти афзалиятҳо ва нуқсонҳои ташҳиси рентгенӣ ва ултрасадоӣ имкон медиҳад, ки вазнинии ҳолати навзод саривақт ва оқилона арзёбӣ карда шавад ва терапия оғоз карда шавад.

Калимаҳои асосӣ: кӯдакони навзод, ташҳиси ултрасадоии шуш, норасоии нафас.

ULTRASOUND EXAMINATION OF THE LUNGS OF NEWBORNS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

M.T. Karimova

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

Aim. The goal is to apply the protocol of ultrasound diagnostics of the lungs to newborns with severe manifestations of respiratory insufficiency.

Material and methods. A study on the method of ultrasound diagnostics of the lungs began to be conducted in the ICU clinic of the Research Institute of AG and PT, from 2022-2023, a total of 130 newborns were examined during the period of work. The group included newborns with gestational age from 27 to 41 weeks, body weight at birth from 900 gr. to 4200 gr. Ultrasound of the lungs is performed according to the protocol- BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency). The method is based on two principles: 1- all respiratory disorders are associated with changes in the morphology of the pleural line and / or lung parenchyma, which is well visualized by ultrasound; 2- all the main causes of respiratory insufficiency

Results. In 26 (20%) premature newborns, signs of intrauterine pneumonia were detected on radiography, which was also confirmed by ultrasound diagnostics with areas of "consolidation" of lung tissue. In 40 (30.7) cases, ultrasound examination in the group of premature newborns revealed echo signs of interstitial-alveolar pulmonary edema in the form of a "white lung". In the group of full-term newborns, echo signs of transient tachypnea were visualized in 25 (19.2%) cases in the form of drain B-lines of 1-2 degrees. In the group of

newborns with intrauterine growth retardation syndrome, signs of interstitial edema of various degrees and signs of pneumonia of subpleural hyperechoic areas of "consolidation" of lung tissue were recorded in 39 (30%) cases. Conclusion Ultrasound examination of the lungs makes it possible to evaluate the pneumatization of lung tissue already in the first hours of life, as well as to monitor the state of lung tissue in dynamics.

Conclusion. Ultrasound examination of the lungs makes it possible to evaluate the pneumatization of lung tissue already in the first hours of life, as well as to monitor the state of lung tissue in dynamics. The combined use of diagnostic methods, taking into account the advantages and disadvantages of X-ray and ultrasound, allows timely and competent assessment of the severity of the newborn's condition and start therapy.

Key words: newborns, ultrasound diagnostics of the lungs, respiratory failure.

Актуальность. Ультразвуковая визуализация лёгких позволяет своевременно выявить патологические изменения у новорожденных уже в первые часы жизни. Данная методика диагностики патологии лёгких зарегистрирована, имеет международные рекомендации, входит в основу клинических протоколов по ведению новорожденных с респираторными заболеваниями (BLUE, SAFE+R) [1, 2, 4]. Метод УЗИ лёгких не заменяет рентгенографическое исследование органов грудной клетки, КТ или МРТ, а дополняет. Ультразвуковое исследование легких достаточно четко выявляет патологию интерстициальных структур легочной ткани, но не описывает идентификацию топографических границ анатомических образований [4, 5]. Выявление таких признаков, как «снижение пневматизации», «альвеолярная консолидация» в первые часы жизни уже даёт возможность выбора тактики лечения.

Данное ультразвуковое исследование позволяет контролировать состояние новорожденного в динамике, не подвергая его лучевым нагрузкам, эффективность проводимого лечения, особенно в условиях искусственной вентиляции лёгких, адекватность проводимой инфузионной терапии. Одним из преимуществ данного метода является его доступность, возмож-

ность использовать для исследования В- и М-режимах, которыми обеспечены ультразвуковые аппараты любого класса, оснащённые линейным, микроконвексными секторальными датчиками с диапазонами частот от 7-12, 3-5 и 2-4 МГц, предпочтение отдают линейному датчику [1, 3].

Цель исследования. Применить протокол ультразвуковой диагностики легких у новорождённых с выраженными проявлениями дыхательной недостаточности.

Материал и методы исследования. Исследования по данной методике впервые начали проводить в ОРИТ клиники ТНИИ АГиП с 2022, 2023 гг. Всего за период работы обследовано 130 новорождённых. Исследовали новорождённых с гестационным возрастом от 27 до 41 недели, массой тела при рождении от 900 г до 4200 г.

УЗИ лёгких проводилось по протоколу BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency) – ургентная сонография легких при острой респираторной недостаточности для диагностики нарушений дыхания у взрослых. Метод основан на двух принципах: 1 – все дыхательные расстройства связаны с изменениями морфологии плевральной линии и/или паренхимы легкого, что хорошо визуализируется при ультразвуковом исследовании; 2 – все

основные причины дыхательной недостаточности имеют свои характерные ультразвукографические признаки. В последние годы данный протокол интенсивно осваивался и адаптировался в неонатологической практике [1, 2, 4].

Исследование проводилось по стандартным методикам (1, 2) в В-режиме, положение датчика строго перпендикулярно поверхности грудной клетки и межреберным промежуткам. Область исследования: передняя (от грудины до передней подмышечной линии), боковая (от передней до задней подмышечной линии), задняя область (от передней до задней подмышечной линии).

Ультразвуковая характеристика лёгких при отсутствии патологии: линия плевры (гладкая однородная, постоянная, гиперэхогенная), наличие признака «скольжение плевры»; А-линии – горизонтальные, ровные, гладкие, параллельные линии плевры гиперэхогенные (артефакты реверберации) с равными промежутками; В-линии в норме не определяются, а если и определяются, то не более 3-х в одном межреберье.

Признаками альвеолярно - интерстициального синдрома считали: наличие В-линий в одном межреберье более 3-х, отсутствие А-линий. Распределение по степени выраженности интерстициального отека: 1 степень 3-5 В-линий в одном межреберье; 2 степень - более 5 В-линий в одном межреберье и частичное сливание их; 3 степень В-линии сливаются между собой, но при этом определяется тень ребер; 4 степень - тень рёбер не определяется - «белое легкое».

Ультразвуковые эхо-признаки бактериальной пневмонии оценивали по следующим характеристикам: неоднородность и утолщение плевральной линии, отсутствие динамического скольжения плевры,

определение субплеврального гиперэхогенного участка консолидации (уплотнения) ткани легкого с неровными контурами без А- и В- линий в структуре, прослеживаются линейные гипер- и/или гипоэхогенные бронхи. При массивном объеме поражения определяется признак пульсации участка консолидации синхронно с частотой сердечных сокращений.

Все обследованные новорожденные находились на респираторной поддержке с учетом насыщения кислорода. У 26 (20%) недоношенных новорожденных на рентгенографии выявлены признаки внутриутробной пневмонии, что выявлялось и при ультразвуковой диагностике участками «консолидации» ткани лёгкого. В 40 (30,7%) случаях при ультразвуковом исследовании в группе недоношенных новорождённых выявлены эхо-признаки интерстициально-альвеолярного отёка лёгочной ткани в виде «белого легкого». Необходимо учитывать, что интерстициальный отёк - полиэтиологическое состояние, не являющееся синонимом какого-либо конкретного заболевания и требующего комплексной оценки в совокупности с клиническими лабораторными и рентгенологическими данными [3-5].

В группе доношенных новорожденных в 25 (19,2%) случаях визуализировали эхо-признаки транзиторного тахипноэ в виде сливных В-линий 1-2 степеней. В группе новорожденных с синдромом задержки внутриутробного развития в 39 (30%) случаях регистрировали признаки интерстициальной отёка разных степеней, так и признаки пневмонии субплевральных гиперэхогенных участков «консолидации» ткани легких.

При оценке состояния новорожденных нами учитывались и поражения паренхимы мозга в виде перивентрикулярных эхогенных изменений разных степеней тяже-

сти, включая перивентрикулярную лейко-
малацию, внутрижелудочковые кровоиз-
лияния. В 80% случаев дыхательная недо-
статочность новорождённых, особенно
глубоко недоношенных, напрямую зави-
села и от выявленной при нейросоногра-
фии патологии паренхимы головного
мозга.

Заключение. Ультразвуковое исследова-
ние лёгких позволяет оценить пневмати-
зацию лёгочной ткани уже в первые часы
жизни, а также контролировать состояние
легочной ткани в динамике. Комбиниро-
ванное использование методов диагности-
ки с учетом преимуществ и недостатков
рентгенологического и ультразвукового
исследований позволяет своевременно и
грамотно оценить тяжесть состояния но-
ворожденного и начать терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникшин И.И. УЗ-сканирование в ди-
агностике патологии легких у детей ран-
него возраста. Санкт-Петербург, 2019
2. Ерохина А.В. Дифференциальный
подход к выбору методов лучевой диагно-

стики бронхолегочной дисплазии у ново-
рожденных и детей первого года жизни:
автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2017.
25 с.

3. Левандовский Е.В., Улезко Е.А. Метод
ультразвуковой диагностики пневмонии у
недоношенных новорождённых детей
(инструкция по применению). Минск,
2021.

4. Ольхова Е.Б. Ультразвуковая диагно-
стика в неотложной неонатологии: Руко-
водство для врачей. М.: СТРОМ, 2016. 352
с.

5. Ольхова Е.Б. Ультразвуковая диагно-
стика грудной клетки у новорожденных и
детей раннего возраста в условиях скоро-
помощного стационара. Эхографический
интерстициальный лёгочный синдром. // *Радиология практика*. 2019. № 2 (74)

6. Потехина Т.В. Клинико-эхографичес-
кая характеристика кардио-респираторной
системы у новорождённых детей при
патологии лёгких: автореф. дис. ...
канд.мед.наук. М., 2011. 25 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

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

УДК 614

**ВОЗДЕЙСТВИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
НА ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ**

М.М. Косимов, А. Вохидов

ГУ «НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» МЗиСЗН РТ

ГУ МК «Истиклол»

Роль факторов окружающей среды, включая медико-биологические, техногенные, в процессе формирования врождённых пороков (ВПР) развития достаточно значима. Именно от того, где и при каких условиях произошло зачатие, развитие и формирование плода в значительной степени зависит частота и разновидность пороков развития. Аномалия развития каждого органа или системы зависит от срока воздействия патогенного фактора, следовательно, только через динамический мониторинг возможна профилактика ВПР.

Ключевые слова: врождённый порок развития, антенатальный период, техногенный фактор.

ТАЪСИРИ ОМИЛИ ХАБИТАТ БА РУШДИ НУКСОНХОИ ИНКИШОФ

М.М. Косимов, А. Вохидов

ПИК Стоматология ва ҷарроҳии ҷоги рӯй

МД МК "Истиқлол"

Нақши муҳити зист, аз ҷумла биотиббӣ ва техногенӣ дар раванди ташаккули нуқсонҳои модарзодӣ хеле муҳим аст. Басомад ва намуди камбудихо бештар аз он вобаста аст, ки дар қучо ва дар кадом шароит консепсия, инкишоф ва ташаккули ҳомила ба амал омадааст. Аномалияи инкишофи ҳар як узв ё система аз давомнокии таъсири омилҳои патогенӣ вобаста аст, аз ин рӯ, танҳо тавассути мониторинги динамикии пешгирӣ қардани нуқсонҳои модарзодӣ имконпазир аст.

Калимаҳои асосӣ: нуқсонҳои модарзодӣ, давраи пеш аз таваллуд, омилҳои сунъӣ.

**IMPACT OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON THE FORMATION OF
CONGENITAL DEVELOPMENTAL MALFORMATIONS**

M.M. Kosimov, A. Vokhidov

SCI Dentistry and Maxillofacial Surgery

SE CH "Istiklol"

The role of the environment, including biomedical and technogenic, in the process of formation of congenital malformations is quite significant. The frequency and type of malformations largely depends on where and under what conditions the conception, development and formation of the fetus occurred. The developmental anomaly of each organ or system depends on the duration of exposure to the pathogenic factor, therefore, only through dynamic monitoring is it possible to prevent congenital malformation.

Key words: congenital malformation, antenatal period, man-made factor.

Актуальность. Врождённые пороки развития приобретают все большее значение в структуре младенческой смертности и детской инвалидности. Сегодня известно, что причин возникновения ВПР достаточно много. Часть этой патологии является проявлением отдельных наследственных болезней, другая - результатом действия средовых (экзогенных) факторов. Поэтому очень важно при установлении врожденного порока определить риск-факторы, сформировавшие этот порок на стадиях эмбрионального развития. Решение данного вопроса позволит врачу правильно оценить ситуацию и определить прогноз, то есть вероятность повторного рождения ребенка с данной патологией в семье [1, 4, 8].

Факт изучения причин ВПР в отдельных человеческих популяциях позволяет своевременно оценить экологическое неблагополучие в конкретном регионе и позволяет провести эффективные профилактические мероприятия [5, 6]. Прежде всего, хотелось бы сказать несколько слов об определении понятия "врожденный порок развития".

В отечественной и зарубежной литературе довольно часто термин «врожденный порок развития» заменяют термином "врождённая аномалия" и "врождённый дефект", хотя они не являются синонимами. Термин "врождённая аномалия" (синоним "врождённый дефект") используется в международной классификации болезней для обозначения структурных, биохимических и функциональных нарушений, которые присутствуют у новорожденного, независимо от времени обнаружения, и не ведут к нарушению функции органа или системы органов.

Термин "врожденный порок развития" используется при наличии морфологического дефекта органа, части органа или большой области тела, ведущей к нарушению функции органа(ов). ВПР являются следствием нарушения органогенеза. Морфогенез человека является реализацией генетической программы в трехмерном пространстве и во времени, он осуществляется под влиянием многих средовых факторов [4, 9].

По разным данным, врожденные пороки развития встречаются примерно у 5-6% новорожденных, а их вклад в структуру причин младенческой смертности достигает 20%. При этом чисто генетические пороки с простым типом наследования занимают в структуре патологии лишь 10-20%, остальную долю составляют пороки полигенного и мультифакторального генеза, происходящие от совместного воздействия генетических и экзогенных факторов [7, 8, 9].

Частота врождённых пороков развития среди новорожденных детей составляет 3—5% [2]. Известно, что на проявление ВПР влияют генетические и внешне средовые факторы. Средовые факторы обуславливают до 2—3% всех пороков [3], с наследственными факторами непосредственно связаны 23—29% пороков, 40—50% приходится на группу ВПР мультифакториальной природы и лишь 2% вызвано воздействием тератогенных факторов [1].

Цель исследования. Изучить тератогенное воздействие различных факторов риска на частоту ВПР.

Материал и методы исследования. Анкетированию были подвергнуты 150 семей (100 семей составили 1 группу и 2 группу контрольную - 50 семей). Прове-

дён анализ данных анкет, включающих более 100 параметров, характеризующих социально-биологический статус, акушерско-гинекологический анализ, генеалогические данные родителей, имеющих детей, которые родились мертворожденными или умерли в течение 1-го года жизни с врожденными пороками развития, за последние 10 лет.

Результаты и их обсуждение. Проведённый анализ показал, что закономерным является то, что средний возраст на одну супружескую пару у родителей, имеющих детей с ВПР ($28,05 \pm 0,52$ лет), более чем на 2 года выше, по сравнению с аналогичным показателем родителей детей без аномалий ($25,98 \pm 0,44$ лет, $F = 1,39$, $p < 0,01$).

При исследовании места рождения родителей детей с ВПР установлено, что выходцами из одного села являлись $12,00 \pm 2,91\%$ родителей (в контроле – $6,01 \pm 2,06\%$, $p < 0,05$), из одного района – $28,80 \pm 4,05\%$ (в контроле – $17,29 \pm 3,28\%$ $p < 0,05$) и из одной области – $73,60 \pm 3,94$ (в контроле – $67,6 \pm 4,06\%$, $p < 0,05$). Таким образом, среди супружеских пар 1 группы более выражена эндогамность браков.

В проявлении ВПР мультифакториальной этиологии важная роль принадлежит наследственной предрасположенности, которая определяет так называемый «порог» предрасположенности. Нами проанализирована частота ВПР у sibсов, родившихся раньше пробанда с пороком развития. Установлено, что в первой группе из 100 sibсов ВПР были у 7 детей ($7,00 \pm 0,84\%$), тогда как во второй группе из 50 sibсов врожденных пороков не имел никто ($p < 0,05$). Анализ генетических данных родителей детей с ВПР показал, что со стороны матери наследственность была отягощена (наличие у родственников ВПР, выкидышей, мертворожденных) в

$39,23 \pm 4,28\%$, со стороны матери и/или отца – в $50,00 \pm 4,38\%$.

В ходе дальнейшего исследования нами проанализирована социально-гигиеническая характеристика матерей основной и контрольной групп. При этом установлено, что обследуемые группы были статистически однородны по среднему возрасту, этническому составу, уровню образования, социальному положению.

Установлено следующее распределение женщин основной группы по времени наступления беременности: на зимние месяцы пришлось $23,5\%$ зачатий, на весенние – $29,5\%$, на летние – $27,3\%$, на осенние – $19,4\%$. То есть, ВПР чаще формируются, когда первый критический период беременности совпадает с весенними и летними месяцами. Данные месяцы характеризуются сосредоточением неблагоприятных климатических и экологических факторов (высокая температура, пониженная влажность воздуха, повышенная запыленность).

Определено, что женщины в возрасте до 20 лет (от 15 до 20 лет) достоверно чаще встречались в группе с ВПР плода и новорожденного ($16,98 \pm 1,3\%$ против $10,3 \pm 1,9\%$ в группе без ВПР, $p < 0,001$). Преобладания женщин в возрасте 35 лет и старше в группе в ВПР плода и новорожденного в нашем исследовании не наблюдалось, хотя многие авторы указывают на его наличие [4, 7, 9]. В нашей работе женщины данной возрастной группы присутствуют с одинаковой частотой – $9,8 \pm 0,9\%$ и $9,5 \pm 1,8\%$ в основной и контрольной группах соответственно.

Следовательно, по нашим данным, группой возрастного риска по рождению детей с ВПР являются матери до 20 лет.

Установлено, что женщины основной группы ($25,5 \pm 2,2\%$) принимали лекар-

ственные препараты в период настоящей беременности (обезболивающие, жаропонижающие, спазмолитики, антибиотики). В то время как в контрольной группе данному воздействию подверглись $17,9 \pm 5,8\%$ женщин, что не имело статистически достоверной разницы. Но в данном случае процент атрибутивного риска составил 36%. То есть, иными словами, у 36% плодов и новорожденных с ВПР, подвергшихся внутриутробно влиянию лекарственных препаратов, данная патология отсутствовала, если бы мать воздержалась от приема лекарств во время беременности.

В ходе дальнейшего исследования нами были изучены особенности репродуктивной функции беременных с ВПР плода и новорожденного. При изучении репродуктивного анамнеза установлено, что по числу беременностей сравниваемые группы были статистически однородны. Однако сравниваемые группы были статистически различимы ($p < 0,001$) по отягощенному акушерскому анамнезу. Так, в основной группе многократно проведенные аборт, самопроизвольные выкидыши, замершие беременности на различных сроках гестации наблюдались в $23,5 \pm 1,4\%$ (то есть, почти у каждой четвертой женщины с ВПР плода и новорожденного) против $14,3 \pm 2,2\%$ (каждая седьмая женщина) в контрольной группе. При этом процент атрибутивного риска составил 45,6%.

Таким образом, при более детальном рассмотрении факторов, отягощающих акушерский анамнез, статистически значимыми оказались только лишь наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей (причины могут быть весьма разнообразными: инфицирование матери, гормональные нарушения, хромосомные анома-

лии), а также рождение детей с ВПР от предыдущих беременностей.

То есть, анализ репродуктивного анамнеза беременных с ВПР плода и новорожденного выявил достоверное преобладание отягощенного акушерского анамнеза (а именно: самопроизвольных выкидышей) и наличие врожденных пороков в предыдущих беременностях у женщин основной группы.

Также нами проведен анализ течения данной беременности. При изучении особенностей течения гестации в первом триместре установлена статистически достоверная разница по частоте угрозы прерывания беременности в первом триместре ($23,9 \pm 1,5\%$ в основной группе и $12,7 \pm 2,0\%$ в группе контроля, $p < 0,001$), что соответствует атрибутивному проценту 41,8%.

В то же время не выявлено статистически достоверной разницы по наличию у беременных женщин обеих групп экстрагенитальной патологии ($8,0 \pm 0,9\%$ в основной группе против $12,3 \pm 2,0\%$ в группе контроля). Также нет различия по наличию воспалительных заболеваний органов малого таза. В обеих группах данная патология встречалась в 4,8% случаев.

Анемия в период данной беременности достоверно чаще ($p < 0,001$) встречалась в группе контроля ($35,7 \pm 3,0\%$ в контрольной группе, против $18,1 \pm 1,3\%$ - в основной).

Определено, что в группе женщин с ВПР плода и новорожденного острые респираторные вирусные инфекции в период данной беременности встречаются в 2 раза чаще ($33,0 \pm 1,6\%$ в основной группе против $15,9 \pm 2,3\%$ в группе контроля, $p < 0,001$). Величина атрибутивного процента по данной характеристике составляет 61,5%. Результаты проведенного экографического исследования свидетельствуют, что у $17,1 \pm 1,3\%$ женщин основ-

ной группы наблюдались осложнения со стороны системы «мать-плацента-плод», а именно фетоплацентарная недостаточность (ФПН), что в 1,5 раза чаще ($p < 0,01$), чем среди женщин контрольной группы ($11,5 \pm 2,0\%$), атрибутивный процент составляет при этом 36,7%.

При оценке состояния околоплодных вод их патология по данным ультразвукового исследования выявлена у $50,7 \pm 1,7\%$ обследованных женщин основной группы против $13,9 \pm 2,17\%$ женщин из группы контроля. То есть, изменение количества околоплодных вод среди женщин с ВПР плода и новорождённого встречается в 3,6 раза чаще, чем среди женщин без данной патологии ($p < 0,001$). Величина атрибутивного процента в данном случае составляет 84,3%. Установлено, что наиболее часто встречалась патология околоплодных вод в виде многоводия. В основной группе многоводие встречается в 4,2 раза чаще ($p < 0,001$), чем в группе контроля. Маловодие в основной группе наблюдается также достоверно в 2,7 раза чаще ($p < 0,001$), чем в группе женщин без ВПР плода и новорождённого. Таким образом, считаем наличие первичной плацентарной недостаточности клиническим проявлением ВПР в период беременности. Следовательно, при наличии данных изменений женщине необходимо дополнительное ультразвуковое исследование с целью выявления врожденной патологии у плода.

Ранний токсикоз (фактор обезвоживания) и поздний гестоз осложняли течение беременности у каждой второй женщины основной группы ($51 \pm 1,7\%$), что в 1,7 раза чаще, чем в группе контроля ($29,7 \pm 2,9\%$). Причем статистически достоверным является наличие токсикоза беременных – $48,8 \pm 2,9\%$ в основной группе против $20,0 \pm 2,5\%$ в группе контроля ($p < 0,001$).

Таким образом, при анализе особенностей течения настоящей беременности нами определено статистически достоверное преобладание среди женщин основной группы угрозы прерывания беременности в первом триместре ($p < 0,001$), течение ОРВИ в период беременности ($p < 0,001$), нарушение со стороны системы «мать-плацента-плод» в виде фетоплацентарной недостаточности ($p < 0,01$), изменение количества околоплодных вод ($p < 0,001$), а также ранний токсикоз беременных ($p < 0,001$).

Таким образом, следует отметить, что в проявлении ВПР, сказывающихся на жизнеспособности детей, значительную роль играют эндогенные факторы. Среди них к группе факторов риска по врожденным аномалиям следует отнести: возраст супругов, эндогамность браков, способствующая проявлению аутосомно-рецессивной патологии, наследственная отягощенность со стороны родственников супругов, определяющая проявление как наследственных ВПР, так и пороков мультифакториальной природы.

Заключение. Частота и разновидность пороков развития в значительной степени зависят от воздействия факторов риска на различных этапах формирования и развития плода. Чаще всего пороки носят мультифакториальную природу. Только через улучшение окружающей среды, индекса здоровья беременной женщины, повышение ее санитарной культуры и медицинской активности можно добиться некоторого снижения частоты ВПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова В.И., Богачева Е.В., Китаева Ю.Ю. Роль экзогенных факторов в формировании врожденных пороков развития. // Экология человека. 2010. №6. С.30–35.
2. Бадалян А.О. Наследственные болезни у детей. М.: Медицина, 1987. 268 с.

3. Барашнев Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. М.: Триада-Х, 2004. С.12-87.
4. Новиков П.В. Состояние пренатальной диагностики врождённых и наследственных заболеваний в Российской Федерации // Акушерство и гинекология. 2006. № 2. С. 3—7.
5. Шевырева М.П. Изучение врождённых пороков развития как важный элемент системы социально-гигиенического мониторинга // Гигиена и санитария. 2000. № 3. С. 73—75.
6. Комплексное определение антропо-техногенной нагрузки на водные объекты, почву, атмосферный воздух в районах селитебного освоения: методические рекомендации. М: МНИИГ им. Ф.Ф. Эрисмана, 1996.
7. Ломовцев А.Э., Филимонова Ж.В., Шишкина Л.И. и др. Оценка риска возникновения врожденных пороков развития в Тульской области // Гигиена и санитария. 2003. № 1. С. 26—30.
8. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.С. Баранова. М.: Триада-Х, 2007. С. 11-148.
9. Черкасов, Н.С. Заболевания сердца у новорожденных и детей раннего возраста. Ростов-на-Дону: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2007. 192 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Косимов Махмадулло Махмадиевич – к.м.н., доцент, директор ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»; e-mail: pik-stomatologiya@mail.ru

Вохидов Абдусалом – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник ГУ МК Истиклол; тел.: (+992) 907707996; e-mail: avokhidov@hotmail.com

УКД 618.7-005.1-089

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОНОЙ ТАМПОНАДЫ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

З.Н. Косимова, Ф.И. Усманова, Д.И. Разокова, М.Г. Пирназарова, Л.С. Ахмедова
*Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Центральная районная больница Б.Гафуровского района*

Цель исследования. Провести анализ эффективности применения баллонной тампонады при гипотонических кровотечениях в родильном отделении Центральной районной больницы Б. Гафуровского района.

Материал и методы. Произведён анализ историй родов, течения раннего послеродового периода, которые осложнились гипотоническими кровотечениями за период 2022 г. – I полугодие 2023 г. За данный период при гипотонических кровотечениях в 12 случаях была использована баллонная тампонада.

Результаты. Частота гипотонических кровотечений стабильно держится в пределах 1,1-1,2%. Основную долю родильниц составили женщины в возрасте 21-32 лет (70%), средний возраст составил 26,8 лет. Эффективность использования баллонной

тампонады составила 91,6%. За данный период снизилось количество органотомических операций при АК с 5 (11,9%) в 2022 г. до 1 (5%) - за 6 мес. 2023 г.

Заключение. Использование баллонной тампонады при гипотонических кровотечениях является эффективным методом остановки кровотечения и позволяет снижать процент органотомических операций и сохранить репродуктивную функцию женщины.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, гипотония матки, баллонная тампонада.

НАТИЧАИ ИСТИФОДАИ ТАМПОНАДАИ БАЛЛОНИ ҲАНГОМИ ХУНРАВИҲОИ ГИПОТОНИКӢ

З.Н. Косимова, Ф.И. Усманова, Д.И. Разокова, М.Г. Пирназарова, Л.С. Ахмедова

Курси акушерӣ ва гинекологӣ Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломи

қормандони тандурустии ҚТ дар шаҳри Хуҷанди вилояти Суғд

Беморхонаи марказии ноҳияи Б. Гафуров

Мақсад. Таҳлили самаранокии истифодаи тампонадаи баллонӣ ҳангоми хунравиҳои гипотоникӣ дар шӯбаи таваллуди Беморхонаи марказии ноҳияи Б. Гафуров

Мавод ва усулҳо. Таҳлил карда шуд таҳриҳҳои таваллуди занони пас аз таваллуд, ки бо хунравии гипотоникӣ дар соли 2022 буда ва дар нимаи соли 2023 вазнин шудаанд. Дар ин давраба 12 занони зоида, ки хунравии гипотоникӣ доштанд тампони баллонӣ истифода бурда шуд.

Натиҷаҳо. Натиҷа ва машварат: теъдоди хунравӣ дар як сатҳи стодааст - 1,1–1,2%. Сину соли занҳо аз 21–32 соларо ташкил дод (70%), сину соли миёна 26,8 солро ташкил дод. Самаранокии истифодаи тампонадаи баллонӣ 91,6%-ро ташкил дод. Миқдори ҷарроҳии гирифтани бачадон аз 5(11,9%) дар 2022с то 1(5%) дар 1 нимсолаи 2023с.

Хулоса. Истифодаи тампонадаи баллонӣ ҳангоми хунравиҳои гипотоникӣ барои қатъи қардани хунравӣ самаранок буда теъдоди ҷарроҳии гирифтани бачадонро паст мекунад.

Калимаҳои асосӣ: хунравии акушерӣ, гипотонияи бачадон, тампонадаи баллонӣ.

OUR EXPERIENCE OF USING BALLOON TAMPONADE DURING THE HYPOTONIC BLEEDING

Kosimova Z.N., Usmonova F.I., Razokova D.Iz., Pirnazarova M.G., Akhmedova L.S.

The course of obstetrics and gynecology of Khudzhand department of

State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

Central district hospital of B. Gafurov district

Aim. to analyze the effectiveness of using balloon tamponade for hypotonic bleeding in the maternity department of the Central District Hospital of the B. Gafurovskiy district.

Material and methods. The analysis was made from the birth history of postpartum women whose early postpartum period was complicated by hypotonic bleeding for the period 2022 and 1st half of 2023. During this period balloon tamponade was used in 12 postpartum women

with hypotonic bleeding. Statistical analysis of the results obtained was carried out using standard computer technologies and represented an assessment of the proportion of complications from the total number of postpartum women.

Results. the incidence of hypotensive bleeding remains stable within 1.1-1.2%. The majority of women who gave birth were women aged 21-32 years (70%), the average age was 26.8 years. The effectiveness of balloon tamponade was 91.6%. During this period, the number of organ removal operation for obstetrical bleeding decreased from 5(11,9%) in 2022 to 1(5%) in 6 months 2023.

Conclusion. The use of balloon tamponade for hypotonic bleeding and allows you to save reproductive functional organ of women, thereby reducing the percentage of organ removal operations.

Key words: obstetric bleeding (hemorrhage), uterine hypotension balloon tamponade

Актуальность. Проблема акушерских кровотечений (АК) в настоящее время по-прежнему остаётся довольно актуальной. Каждый четвёртый случай материнской смертности в мире связан с кровотечением. Частота кровотечений в послеродовом периоде составляет 1,7-2% от общего числа родов, удельный вес материнской смертности от послеродового кровотечения составляет 60%, а 45% женщин умирают в первые 24 часа [2]. В 75% случаях причиной АК является гипотония или атония матки. Согласно клиническим протоколам «Кровотечение во время беременности, родов и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика», при гипотонических кровотечениях используют утеротонические препараты (окситоцин, метилэргометрин, мизопристол), проводят инфузионную терапию с целью восполнения ОЦК, применяют временные методы остановки кровотечения [2]. Несмотря на принимаемые консервативные меры, при продолжающемся кровотечении и объеме кровопотери более 1100 мл необходимо прибегнуть к хирургическому гемостазу, вплоть до гистерэктомии. Однако применение радикальных мер оказывает неблагоприятное влияние на жизнь пациентки как с медицинской, так и с социальной точек зрения [1].

В последнее десятилетие в мировой практике при кровотечениях в послеродовом периоде, в том числе и после операции кесарева сечения, используется баллонная тампонада, преимуществом которой является скорость и простота применения, что очень важно при ургентной ситуации и массивности АК [3]. Применение баллонной тампонады в 10 раз уменьшает частоту гистерэктомии, тем самым сохранив пациентке репродуктивную функцию, что является основным аргументом с социально-демографической и психологической точек зрения [1, 2, 4]. К сожалению, в нашей республике из-за отсутствия данного устройства этот метод в комплексе оказания неотложной акушерской помощи не используется.

Цель исследования. Провести анализ эффективности применения баллонной тампонады при гипотонических кровотечениях в родильном отделении Центральной районной больницы Б. Гафуровского района.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ истории родов 12 случаев беременных, госпитализированных в родильное отделение Центральной районной больницы Б. Гафуровского района за период 2022 и I полугодие 2023 годов.

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи стандартных компьютерных технологий.

Для баллонной тампонады нами использовался катетер однобаллонный акушерский производства ООО “Симург”, Москва. В состав набора входят катетер для баллона из тонкого силикона и резервуар с трубкой для раствора. Механизм действия данного устройства соответствует принципу сообщающихся сосудов. Для создания соответствующего давления в системе резервуара необходимо заполнить жидкостью катетер. Баллон реагирует на меняющееся внутриматочное давление, принимая необходимую форму полости матки, в результате чего обеспечивается атравматичность процесса и достигается компрессия венозных сосудов плацентарного ложа вне зависимости от локализации последнего.

Результаты и их обсуждение. За 2022 год всего в родильном отделении зарегистрировано 3528 родов, за I полугодие 2023 года - 1630. Частота послеродовых кровотечений в 2022 году - 42 случая, что составило 1,19%, за первое полугодие 2023 г. - 20 случаев - 1,2%. За данный период при гипотонических кровотечениях 12 родильницам использована баллонная тампонада. Из них в 2022 году - 5 случаев, а за I полугодие 2023 года - 7 случаев. Все 12 женщин проживали в сельской местности. Возрастной контингент женщин варьировал от 21 до 32 лет, средний возраст составил 26,8 лет. По паритету: первородящие в 9 случаях (75%), в 3-х случаях – повторнородящие (25%).

Течение беременности у 66,6% женщин протекало на фоне анемии лёгкой и средней степеней тяжести, у 50% беременных отмечались гипертензивные осложнения. Тяжёлая преэклампсия наблюдалась у 4-х рожениц (33,3%), в 2-х случаях отмеча-

лось умеренная преэклампсия. В 2-х случаях имелаась многоплодная беременность двойней. Вышеизложенные осложнения беременности, как известно, являются факторами риска развития акушерских кровотечений, что требует от врачей акушеров-гинекологов особого внимания. Кровопотеря, при которой применялся маточный баллон, колебалась от 800 мл до 1100 мл, в среднем $1080,0 \pm 4,6$ мл. Маточный баллон применялся после неэффективности утеротонических препаратов (окситоцин, метилэргометрин, мизопро-стол), двуручного сдавления матки и продолжающемся кровотечении. В 2-х случаях баллон использовался после кесарева сечения. Эффективность использования баллонной тампонады составила 91,6%.

В одном случае - у женщины с тяжёлой преэклампсией и двойней кесарево сечение осложнилось гипотоническим кровотечением, где кровопотеря составила 1100 мл. Несмотря на использование данной методики, кровотечение продолжалось, что послужило показанием к операции ампутации матки без придатков.

За данный период количество органоудаляющих операций при кровотечениях снизилось с 5 (11,9%) в 2022 г. до 1 (5%) за 6 мес. 2023 г.

Во всех других случаях с момента заполнения баллона жидкостью от 300 мл до 500 мл кровотечение было остановлено и в течение последующего наблюдения за родильницей не возникало вновь, то есть был достигнут окончательный гемостаз. Клиники шока не наблюдалось. Объем кровопотери восстановлен кристаллоидами в соответствии с протоколом. В одном случае использовалась гемотрансфузия. Маточный баллон был снят спустя 6-12 часов после остановки кровотечения. Всем родильницам проведена профилактика инфекционных осложнений внутри-

венным введением цефалоспоринов I-II поколений. Проводился тщательный мониторинг за общим состоянием родильниц, сокращением матки и показателями гемодинамики. Ультразвуковой контроль за сокращениями послеродовой матки позволил своевременно выявить субинволюцию матки, что стало показанием для назначения утеротоников. Средняя продолжительность пребывания на койке составила 5,8 дней. Все родильницы выписаны домой в удовлетворительном состоянии с новорождёнными.

Заключение. Использование баллонной тампонады при гипотонических кровотечениях является эффективным методом остановки кровотечения и позволяет сохранить репродуктивную функцию женщины. Внедрение баллонной тампонады в повседневную акушерскую практику позволит в группах рожениц высокого акушерского риска предотвратить мас-

сивную кровопотерю как в родах, так и во время операции кесарева сечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоцерковцева Л.Д. и др. Управляемая баллонная тампонада матки при послеродовых кровотечениях // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011. №5. С. 36-41
2. Кровотечение во время беременности, родов и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика. Национальный стандарт. Душанбе, 2018. 102 с.
3. Оленев А.С. Баллонная тампонада матки как метод лечения гипотонических акушерских кровотечений: автореф. дис. ... канд.мед.наук. М, 2009. 18 с.
4. Hackethal A., Tcharchian G., Ionesi-Pasacica J. et. al. Uterine surgery in postpartum hemorrhage // Minerva Ginecol. 2009. Vol. 61, №3. P. 201-213.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Косимова Замира Назаровна – к.м.н., зав. курсом акушерства и гинекологии Худжандского отделения Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров Республики Таджикистан; тел.: (+992) 927700703; e-mail: Kasimova-z2015@mail.ru

Усманова Фируза Икрамовна - к.м.н., зав. родильным отделением ЦРБ Б.Гафурова

Разокова Дилором Изатуллоевна - врач акушер-гинеколог род.отд. ЦРБ Б. Гафуров

Пирназарова Мунира Гаибовна - врач акушер-гинеколог род.отд. ЦРБ Б. Гафуров

Ахмедова Лола Саломовна - врач акушер-гинеколог род.отд. ЦРБ Б. Гафуров

УДК 618.177

**ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПАЦИЕНТОК С
ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ И НЕРЕАЛИЗОВАННОЙ
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ**

П.З. Курбанова, З.М. Икромова, З.С. Одинаева, Н.Д. Абдурахмонова, Б.С. Рахимова
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

В статье подробно описывается функциональное состояние овариального резерва посредством определения уровня антимюллерового гормона, подсчёта антральных фолликулов и фолликулогенез до и после оперативного лечения у женщин с эндометриоидными кистами размером более 4-х сантиметров, а также рассмотрены актуальные рекомендации по ведению женщин с эндометриоидными кистами яичников, направленные на сохранение фертильности. Представлены результаты комбинированной терапии эндометриоидных кист яичников.

Ключевые слова: эндометриоидная киста яичников, бесплодие, оперативная цистэктомия, уровень АМГ.

**АРЗЁБИИ ЗАХИРАИ ТУХМДОНҲО ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ
КИСТАҲОИ ЭНДОМЕТРИОИД ВА ФУНКСИЯИ РЕПРОДУКТИВИИ
РЕПРОДУКТИВӢ**

П.З. Курбанова, З.М. Икромова, З.С. Одинаева, Н.Д. Абдурахмонова, Б.С. Рахимова
МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатология”-и
Вазорати Тандурустӣ ва ҳифзи ҷуҷимони аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дар мақола ҳолати функционалии захираи тухмдонҳо бо роҳи муайян кардани сатҳи гормонҳои зидди Мюллерӣ, ҳисоб кардани фолликулаҳои антрави ва фолликулогенез пеш аз ва баъд аз табобати ҷарроҳӣ дар занони дорои кистаҳои эндометриоид аз андозаи аз 4 сантиметр калонтар тавсиф карда шудаанд ва инчунин тавсияҳои ҷорӣ баррасӣ карда мешаванд. барои табобати занони гирифтори кистаҳои тухмдони эндометриоид, ки ба нигоҳ доштани ҳосилхезӣ нигаронида шудааст. Натиҷаҳои табобати яқоя барои кистаҳои тухмдони эндометриоид оварда шудаанд.

Калимаҳои асосӣ: кистаи тухмдони эндометриоид, безуретӣ, системэктомияи ҷарроҳӣ, сатҳи АМХ.

**ASSESSMENT OF OVARIAN RESERVE IN PATIENTS WITH
ENDOMETRIOID CYSTS AND UNREALIZED REPRODUCTIVE FUNCTION**

P.Z. Kurbanova, Z.M. Ikromova, Z.S. Odinaeva, N.J. Abdurakhmonova, B.S. Rakhimova
State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”
of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

The article describes in detail the functional state of the ovarian reserve, by determining the level of anti-Mullerian hormone, counting antral follicles and folliculogenesis before and after surgical treatment in women with endometrioid cysts larger than 4 centimeters in size, and also discusses current recommendations for the management of women with endometrioid ovarian cysts, aimed at preserving fertility. The results of combination therapy for endometrioid ovarian cysts are presented.

Key words: endometrioid ovarian cyst, infertility, surgical cystectomy, AMH level.

Актуальность. Эндометриоидные кисты представляют собой кистозные образования, возникающие в результате эндометриоза. Эндометриоз поражает примерно 10% женщин репродуктивного возраста и является частой причиной хронических болей, диспареунии, дисменореи и бесплодия. Чаще всего эндометриоз обнаруживается в малом тазу, особенно в яичниках [5, 10].

Многочисленные существующие исследования сообщают об ассоциации между эндометриомой и бесплодием. Однако абсолютная причинно-следственная связь требует дальнейшего подтверждения [2, 8]. Варианты лечения эндометриоидных кист яичников включают выжидательную тактику, медикаментозное лечение, хирургическое лечение, экстракорпоральное оплодотворение или их комбинацию. Выбор тактики лечения зависит от многих клинических параметров, которые необходимо учитывать, первый из которых является основным присутствующим симптомом [4, 16]. Учитывая повышенное внимание к патофизиологическим механизмам эндометриомы, обычно считается, что хирургическое иссечение с последующим консервативной терапией позволяет избежать дальнейшего повреждения яичников. Данные о распространённости эндометриоидных кист яичников ограничены. Тем не менее, по оценкам, от 17% до 44% женщин с эндометриозом имеют эндометриому, а у 28% из этих женщин обнаруживают двусторонние

эндометриоидные кисты яичников [3, 13]. В специфической популяции с недостаточной фертильностью примерно у 17% этих женщин обнаруживаются эндометриомы [13]. Как правило, пациентками с симптоматическим эндометриозом часто являются нерожавшие женщины репродуктивного возраста с основной жалобой на обильные или болезненные менструации. Их периоды часто длятся дольше, чем семь дней. Они могут жаловаться на хроническую тазовую боль, боль при половом акте или дефекации. Их менструации обычно регулярны, хотя у них могут быть более короткие менструальные циклы (менее 27 дней) [2, 11]. Варианты ведения эндометриоидных кист яичников включают выжидательную тактику, медикаментозное лечение, хирургическое лечение, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) в случае эндометриоза, связанного с бесплодием, или комбинацию вышеперечисленного [14]. Выбор тактики зависит от многих клинических параметров, которые необходимо учитывать, первым из которых являются основные присутствующие симптомы и размер эндометриоидных кист яичников [12].

Что касается хирургических методов, проводятся рандомизированные клинические испытания для определения хирургических методов, которые могут быть более консервативными в отношении оставшейся ткани яичника и, следовательно, более бережно относиться к овариальному резерву [9, 12]. Кроме того,

сообщалось о некоторых доказательствах того, что наличие эндометриoidных кист яичников само по себе, а не только их удаление, может быть вредным для овариального резерва [1, 9]. Как следствие, откладывание операции также может привести к повреждению овариального резерва. Muzii L. и др. в своем мета-анализе обнаружили, что у пациенток с эндометриoidными кистами яичников, не подвергшихся хирургическому вмешательству, уровень АМГ ниже, по сравнению с пациентами с неэндометриoidными кистами или со здоровым контролем, предполагая, что простое присутствие эндометриомы может снизить овариальный резерв [1, 7]. Кроме того, последние авторы обнаружили значительную отрицательную корреляцию между большим размером эндометриoidных кист яичников и более низким уровнем АМГ. Следовательно, можно заключить, что увеличение размеров эндометриомы могло быть прямо связано с поражением овариального резерва [6, 15].

Цель исследования. Оценить функциональное состояние яичников у женщин с эндометриoid-ассоциированным бесплодием, а также эффективность комбинированного лечения эндометриoidных кист.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное наблюдательное исследование функционального состояния яичников у женщин с эндометриoidной кистой яичников и эффективности комбинированного лечения. В соответствии с поставленными целями и задачами нами были обследованы и пролечены 28 пациенток. В исследование включены женщины с гистологически верифицированным диагнозом эндометриомы яичников.

Всем пациенткам проведено определение состояния частоты антральных фолликулов и уровень антимюллерового гормона

до и после оперативного лечения. Пациенткам проведено оперативное лечение в объеме лапароскопической цистэктомии с последующим назначением противоречивой гормональной терапией. Все пациентки были репродуктивного возраста с эндометриoidными образованиями яичников.

Критерии исключения из исследования: отсутствие эндометриоза яичников; наличие сочетанных факторов бесплодия (трубноперитонеальный, маточный, мужской); отказ пациентки от участия в исследовании.

Комплексное обследование пациенток кроме общепринятых лабораторных исследований включало результаты оценки анамнестических и клинических данных; трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза (на 5–7-й день от начала менструации), выполненного в режимах 2D, с использованием трансвагинального датчика с частотой 3,5 и 5,0 МГц. При проведении УЗИ особое внимание уделялось изучению данных о состоянии яичников, размерах яичников, эхоструктуре эндометриoidной кисты, критериям фолликулогенеза, в поражённых и коллатеральных яичниках, считая количество антральных фолликулов на одном эхо-срезе, оценке экзогенности стромы, показателям внутриовариального кровотока, пульсовому индексу сопротивления, кровотоку в стенке кисты. Уровень антимюллерова гормона (АМГ) в крови также определялся в динамике.

Средний возраст женщин составил $32,8 \pm 0,7$ года. Средняя длительность бесплодия - $2,7 \pm 0,1$ лет с преобладанием первичного бесплодия у 21 (75,0%) обследованных женщин. Основными клиническими проявлениями заболевания были: тазовые боли различной интенсивности - у 24 (87,3%) пациенток, дисменорея - у 7

(25,4%), диспареуния - у 3 (12,7%). У 21 (78,1%) женщин поражение яичников носило односторонний характер, у 7 (21,9%) были диагностированы двусторонние эндометриоидные кисты. Изуче-

ние результатов клинического обследования больных с эндометриоидными кистами яичников не выявило корреляции клинических проявлений заболевания с величиной кист.

Таблица 1. Клинические характеристики больных, включённых в исследование

Показатель	Общее количество больных (n=28)	
	abs.	%
Возраст, лет	32,8±0,7	
ИМТ, кг/м ²	25,5±6,44	
Родственный брак	5	20,0
Возраст менархе, лет	14,42±2,16	
Характер менструального цикла:		
- регулярные	25	92,0
- нерегулярные	2	8,0
- дисменорея	4	16,0
- скудные	1	4,0
- обильные	2	8,0
Бесплодие:		
- первичное	21	75,0
- вторичное	7	25,0
Репродуктивные потери в анамнезе	5	16,0
Перенесенные операции в анамнезе	7	24,0
Объем эндометриоидной кисты, мм ³	117,71±13,97	
Расположение эндометриоидной кисты:		
- односторонняя	19	68,0
- двухсторонняя	9	32,0
Уровень СА125, Ед/мл	55,3±28,34	

Примечание: данные представлены как среднее ± SD или n (%)

С целью определения овариального резерва использовали определение уровня антимюллерова гормона (АМГ) в сыворотке крови на 3-й день менструального цикла до лечения и через 3 месяца после лечения. Полученные результаты сопоставлялись с референсными значениями гормонов для женщин репродуктивного возраста в фолликулярную фазу менструального цикла: АМГ – 1,00–10,60 нг/мл (независимо от возраста). Среднее снижение уровня АМГ составил ±0,7 нг/мл, что является незначительным снижением овариального резерва.

Кроме этого, оценивали в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК)

индексы резистентности (ИР) в артериях, питающих яичники. Для оценки кровоснабжения яичников с помощью ультразвуковой доплерометрии использовали три различные сосудистые области, в которых регистрировали кривые скорости кровотока: яичниковая артерия; ворота яичника; паренхима яичника; стенка кисты яичника. Ультразвуковой диагноз эндометриоидных кист яичников устанавливался при визуализации следующих эхопризнаков: – однокамерное образование округлой или овальной формы; неравномерно утолщенная стенка от 1,0-6,0 мм; пристеночные гиперэхогенные включения однородной структуры диа-

метром 5-10 мм; гипо-, изо-, гиперэхогенное содержимое с несмещаемой мелкодисперсной взвесью; при ЦДК – единичные сосуды в стенке с ИР 0,5-0,6; отсутствие изменений эхоструктуры при динамическом наблюдении в разные фазы менструального цикла.

Результаты и их обсуждение. Диаметр ЭКП варьировал от 9,7 до 28,3 мм, в среднем составлял $20,2 \pm 4,4$ мм, $V_{ср} = 9,1$ мм. Внутреннее строение кисты было представлено мелкодисперсной суспензией во всех случаях наблюдения (100%); двойной контур кисты наблюдался в 20,4% (6) женщины, одиночные и/или множественные включения повышенной эхогенности визуализировались у 63% (17) женщин. У 14,8% (4) обследованных женщин единственным признаком эндометриоидной кисты была лишь мелкозернистая дисперсная суспензия. Длительность эндометриоза у исследуемых пациенток в среднем составила $2,4 \pm 0,1$ года.

Так же как и двойной контур ECL, эхо-признак наличие одиночных и/или множественных включений, повышенная эхогенность свидетельствуют о давности процесса, что подтверждается литературными данными. Эти признаки обнаружены у 60,7% (17) пациентов. Исследование функционального состояния пораженного яичника у пациентов показали, что у большинства - 22 (80,3%) - наблюдались эхо-признаки нарушения фолликулогенеза до начала терапии, количество антральных фолликулов в одном эхо-срезе составляло в среднем 2,5 фолликула. Почти у каждой второй – 13 (48,2%) – пациентки наблюдалась лютеинизация неовулировавших фолликулов.

Внутриовариальный кровоток в яичниках показал более низкие ИР – 0,56 и ПИ – 0,88.

Объем проведенного хирургического лечения включал одностороннюю и/или двустороннюю цистэктомию, адгезиолизис, хромосальпингоскопию, коагуляцию очагов эндометриоза, гистерскопию по показаниям.

В послеоперационном периоде, согласно международным и клиническим рекомендациям, проводилось эмпирическое гормональное лечение препаратом «Диенгест» в дозе 2 мг. Длительность терапии от 3 до 6 месяцев в зависимости от распространенности эндометриоза.

Заключение. Полученные данные показали, что при эндометриоидной кисте кровоснабжение стромы яичника нарушается, количество антральных фолликулов как в пораженных, так и в коллатеральных яичниках уменьшается, что приводит к снижению овариального резерва. При наличии бесплодия и эндометриоза пациентки должны быть информированы о возможном снижении овариального резерва, связанного с оперативным лечением. Проведение цистэктомии при эндометриоме яичника с последующим назначением гормональной терапии может не только в разы снизить симптомы заболевания, но и предотвратить дальнейшее снижение овариального резерва, что многократно повышает шансы на наступление беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаренко Т.А., Галкина Д.Е., Борисова Е.А. Стратегии консервативного лечения эндометриоидных кист яичников. // Гинекология. 2023. № 1 (25). С. 4-10.
2. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Бесплодие, ассоциированное с эндометриозом: от легенды к суровой реальности. // Трудный пациент. 2019. № 1-2 (17). С. 6-12.
3. Попов Э.Н., Русина Е.И., Судаков Д.С., Дымарская Ю.Р., Колешова М.А.

Альтернативный метод хирургического лечения эндометриоидных опухолей яичников с позиций сохранения овариального резерва // Журнал акушерства и женских болезней. 2019. Т. 68, № 5. С. 55-62.

4. Чернуха Г.Е., Думановская М.Р., Ильина Л.М. Овариальный эндометриоз и проблема сохранения фертильности. // Гинекология. 2021. Т. 23, № 2. С. 110-116.

5. Шмидт А.А., Гайворонских Д.И., Кремлев Д.И., Абашин В.Г. Эндометриоидная болезнь - современный взгляд на проблему. // Клиническая медицина. 2021. Т. 99, № 11-12. С. 615-620.

6. Abu Hashim H. Aromatase inhibitors for endometriosis-associated infertility; Do we have sufficient evidence? // Int. J. Fertil. Steril. 2016. Vol. 10. P. 270-277.

7. Donnez J., Taylor H.S., Taylor R.N. et al. Treatment of endometriosis-associated pain with linzagolix, an oral gonadotropin-releasing hormone-antagonist: A randomized clinical trial. // Fertil. Steril. 2020. Vol. 114. P. 44-55.

8. Exacoustos C., De Felice G., Pizzo A. et al. Isolated Ovarian Endometrioma: A History Between Myth and Reality. // J Minim Invasive Gynecol. 2018. Vol. 25 (5). P. 884-891.

9. Giudice L.C., As-Sanie S., Arjona Ferreira J.C. et al. Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: Two replicate phase 3, randomised, double-blind, studies (SPIRIT 1 and 2) // Lancet. 2022. Vol. 399. P. 2267-2279.

10. Horne A.W., Saunders P.T.K. SnapShot: Endometriosis. // Cell. 2019. Vol. 179. P. 1677.

11. Jayaprakasan K., Becker C., Mitral M. The effect of surgery for endometriomas on fertility. // BJOG. 2017. Vol. 125. e19-e28.

12. Karadağ C., Yoldemir T., Karadağ S.D., Turgut A. The effects of endometrioma size and bilaterality on ovarian reserve. // Fertil. Steril. 2018. Vol. 110. P. 122-127.

13. Kasapoglu I., Ata B., Uyaniklar O., Seyhan A., Orhan A. et al. Endometrioma-related reduction in ovarian reserve (ERROR): A prospective longitudinal study. // Fertil. Steril. 2018. Vol. 110. P. 122-127.

14. Muzii L., Di Tucci C., Di Felicianantonio M., Galati G., Di Donato V. et al. Antimüllerian hormone is reduced in the presence of ovarian endometriomas: A systematic review and meta-analysis. // Fertil. Steril. 2018. Vol. 110. P. 932-940.

15. Muzii L., Di Tucci C., Di Felicianantonio M., Galati G., Pecorella I., et al. Ovarian Reserve Reduction with Surgery Is Not Correlated with the Amount of Ovarian Tissue Inadvertently Excised at Laparoscopic Surgery for Endometriomas. // Reprod.Sci. 2019. Vol. 26. P. 1493-1498.

16. Zhang Y., Zhang S., Zhao Z., Wang C., Xu S., Wang F. Impact of cystectomy versus ablation for endometrioma on ovarian reserve: A systematic review and meta-analysis. // Fertil. Steril. 2022. Vol. 118. P. 1172-1182.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Курбанова Парвина Зиёдуловна - научный сотрудник гинекологического отдела, соискатель ГУ НИИАГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 888880049; e-mail: k_parvina@mail.ru

Икромов Зайнаб Мирзоалиевна - к.м.н., зав. отделением эндовидеохирургии ГУ НИИАГиП МЗиСЗН РТ

Одинаева Замира Саидмухамедовна - врач акушер-гинеколог отделения
эндовидеохирургии, гинекологического отдела ГУ НИИАГиП МЗиСЗН РТ
Абдурахмонова Нигора Джамолиддиновна - к.м.н., врач акушер-гинеколог отделения
эндовидеохирургии, гинекологического отдела ГУ НИИАГиП МЗиСЗН РТ
Рахимова Бунавша Саъатовна - к.м.н., научный сотрудник гинекологического отдела
ГУ НИИАГиП МЗиСЗН РТ

УДК 618. 616.97

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

М.М. Мирзоева, Г.А. Раджабова, М.О. Яхёева, З.Х. Паноева, Р.Х. Ёракова
*Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»
ГУ «Городской медицинский центр здоровья №7»*

Цель исследования. Оптимизация диагностики хламидийной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом в динамике беременности.

Материал и методы. Обследовано 40 беременных женщин: 19 первородящих и 21 повторнородящая. Возраст пациенток составил от 20 до 38 года. Все женщины были с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Результаты. Среди обследованных беременных отмечалась высокая инфицированность: у 13/40 (32,5%) женщин была выявлена та или иная урогенитальная инфекция (УГИ) вирусной или бактериальной этиологии.

Заключение. Оптимизация диагностики хламидийной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом может своевременно обеспечить адекватную медикаментозную коррекцию в целях профилактики развития внутриутробной инфекции.

Ключевые слова: хламидийная инфекция, диагностика, беременные, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез, ПЦР в реальном времени.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАШХИСИ СИРОЯТИ ХЛАМИДИОЗЌ ДАР ЗАНОНИ ҲОМИЛА

М.Б. Мирзоева, Г.А. Раҷабова, М.О. Яхёева, З.Х. Паноева, Р.Х. Ёракова
*Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино
Маркази шаҳрият саломатии №7, ш. Душанбе*

Мақсад. Оптимизацияи ташхиси сирояти хламидиали дар занони ҳомиладор бо таърихи вазнини акушер ва гинеколог дар давраи ҳомиладор буд.

Мавод ва усулҳо. 40 нафар занони Хомиладор муоина карда шуданд: 19 нафари авалия ва 21 нафари бисёрсола. Синну намаки бемор аз 20 то 38-сола буд. Хамаи занҳо таърихи вазнини акушер ва гинеколог доштанд.

Натичаҳо. Дар байни занони ҳомиладори муоинашуда сатҳи баланди сироят ба қайд гирифта шудааст: 13/40 (32,5%) занҳо бо ягон намуди сирояти урогениталӣ (UGI) этиологияи вирусӣ ё бактериявӣ таъхис карда шуданд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, тавассути оптимизатсияи таъхиси сирояти хламидиалӣ дар занони ҳомиладор, ки таърихи вазнини акушерӣ ва гинекологӣ доранд, мо метавонем сари вақт воситаҳои мувофиқи ислоҳи доруҳоро ҷустуҷӯ кунем, то рушди сирояти дохили бачадонро пешгирӣ кунем.

Калимаҳои асосӣ: сирояти хламидиалӣ, таъхис дар занони ҳомиладор бо таърихи вазнини акушерӣ ва гинекологӣ, ПСР дар вақти воқеӣ.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS OF CHLAMYDIAL INFECTION IN PREGNANT WOMEN

M.B. Mirzoeva, G.A. Radzhabova, M.O. Yakheeva, Z.K.Panoeva, Yorakova R.H.

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

of the Avicenna Tajik State Medical University

City Medical Health Center No. 7, Dushanbe

Aim. Was to optimize the diagnosis of chlamydial infection in pregnant women with a burdened obstetric and gynecological history over the course of pregnancy.

Material and methods. 40 pregnant women were examined: 19 primiparous and 21 multiparous. The age of the patients ranged from 20 to 38 years. All women had a burdened obstetric and gynecological history.

Results. Among the examined pregnant women, there was a high level of infection: 13/40 (32.5%) women were diagnosed with some kind of urogenital infection (UGI) of viral or bacterial etiology.

Conclusions. Thus, by optimizing the diagnosis of chlamydial infection in pregnant women with a burdened obstetric and gynecological history, we can promptly search for adequate means of drug correction in order to prevent the development of intrauterine infection in them.

Key words: chlamydial infection, diagnosis in pregnant women with a burdened obstetric and gynecological history, real-time PCR.

Актуальность. Установлено, что хламидийная инфекция может быть частой причиной для бесплодного брака, поскольку она оказывают неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье как женщин, так и мужчин. Но и при наступившей беременности хламидии вызывают серьезный риск внутриутробного инфицирования плода и неблагоприятного исхода беременности [2, 4, 5].

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, беременные жен-

щины болеют хламидиозом с частотой 2-37%. При этом частота выявления хламидийной инфекции в случае, если женщина страдает заболеваниями в области малого таза, составляет почти 70% [1, 3].

Цель исследования. Оптимизация диагностики хламидийной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом в динамике беременности.

Материал и методы исследования. Было обследовано 40 беременных женщин: 19

первородящих и 21 повторнородящая. Возраст пациенток составил от 20 до 38 лет.

Все женщины были с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Исследование проводилось в динамике, начиная с 16-24 недель беременности.

При обследовании пациенток были применены вирусологический, молекулярно-биологический (ПЦР) и серологический (ИФА) методы. В качестве клинического материала у беременных женщин были изучены кровь и урогенитальные соскобы.

Для оценки параметров гуморального ответа исследовали сыворотки крови ИФА на наличие специфических анти-антител (АТ) классов IgM и IgG. Определяли также активность антител, которую выражали в титрах, и авидность IgG-АТ, о которой судили по индексу авидности (ИА).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных беременных отмечалась высокая инфицированность: у 13/40 (32,5%) женщин была выявлена та или иная урогенитальная инфекция (УГИ) вирусной или бактериальной этиологии. При подробном изучении анамнеза было обнаружено, что смешанная урогенитальная инфекция была выявлена у 21/40 (52,5%) беременных женщин. В структуру инфицирования входил целый спектр возбудителей УГИ: *ureaplasma urealiticum*, *micoplasma hominis*, *toxoplasma gondii*, *gardnerella vaginalis*, *candida albicans*, *human papillomavirus*. У 22/40 (55%) беременных женщин был обнаружен единственный возбудитель УГИ: *ureaplasma urealiticum* – у 15 (37,5%), *micoplasma hominis* – у 4 (10%). При этом жалобы пациентки не предъявляли и клинических признаков инфекции не отмечено.

Gardnerella vaginalis обнаружена у 3 (7,5%).

На первом этапе обследования женщин был проведен сравнительный анализ частоты выявления прямых маркеров *chlamidia trachomatis*. Пациентку считали инфицированной, если маркер вируса был обнаружен хотя бы в одном изученном клиническом материале. В течение всего периода обследования у 18/40 (45%) беременных были выявлены маркёры *chlamidia trachomatis*. Ни у одной из этих женщин во время обследования не было обнаружено каких-либо клинических проявлений. При этом *chlamidia trachomatis* была обнаружена у 18/40 (45%) беременных.

У одной из этих женщин беременность закончилась самопроизвольным выкидышем во втором триместре беременности. В третьем триместре беременности впервые маркёры *chlamidia trachomatis* были выявлены у 3 (7,5%) из 40 беременных. Серологическое исследование показало, что у одной женщины антитела к *chlamidia trachomatis* отсутствовали. У 2 (5,5%) женщин произошла реактивация инфекции, при этом у одной женщины были выявлены высокоавидные IgG-АТ с высокими титрами 1:320, у другой титр антител составил 1:20.

Последнее обследование женщин перед родами показало, что у 3 (7%) беременных впервые была обнаружена хламидийная инфекция, несмотря на присутствии антител к *chlamidia trachomatis*, что свидетельствует о реактивации *chlamidia trachomatis*. У 4 (10%) беременных маркёры *chlamidia trachomatis* выявлялись на протяжении всего обследования.

Заключение. Таким образом, маркёры хламидийной инфекции выявляли у 40 беременных быстрым культуральным методом, методами ПЦР, ПЦР в реальном

времени и серологическими методами. Показано, что наиболее часто маркёры инфекции выявлялись в урогенитальных соскобах (15,4%) и в моче (11,4%), достоверно реже - в крови (2,3%). Показано, что метод ПЦР в реальном времени является методом выбора для диагностики хламидийной инфекции у беременных женщин с ОАГА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акиншина С.В. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве. М.: Мединформагентство, 2016. 448 с.
2. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В. Вирусные инфекции и беременность. – М.: Дипак, 2005. 176 с.

3. Bursrein D.N. Sexually transmitted treatment guidelines. // Current Opinion in Pediatrics. 2013. Vol. 15. P. 391-397.

4. Barad A., Vica M.L., Matei H.V., Grad D.R., Coman I., Tataru D.A. Polymerase Chain Reaction as a Diagnostic Tool for Six Sexually Transmitted infections-Preliminary Results // Clujul Med. 2015. Vol. 88 (1). P. 33-37.

5. Honkila M., Wikstrom E., Renko M. et al. Probability of vertical transmission of Chlamydia trachomatis estimated from national registry data. // Sex Transm infect. 2017. Vol. 93 (6). P. 416-420.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

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

Раджабова Гавхар Абдусаломовна - врач акушер-гинеколог Городского медицинского центра здоровье №7

Яхёева Манзура Облобердиевна - врач акушер-гинеколог Городского медицинского центра здоровье №7

Паноева Зулфия Хочаевна - врач акушер-гинеколог Городского медицинского центра здоровье №7

Ёракова Раджабомах Хушмадовна - врач акушер-гинеколог, Городского медицинского центра здоровье №7; тел.: (+992) 884350033

УДК 612.171.7

ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У РОДИЛЬНИЦ И СТРАТИФИКАЦИЯ ЕЁ РИСКА

А.А. Мурадов, А.М. Мурадов, А.В. Пырегов, Т.Ш. Икромов,
М.С. Рустамова, О.В. Шумилина

ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

*ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан»*

ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», РФ

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

Цель исследования. Разработать стратификацию риска развития органных/системных дисфункций/недостаточности у беременных, рожениц и родильниц (балльная оценка).

Материал и методы. Исследовано 180 родильниц с органными и системными дисфункциями, разделённых на группы с доминирующим повреждением почек, с преобладающим клиническим течением острой печёночной недостаточности, с временным преобладанием симптомов острого респираторного дистресс-синдрома/лёгочного повреждения.

Результаты. Шкала включает 4 раздела: акушерский анамнез, беременностей, родов и органов/систем. Содержит 35 вопросов, каждый с 3 вариантами ответа (0, 1 или 2 балла). Баллы интерпретируются так: 0-10 баллов - низкий риск, 11-35 баллов - средний риск (требуется дополнительные исследования), 35-70 баллов - высокий риск (требуется исследование и лечение). Высокий риск при наличии заболеваний/осложнений органов/системы указывает на развитие органной/системной дисфункции или недостаточности.

Заключение. Внедрение шкалы даёт возможность прогнозировать и предотвращать органную дисфункцию, снижая материнскую заболеваемость и смертность.

Ключевые слова: полиорганная недостаточность, сепсис, стратификация риска, осложнения в акушерстве.

ТАБАКАБАНДИИ ХАТАРИ ИНКИШОФИ ИХТИЛОЛИ УЗВҲО/СИСТЕМАҲО ДАР ЗАНОНИ ҲОМИЛА

А.А. Мурадов, А.М. Мурадов, А.В. Пырегов, Т.Ш. Икромов,
М.С. Рустамова, О.В. Шумилина

МД «Маркази илмии шаҳрии эҳё ва детоксикация»-и

Раёсати тандурустии ш. Душанбе

*МДТ "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи
тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон "*

Маркази вилоятии перинаталии Москва

МД "Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатология"-и

Вазорати Тандурустӣ ва ҳифзи ҷуғрофияи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Ташақкул додани табақабандии хатарии инкишофи ихтилоли узвҳо/системаҳо дар занони ҳомила, занони давраи таваллуд ва баъди таваллуд (баҳодиҳии ҳол).

Мавод ва усулҳо. Мо 180 занонро пас аз таваллудро бо нуқсонҳои узвҳо ва системаҳо, ки ба гурӯҳҳо бо бартарии норасоии шадиди гурдаҳо, бо бартарии норасоии шадиди чигар ва бо бартарии синдроми дистресси шадиди респираторӣ/осебӣ шуш тақсим шудаанд, омӯхтем.

Натиҷаҳо. Қадвал аз 4 бахш иборат аст: анамнези акушерӣ, ҳомиладорӣ, таваллуд ва узвҳо/системаҳо. Он 35 саволро дар бар мегирад, ки ҳар кадоми онҳо 3 варианти ҷавоб (0, 1 ё 2 ҳол) дорад. Ҳолҳо ба таври зерин шарҳ дода мешаванд: 0-10 ҳол - хатарии паст, 11-35 ҳол - хатарии миёна (таҳқиқоти иловагӣ лозим аст), 35-70 балл - хатарии баланд

(тахқиқот ва табобат лозим аст). Хавфи баланд ҳангоми мавҷудияти бемориҳои узв/система/асодат аз инкишофи вайроншавии узв/система ё нокомии он шаҳодат медиҳад.

Хулоса. Ҷорӣ кардани микёс барои пешгӯӣ ва пешгирии вайроншавии узвҳо, коҳиш додани бемориҳо ва марги модарон кӯмак мекунад.

Калимаҳои асосӣ: норасоии бисёрӯзва, сепсис, табакабанди хавф, аворизҳо дар акушерӣ ва гинекологӣ

RISK STRATIFICATION OF ORGAN/SYSTEM DYSFUNCTION/FAILURE IN PREGNANT WOMEN

A.A. Muradov, A.M. Muradov, A.V. Pyregov, T.Sh. Ikromov,
M.S. Rustamova, O.V. Shumilina

*State Establishment «City Scientific Center of Reanimation and Detoxification»
of the Dushanbe Health Department*

*State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere
of the Republic of Tajikistan”*

Moscow Regional Perinatal Center, Russia

*State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”
of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan*

Aim. To develop a risk stratification of organ/system dysfunction/failure in pregnant women, parturients, and postpartum women (scoring assessment).

Material and methods. A total of 180 postpartum women with organ and systemic dysfunction were studied and categorized into groups with dominant kidney damage, predominant clinical course of acute liver failure, or temporary predominance of symptoms of acute respiratory distress syndrome/pulmonary injury.

Results. The scale comprises four sections: anamnesis of an obstetrician, pregnancies, deliveries, and organs/systems. It consists of 35 questions, each with three response options (0, 1, or 2 points). Scores are interpreted as follows: 0-10 points - low risk, 11-35 points - moderate risk (requiring additional investigations), 35-70 points - high risk (requiring further investigations and treatment). High risk in the presence of organ/system diseases/complications indicates the development of organ/system dysfunction or failure.

Conclusion. Implementing this scale will aid in predicting and preventing organ dysfunction, reducing maternal morbidity and mortality.

Key words: multiorgan failure, sepsis, risk stratification, obstetric complications.

Актуальность. Уровень материнской смертности является ключевым демографическим показателем развития. В 2017 году было 295 000 случаев материнской смертности с глобальным коэффициентом в 211 случаев на 100 000 родов. Международное сообщество, в том числе Россия и

Таджикистан, обязались снизить материнскую смертность до 70 случаев на 100 тысяч родов к 2030 году [1-4].

Согласно отчётным данным, в Республике Таджикистан в 2019 и 2020 годах в структуре материнской смертности преэклампсия (ПЭ) составила 27,0% и 26,3%,

эклампсия (ЭК) - 10,8% и 10,5%, HELLP-синдром - 4,4% и 2,6%, акушерские кровотечения - 5,4% и 6,3%, эмболия околоплодными водами - 21,6% и 23,7%, септические осложнения - 10,8% и 2,6%, соответственно. В среднем за этот период времени материнская смертность составила - 22,7%, хотя имеется высокий статистический разброс по различным регионам республики [2, 3]. Перечисленные осложнения также могут способствовать развитию полиорганной недостаточности, которая является одной из главных причин смертности в акушерстве-гинекологии.

Несмотря на высокие показатели материнской смертности в Таджикистане до сих пор не разработана стратификация риска развития органных/системных дисфункций/недостаточности в акушерстве, которая могла бы предотвратить многие случаи полиорганной недостаточности, тем самым способствовать снижению материнской заболеваемости и смертности, что и указывает на актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Разработать стратификацию риска развития органных / системных дисфункций / недостаточности у беременных, рожениц и родильниц (балльная оценка).

Материал и методы исследования. Исследование основано на результатах комплексной диагностики и лечения 180 родильниц с органными и системными дисфункциями, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии, гемодиализа Государственного учреждения «Городской научный центр реанимации и детоксикации» (ГНЦРиД) УЗ г. Душанбе.

Из 180 родильниц с временной доминирующей органной недостаточностью и другими сопутствующими дисфункция-

ми/недостаточностью органов/систем ретроспективную группу родильниц (РГР) составили 80 пациенток, из которых 30 с доминирующим повреждением почек (ОПП), 25 пациенток с преобладающим клиническим течением острой печёночной недостаточности (ОПечН), 25 пациенток с временным преобладанием симптомов острого респираторного дистресс-синдрома / лёгочного повреждения (ОРДС /ОЛП); проспективную группу родильниц (ПГР) составили 100 пациенток, которым проведены новые методы диагностики и оптимизированная комплексная интенсивная терапия, из которых 40 пациенток с преобладанием ОПП, 30 пациенток – с ОПечН, 30 пациенток - с ОРДС/ОЛП; контрольная группа – 30 практически здоровых женщин детородного возраста (ПЗЖДВ).

Возраст родильниц с органными дисфункциями колебался от 19 до 40 лет, при этом преобладали женщины от 20 до 34 лет (77,8%), а женщин в возрасте до 19 лет было всего 12,2%.

В ретроспективной и проспективной группах родильниц возрастной аспект статистически значимых изменений не показал, что дало возможность проводить адекватный сравнительный анализ основных показателей.

Полученные данные указывают на то, что послеродовые осложнения в виде органных дисфункций могут возникать в любом репродуктивном возрасте и их развитие зависит от многих негативных факторов риска, имеющих во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Одним из обязательных компонентов проспективного исследования явилось проведение исследований всех показателей по шкале APACHE III и SOFA, необходимо отметить, что часть историй болезни при ретроспективном исследовании не содер-

жали оценку по APACHE и SOFA, однако содержали результаты по необходимым показателям

Диагностика и лечение ДВС-синдрома и острой кровопотери осуществлялись согласно клиническим рекомендациям «Анестезия и интенсивная терапия при массивной кровопотере в акушерстве» [18].

Стадии ОПП классифицированы согласно рекомендациям KDIGO и клиническим рекомендациям «Острое повреждение почек» [14]. Диагноз ОПечН установлен по критериям Европейской ассоциации по изучению заболеваний печени [24]. ОРДС/ОЛП классифицировали по критериям «Согласительной конференции экспертов по ОРДС» в Берлине и клинические рекомендации Общероссийской общественной организации Федерация анестезиологов и реаниматологов «Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома» [14, 19].

Оценку степени тяжести кровотечения проводили критериям ATLS. Всем родильницам с кровотечениями проводились мероприятия в рамках клинических рекомендаций «Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях» [19].

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты показали, что наиболее часто органные дисфункции в ретроспективной и проспективной группах возникали: в 20-24 года - 32,5% и 32,0%, в 25-29 лет - 28,8% и 30,0%, в 30-34 года - 17,5% и 15,0%, до 19 лет - 11,3% и 13,0%, в 35 - 39 лет - 8,8% и 9,0% соответственно.

Полученные данные указывают на то, что послеродовые осложнения в виде орган-ных дисфункций могут возникать в любом репродуктивном возрасте и их развитие зависит от многих негативных факторов

риска, имеющихся во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Оценка состояния большей части родильниц РГР и ПГР при оценке по шкале APACHE II находились в пределах до 60 баллов – 41,25% и 41,0% соответственно, до 90 баллов - 33,75% и 33,0% соответственно. Самый неблагоприятный исход при оценке более 90 баллов прогнозировался у 25,0% и 26,0% родильниц соответственно.

Всем обследованным родильницам проводили оценку по шкале SOFA, при этом было установлено, что у родильниц РГР и ПГР сумма баллов находились в пределах 13-16 баллов (46,25% и 46,0%), 17-20 баллов (31,25% и 31,0%) и самый неблагоприятный исход - 21-24 баллов прогнозировался у 22,5% и 23,0% родильниц соответственно. Сравнительный статистический анализ показал, что различия в результатах оценки по APACHE II и SOFA не имели достоверных значений.

Из 100 родильниц в ПГР у 70 (70,0%) при поступлении в ГНЦРиД выставлен диагноз «сепсис», 20 (20,0%) из них перенесли септический шок. Необходимо отметить, что в РГР более чем у 70-80% родильниц по данным истории болезни и выписок имелись их клинические и лабораторные признаки, но при этом диагнозы «сепсис» и «септический шок» выставлены в 25 (31,2%) и 12 (15,0%) случаях соответственно, вследствие чего проведена неадекватная диагностика и несвоевременная интенсивная терапия этого контингента пациенток, что повлияло на общую кратковременную госпитальную смертность.

Среди обследованных нами пациенток выявлено, что в ретроспективной группе при доминирующем повреждении почек родильницы с сепсисом составили 17,5%, в проспективной - 21,25%, септическим

шоком - 6,25% и 5,0% соответственно; среди родильниц с доминирующим ОПечН - 11,25% и 7,5% в ретроспективной и 15,0% и 5,0% в проспективной группах соответственно, среди доминирующего ОРДС/ОЛП сепсис диагностирован у 17,5% и 11,25% в ретроспективной и у 22,5 и 10,0% в проспективной группах соответственно.

Анализ причин, приведших к органным осложнениям, показал, что тяжесть больных при поступлении в ГНЦРиД была обусловлена органными осложнениями, которые разделены на 3 категории: до родов; во время родов; после родов

Ведущей причиной осложнений в группе исследования до родов является пре- и эклампсия: в ретроспективной группе - 66,3%, в проспективной - 60,0%. У 22,5% больных ретроспективной и 22,0% проспективной групп развилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в 18,8% и 22,0% соответственно - преждевременные роды.

До родов ДВС-синдром наблюдался у 18,8% РГР и 20,0% ПГР, частота таких осложнений, как преждевременное излитие околоплодных вод (13,8% и 14,0% соответственно), первичная слабость и аномалии родовых сил (10,0% и 11,0% соответственно) почти не отличались в обследованных группах родильниц.

Изучение причин осложнений во время родов в РГР и ПГР показало, что среди них чаще всего наблюдались острая массивная кровопотеря (68,8% и 71,0%); атоническое маточное кровотечение (37,5% и 37,0%); преэклампсия и эклампсия (31,3% и 30,0%); интранатальная гибель плода с выраженной гипоксией плода и матери (11,3% и 12,0%); HELLP-синдром (7,5% и 7,0%) и оперативные вмешательства (2,5% и 3,0%) соответственно.

Результаты исследования послеродовых причин, приведших к осложнениям у родильниц, выявили, что в ретроспективной и проспективной группах превалировал ДВС-синдром - в 23,8% и 24,0% случаев соответственно. В 8,8% случаев в РГР и в 10,0% случаев в ПГР отмечена послеродовая преэклампсия и эклампсия. Рецидивирующие кровотечения развились в 10,0% случаев в ретроспективной и проспективной группах. Повторные оперативные вмешательства и послеродовая инфекция были в 7,5% и 8,8% случаев в РГР и 8,0% в ПГР.

Как показал анализ основных причин органных дисфункций, в обеих группах превалируют острые массивные послеродовые кровотечения. Все кровопотери нами разделены на ранние (до 24 часов), или первичные, и поздние (более 24 часов), или вторичные. Самой частой причиной острого массивного кровотечения у родильниц в обеих группах является снижение тонуса матки и атония матки. Так, в РГР из 62 родильниц с органными осложнениями они отмечались у 82,3%, в ПГР из 77 у 81,8%. На втором месте - послеродовая инфекция - 42,9% и 44,4% соответственно. Далее примерно одинаково наблюдались травма мягких тканей родовых путей, разрыв матки и субинволюция матки - 22,6% и 22,1%; 21,4% и 22,2% соответственно. Реже отмечались задержка частей плаценты и оболочек и врожденные дефекты гемостаза. Так, в РГР они имелись по 14,3%, в ПГР - по 16,7%. Меньше всего развивалось плотное прикрепление, врастание плаценты, остатки плаценты - в РГР и ПГР 14,5% и 14,3%.

Выраженные сдвиги системы гемостаза выявлены у всех обследованных родильниц, при этом у части родильниц выявлялись 2 или 3 фактора, способствовавшие

кровопотере и последующему развитию нарушений системы гемостаза и ДВС-синдрома разной стадии.

На втором месте среди причин, вызвавших органные осложнения, у родильниц является ПЭ и ЭП.

У родильниц с доминирующим течением ОПечН проанализированы причины, каковыми были цитотоксические и цитопатические, действующими отдельно или в совокупности, которые возможно присутствовали во время беременности и проявились во время или после родов.

Ретроспективный и проспективный анализ показал, что наиболее частыми причинами развития доминирующего ОПечН у родильниц были: гемодинамические нарушения, установленные у всех (100,0%) обследованных женщин обеих групп. Острые и персистирующие вирусные гепатиты были установлены у 8 (32,0%) и 10 (33,3%) родильниц обследованных групп соответственно. При этом анализ структуры гепатита показал, что наиболее часто выявлялись HBeAg – 5 (20,0%) и 7 (23,3%); затем: HCV – 2 (8,0%) и 2 (6,7%) и HA – 1 (4,0%) и 1 (3,3%), соответственно у родильниц РГР и ПГР. Идиосинкразия, то есть лекарственный гепатит или осложнения анестезии по частоте также особо не отличались, составляя – 3 (12,0%) и 3 (10,0%) в группах соответственно. Частота HELLP-синдрома составила 8,0% и 6,7% и острой жировой дистрофии – 4,0% и 3,3%, то есть по 2 и 1 случая в каждой группе РГР и ПГР соответственно.

Одним из факторов риска развития осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде является наличие коморбидной патологии на фоне низкого индекса здоровья.

Проведённые исследования структуры сопутствующей патологии у родильниц с

органными дисфункциями показали, что фактически более чем у 2/3 пациенток выявлены различные хронические заболевания. В анамнезе у большинства родильниц, обследованных ретроспективно и проспективно, по клиническим и лабораторным данным были выявлены: исходная анемия до родов разной степени выраженности у 55 (68,8%) и 72 (72,0%), соответственно, которая являлась фактором высокого риска нарушений системы гемостаза и развития острого массивного акушерского кровотечения (ОМАК). После анемии по частоте выявления следующее место занимает патология почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, нефро- и пиелоктазии, гидронефроз, мочекаменный диатез и мочекаменная болезнь) составляя 73 (73,0%) и 52 (65,0%), соответственно.

Достаточно часто у родильниц с органными дисфункциями выявлялись эндокринные заболевания: в РГР - 18 (22,5%), в ПГР - 19 (19,0%), патология сердечно-сосудистой системы – 11 (13,8%) и 19 (19,0%), заболевания ЖКТ – 12 (15,0%) и 17 (17,0%), заболевания печени – 6 (7,5%) и 15 (15,0%), дыхательной системы - 10 (12,5%) и 14 (14,0%), иммунная патология – 6 (7,5%) и 10 (10,0%) соответственно в РГР и ПГР, при статистической обработке разница показателей между группами была однородной.

Таким образом, полученные данные о коморбидности среди обследованных нами больных ещё раз указывают на наличие факторов риска, низкий индекс здоровья, у 2/3 имелось сочетание одного основного органного и экстрагенитального заболеваний, что являлось патогенетическим фоном развития осложнений, патологических сдвигов основных показателей гомеостаза и органных дисфункций. У родильниц имеются общие причины, факторы риска, наличие коморбидных

заболеваний, системных дефектов в диагностике и тактике лечения на этапах беременности, родов и в послеродовом периоде, приведшие к органическим дисфункциям, при этом начальное развитие доминирующей недостаточности органа (ОПП, ОПечН, ОЛП) обусловлено предрасположенностью, многофакторностью и связано с отсутствием общепринятой стратификации развития органической дисфункции и соответствующих алгоритмов диагностики и профилактики.

Вследствие высокой материнской смертности у родильниц с органическими дисфункциями нами разработана балльная оценка стратификации развития органической дисфункции/недостаточности, основанная на факторах риска включающих анамнез, патологию во время беременности, родов и в послеродовом периодах, а также функциональные нарушения органов и систем.

Шкала состоит из 4 разделов, в том числе акушерский анамнез; патология при беременности, во время и после родов и функциональное состояние органов/систем, которые включают 35 вопросов. По каждому из вопросов имеется 3 варианта ответа, каждый ответ соответствует баллу 0, 1 или 2. Суммарность баллов за все вопросы интерпретируются следующим образом: низкий риск: 0-10 баллов - не требует дополнительных действий; средний риск: 11-35 баллов - указывает на проведение дополнительных исследований по органам и системам и высокий риск: 35-70 баллов - требует дополни-

тельных исследований и лечения по органам и системам.

Наличие заболеваний/осложнений органа / системы вместе со средним / высоким риском стратифицирует развитие органической/системной дисфункции или недостаточности.

Заключение. Внедрение и применение «Стратификации риска развития органических/системных дисфункций / недостаточности у женщин в гестационном периоде (балльная оценка)» позволит спрогнозировать развитие органической дисфункции/недостаточности и провести профилактические организационные и лечебные мероприятия, что повлияет на снижение материнской заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная Организация Здравоохранения. (2016). План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья. [режим доступа: https://who-sandbox.squiz.cloud/__data/assets/pdf_file/0/011/323210/Action-plan-sexual-reproductive-health-ru.pdf]
2. Ежегодный статистический сборник Центра статистики и информации МЗиСЗН РТ. Душанбе, 2019
3. Ежегодный статистический сборник Центра статистики и информации МЗиСЗН РТ. Душанбе, 2020
4. Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года. Душанбе: ООО «Контраст», 2016. 87 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Мурадов Амиршер Алишерович – к.м.н., зам. директора по науке ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»; тел.: (+992) 900003456; e-mail: Amirsher_Muradov@mail.ru

Мурадов Алишер Мухтарович – д.м.н., профессор, академик АМТН РФ, зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; тел.: (+992) 900730110

Пырегов Алексей Викторович – д.м.н., профессор, заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», главный внештатный специалист МЗ Московской области по анестезиологии-реаниматологии в акушерстве, член Координационного Совета, председатель Комитета по анестезиологии-реаниматологии в акушерстве-гинекологии Ассоциации анестезиологов-реаниматологов, член Правления Национальной Ассоциации Специалистов Менеджмента крови пациента, город Москва, Российская Федерация

Икромов Турахон Шарбатович – д.м.н., академик АМТН РФ заведующий кафедрой детской анестезиологии и реаниматологии, детоксикологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Рустамова Мехринисо Сангиновна – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Шумилина Ольга Владимировна – к.м.н., доцент, ассистент кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, учёный секретарь ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»; тел.: (+992) 900002345; e-mail: oshumilina2008@yandex.ru

УДК 52-726

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН (обзор литературы)

А.А. Мурадов, А.М. Мурадов, М.М. Ризоев, З.К. Косимов,
Х.Д. Неъмонов, О.Р. Неъмонова, М.Ш. Исмоилова

ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Статья посвящена исследованию эффективности плазмафереза в лечении различных заболеваний и состояний, связанных с женским здоровьем. В статье рассматриваются такие ключевые темы, как гестоз, тяжёлые формы раннего токсикоза, синдром гиперстимуляции яичников, сальпингоофорит, климактерический синдром, предменструальный синдром, привычное невынашивание беременности и резус-конфликт во время беременности. Статья подробно описывает применение плазмафереза как вспомогательного метода лечения указанных состояний, обсуждая его эффективность и потенциальные преимущества. Подчеркивается важность правильного применения плазмафереза в лечении данных заболеваний, а также его показания и противопоказания.

Ключевые слова: плазмаферез, гестоз, тяжёлые формы раннего токсикоза, синдром гиперстимуляции яичников, сальпингоофорит, климактерический синдром, предменструальный синдром, привычное невынашивание беременности, резус-конфликт во время беременности.

ИСТИФОДАИ ПЛАЗМАФЕРЕЗ ҲАНГОМИ БАЪЗЕ БЕМОРИҲОИ АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

А.А. Мурадов, А.М. Мурадов, М.М. Ризоев, З.К. Косимов,
Х.Д. Неъмонов, О.Р. Неъмонова, М.Ш. Исмоилова

МД «Маркази илмии шаҳрии эҳё ва детоксикация»-и

Раёсати тандурустии ш. Душанбе

МДТ "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон "

Мақола ба омӯзиши самаранокии плазмаферез дар муолиҷаи бемориҳо ва ҳолатҳои гуногун, ки бо саломатии занон вобаста аст бахшида шудааст. Дар мақола чунин мавзӯҳои асосӣ ба монанди гестоз, шаклҳои вазнини токсикозҳои барвақт, синдроми гиперстимуляцӣи тухмдонҳо, сальпинго-оофорит, синдроми менопауза, давраи климактерикӣ, қатъи ҳомиладорӣи одатишуда ва конфликти Rh ҳангоми ҳомиладорӣ баррасӣ мешаванд. Дар мақола истифодаи плазмаферез ҳамчун табобати ёрирасон барои ин ҳолатҳо муфассал шарҳ дода шудааст, ки самаранокӣ ва манфиатҳои эҳтимолии онро баррасӣ мекунад. Аҳамияти дуруст истифода бурдани плазмаферез дар муолиҷаи ин бемориҳо, нишондодҳо ва зидди нишондодҳои он кайд карда мешавад.

Калимаҳои асосӣ: плазмаферез, гестоз, шаклҳои вазнини токсикозҳои барвақт, синдроми гиперстимуляцӣи тухмдонҳо, сальпингоофорит, синдроми менопауза, давраи климактерикӣ, қатъи ҳомиладорӣи одатишуда, конфликти Rh дар давраи ҳомиладорӣ.

EFFECTIVENESS OF PLASMAPHERESIS IN THE TREATMENT OF VARIOUS DISEASES AND CONDITIONS RELATED TO WOMEN'S HEALTH

A.A. Muradov, A.M. Muradov, M.M. Rizoev, Z.K. Kosimov,
K.D. Nemonov, O.R. Nemonova, M.S. Ismoilova

*State Establishment «City Scientific Center of Reanimation and Detoxification»
of the Dushanbe Health Department*

*State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere
of the Republic of Tajikistan"*

The article is devoted to the study of the effectiveness of plasmapheresis in the treatment of various diseases and conditions related to women's health. The article discusses such key topics as gestosis, severe forms of early toxicosis, ovarian hyperstimulation syndrome, salpingoophoritis, menopausal syndrome, premenstrual syndrome, habitual non-pregnancy, and Rh conflict during pregnancy. The article describes in detail the use of plasmapheresis as

an adjunctive treatment method for these conditions, discussing its efficacy and potential benefits. The importance of proper application of plasmapheresis in the treatment of these diseases is emphasized, as well as its indications and contraindications.

Key words: plasmapheresis, gestosis, severe forms of early toxicosis, ovarian hyperstimulation syndrome, salpingoophoritis, menopausal syndrome, premenstrual syndrome, habitual miscarriage of pregnancy, Rh conflict during pregnancy.

Актуальность. Плазмаферез (ПФ) - эффективный метод очистки крови от вредных веществ и биологически активных веществ - давно занимает важное место в медицинской практике. Однако его применение в акушерстве и гинекологии в последние десятилетия приобрело особую активность и значимость. Современные исследования и клинические наблюдения подтверждают, что ПФ становится мощным инструментом для улучшения результатов лечения и поддержания здоровья женщин в репродуктивном возрасте. Этот метод активно используется для решения различных медицинских задач, начиная от лечения тяжёлых аутоиммунных заболеваний, связанных с репродуктивной системой, поддержания беременности при наличии определённых состояний и заканчивая осложнениями беременности и родов [1-8].

В данной статье рассматриваются некоторые современные аспекты применения ПФ в акушерстве и гинекологии в Таджикистане.

ПФ используется при комплексном лечении гестоза. ПФ применяется с целью нормализации микроциркуляции и реологии крови; удаления из крови среднемолекулярных токсинов, иммунных и фибриномономерных комплексов, ингибиторов эритропоэза; стимуляции антитромбиновой активности, фибринолиза; нормализации проницаемости базальной мембраны клубочков почек и, тем самым, снижения протеинурии и нормализации протеинограммы; пролонгирования беременности;

подготовки к родоразрешению; устранения полиорганных нарушений; предупреждения развития тяжёлого гестоза.

ПФ используется при комплексном лечении раннего токсикоза беременных, причины появления которого на ранних сроках до конца не изучены. Влияние токсикоза на риск преждевременных родов связано с его негативными последствиями для матери и плода. Постоянные рвота и тошнота могут привести к обезвоживанию и недостатку питательных веществ, что может привести к ослаблению плода и его недостаточному развитию. ПФ применяется с целью элиминации из крови иммунных, метаболических, нейрорегуляторных, гормональных факторов, вырабатываемых в ответ на формирование и последующее развитие эмбриона.

ПФ включается в комплексное лечение женщин с хроническим кольпитом, цервицитом, сальпингоофоритом, эндометритом, обусловленными длительной персистенцией генитальной бактериально-вирусной инфекции (хламидии, вирус генитального герпеса, цитомегаловирус, стафилококк и др.). ПФ применяется с целью улучшения общего состояния больной, уменьшения выраженности болевого синдрома, снижения частоты обострений воспалительного процесса, элиминации токсических субстанций, деблокирования естественных систем детоксикации (печени и почек), улучшения реологических свойств крови, микроциркуляции органов малого таза, сниже-

ния общего периферического сопротивления сосудов, купирования хронического ДВС-синдрома; элиминации повышенного уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), коррекции содержания иммунокомпетентных клеток, повышения чувствительности к эндогенным и медикаментозным веществам, повышения частоты наступления и вынашивания беременности.

ПФ используется в комплексном лечении средних и тяжёлых форм синдрома гиперстимуляции яичников, развивающегося у больных с бесплодием при проведении программы экстракорпорального оплодотворения. Используется с целью лечения общего отёчного синдрома, детоксикации, гемоконцентрации.

ПФ используется в комплексном лечении больных с хроническим сальпингоофоритом (ХСО), страдающих бесплодием. ПФ в комплексном лечении ХСО проводится с целью уменьшения выраженности болевого синдрома, снижения частоты обострений, улучшения психоэмоционального статуса пациентки, элиминации токсических субстанций, деблокирования естественных систем детоксикации, снижения вязкости крови, улучшения микроциркуляции крови органов малого таза, снижения общего периферического сопротивления сосудов, купирования хронического ДВС синдрома, снижения уровня эндотоксинов (средних молекул), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), повышения чувствительности к эндогенным и медикаментозным веществам, повышения частоты наступления беременности.

При климактерическом синдроме плазмаферез применяется по следующим показаниям:

1. симпатoadреналовые кризы (повышение артериального давления, изменение

частоты сердечных сокращений, рвота, полиурия);

2. наличие «приливов», нарушения сна, раздражительности, плаксивости, слабости, потливости, зуда кожи;

3. выраженный отёчный синдром;

4. выраженные головные боли;

5. противопоказания для назначения заместительной гормонотерапии;

6. наличие сопутствующих соматических заболеваний (ИБС, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, сахарный диабет, метаболический синдром и др.);

7. поливалентная форма аллергии.

При предменструальном синдроме плазмаферез применяется по следующим показаниям:

1. симпатoadреналовые кризы (повышение артериального давления, изменение частоты сердечных сокращений, рвота, полиурия);

2. выраженный отёчный синдром;

3. нагрубание молочных желёз;

4. выраженные головные боли;

5. нарушение сна, раздражительность, слабость, потливость, зуд кожи.

ПФ используется в комплексном лечении привычного невынашивания беременности. ПФ применяется с целью нормализации микроциркуляции и реологии крови, удаления из крови среднемолекулярных токсинов, иммунных и фибриномономерных комплексов, ингибиторов эритропоэза, стимуляции антитромбиновой активности, фибринолиза, нормализации кровообращения в системе «мать-плацента-плод», пролонгирования беременности, подготовки к родоразрешению, устранения полиорганных нарушений, предупреждения развития тяжёлой плацентарной недостаточности и гипотрофии плода.

Включение ПФ в комплексную подготовку женщин с тубно-перитонеальным

бесплодием к ЭКО и ПЭ позволяет повысить эффективность программы и снизить частоту осложнений при её проведении. ПФ применяется с целью нормализации микроциркуляции и реологии крови перед проведением программы и снижения активирующего влияния стероидных гормонов на систему свёртывания крови в процессе проведения стимуляции суперовуляции, повышения устойчивости эндотелия к факторам, усиливающим его проницаемость, снижения уровня эндоинтоксикации, удаления из крови патологических иммунных комплексов, антифосфолипидных антител (АФА), антител к хорионическому гонадотропину (анти-ХГ) и др., лечения и профилактики герпетической (ВПГ) и цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекций, снижения медикаментозной нагрузки на организм, повышения частоты наступления беременности, снижения частоты синдрома гиперстимуляции яичников и невынашивания беременности.

ПФ является эффективным и безопасным методом лечения внутрипечёночного холестаза беременных (поздний гепатоз беременных, доброкачественная желтуха беременных). ПФ проводится с целью детоксикации, иммунно- и реокоррекции крови, пролонгирования беременности, улучшения состояния плода.

ПФ при акушерском сепсисе проводится на ранних стадиях патологического процесса (1-2 сутки с момента манифестации) при отсутствии у пациенток полиорганной недостаточности. ПФ применяется с целью восстановления гемодинамических показателей при септическом шоке, устранения нарушений гемокоагуляции (ДВС-синдрома), подготовки к санирующему оперативному вмешательству для снижения интраоперационной кровопотери, нормализации показателей протеиназ-

но-ингибиторного баланса плазмы, удаления из циркуляции шоковых метаболитов и продуктов деградации фибрина, введения сбалансированных донорских компонентов свежзамороженной плазмы, профилактики полиорганной недостаточности.

ПФ проводится с целью снижения до безопасного уровня титра резус-антител у беременных. Показаниями для проведения плазмафереза являются:

1. наличие и нарастание уровня антител в течение беременности;
2. наличие резус-антител в период подготовки к беременности, особенно в случаях резус-конфликта при предыдущей беременности.

ПФ является эффективным и безопасным методом лечения более 85 нозологий, в том числе акушерско-гинекологических. Своевременное применение плазмафереза в комплексном лечении является эффективным методом профилактики осложнений в акушерстве и гинекологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллаеров Б.К., Кадыров Н.У. Оценка эффективности плазмафереза при лечении тяжелых форм раннего токсикоза беременных // Врач-аспирант. 2018. Т. 55, № 6. С. 74-78
2. Вьюгов М.А., Ветров В.В., Иванов Д.О. и др. Результаты эфферентной терапии при резус-конфликтной беременности и при гемолитической болезни новорожденного // Медико-социальные проблемы семьи. 2016. Т. 21, № 1. С. 12-19.
3. Жесткова Н.В., Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Марченко Н.В. Принципы лечения внутрипечёночного холестаза беременных // Журнал акушерства и женских болезней. 2023. Т. 72, № 2. С. 31-38.
4. Исмаилов Е.Л., Ералина С.Н., Азизов Ш.М. Применение методов эфферентной терапии при экстрагенитальной патологии

в акушерстве // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2016. № 1. С. 10-13.

5. Макаренко М.В., Говсеев Д.А., Сыса О.Н. и др. Различные виды терапии холестатического гепатоза у беременных // Здоровье женщины. 2015. № 6(102). С. 120.

6. Пономарева Ю.В., Рищук С.В., Кахиани Е.И. и др. Плазмаферез в терапии тяжелой рвоты беременных // Молодежь и инновации-2022: Сборник материалов 8-й научно-практической конференции студентов, молодых ученых и специалистов (10 ноября 2022 года). Санкт-Петербург:

Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, 2022. С. 82-84.

7. Хворостухина Н.Ф., Новичков Д.А. Плацентарная дисфункция и способ ее коррекции при острой кишечной непроходимости у беременных Н. Ф. Хворостухина, // Вестник современной клинической медицины. 2021. Т. 14, № 1. С. 53-61.

8. Шумилина О.В. Основы экстракорпоральной гемокоррекции. Учебное пособие. Душанбе: Таъминот-2009, 2023. 140 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Мурадов Амиршер Алишерович – к.м.н., зам. директора по науке ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»; тел.: (+992) 900003456; e-mail: Amirsher_Muradov@mail.ru

Мурадов Алишер Мухтарович – д.м.н., профессор, академик АМТН РФ, заведующий кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; тел.: (+992) 900730110

Ризоев Музафар Мирзоевич – к.м.н., доцент кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Косимов Зайниддин Каримович – к.м.н., доцент, директор ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»

Неъмонов Хайрулло Давлатович – врач ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»

Неъмонова Оксана Рахматджановна – врач ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»

УДК 616.94

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН
С СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

М.С. Одинаева, М.Я. Камилова, Д.М. Рахматуллоева, Г.А. Мухточова

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

Цель исследования. Изучить клинико-anamнестическую характеристику женщин с послеродовыми септическими осложнениями после операции кесарева сечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 31 истории родов женщин с послеродовыми септическими осложнениями, родоразрешенных операцией кесарево сечение.

Результаты. Среди женщин с акушерским сепсисом наиболее часто встречаются женщины в возрасте от 25 до 36 лет, жительницы села, многорожавшие, с заболеваниями почек и воспалительными заболеваниями органов малого таза в анамнезе, осложнённо протекающей беременностью с преэклампсиями, многоводием и эпизодами угрозы прерывания беременности. У женщин с септическими осложнениями кесарево сечение в 58% случаев произведено в экстренном порядке. Наиболее часто встречающимися осложнениями зарегистрированы эндометрит (61,3%) и пиелонефрит (16,1%).

Заключение. Полученные результаты указывают на необходимость принятия во внимание клинико-anamнестических характеристик и профилактику септических осложнений при ведении родильниц после операции кесарево сечение.

Ключевые слова: кесарево сечение, септические осложнения, клинико-anamнестические характеристики, профилактика.

**ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА АНАМНЕСТИКИИ ЗАНОН БО ОРИЗАҲОИ
СЕПТИКӢ БАӢД АЗ АМАЛИЁТИ БУРИШИ ҚАЙСАРӢ.**

М.С. Одинаева, М.Я. Камилова, Д.М. Рахматуллоева, Г.А. Мухточова

МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатология”-и

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсад. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва анамнестикӣ занони гирифтори оризаи септикӣ пас аз ҷарроҳии буриши қайсарӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар мақола таҳлили ретроспективии таърихи таваллуди 31 зани гирифтори оризаҳои септикӣ пас аз ҷарроҳии буриши қайсарӣ, ки дар соли 2022 ба Пажӯҳишгоҳ ворид шудаанд, гузаронида шудааст.

Натиҷаҳо. Муайян карда шудааст, ки дар байни занони гирифтори сепсиси акушерӣ бештар занони аз 25 то 36 сола, сокинони деҳот, занони бисертаваллуд, ки дар анамнез бемории гурда ва бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд доранд, ки бо ҳомиладорӣ бо преэклампсия, бисеробӣ ва эпизодҳои бачапартоии таҳдидшуда. Дар заноне, ки оризаҳои септикӣ доранд, дар 58% ҳолатҳо ҷарроҳии буриши қайсарӣ ба таври фаврӣ

анчом дода шудааст. Оризаҳои маъмултарин ба қайд гирифташуда эндометрит (61,3%) ва пиелонефрит (16,1%) буданд.

Хулоса. Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки зарурати ба назар гирифтани хусусиятҳои клиникӣ ва анамнестикӣ ва пешгирии оризаҳои септикӣ ҳангоми бурдани занони пас аз таваллуд пас аз ҷарроҳии буриши қайсарӣ.

Калимаҳои асосӣ: буриши қайсарӣ, оризаҳои септикӣ, хусусиятҳои клиникӣ ва анамнестикӣ, пешгирӣ.

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH SEPTIC COMPLICATIONS AFTER CESARIAN SECTION

M.S. Odinaeva, M.Y. Kamilova, D.M. Rakhmatulloeva, G.A. Mukhtojova

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

Aim. To study the clinical and anamnestic characteristics of women with postpartum septic complications after cesarean section.

Material and methods. The article conducted a retrospective analysis of 31 birth histories of women with postpartum septic complications admitted to the TRIOG and P in 2022, who were delivered by cesarean section.

Results. It has been shown that among women with obstetric sepsis, the most common are women aged 25 to 36 years, rural residents, multiparous women, with a history of kidney disease and inflammatory diseases of the pelvic organs, complicated by pregnancy with preeclampsia, polyhydramnios and episodes of threatened miscarriage. In women with septic complications, cesarean section was performed as an emergency in 58% of cases. The most common complications recorded were endometritis (61,3%) and pyelonephritis (16,1%).

Conclusion. The results obtained indicate the need to take into account clinical and anamnestic characteristics and the prevention of septic complications when managing postpartum women after cesarean section.

Key words: caesarean section, septic complications, clinical and anamnestic characteristics, prevention.

Актуальность. Гнойно-септические осложнения послеродового периода являются серьезной проблемой современного акушерства. Основными чертами гнойно-септических осложнений в современных условиях являются частота этой патологии, её рост в последние годы, недостаточная выявляемость и регистрация. Эти черты определяют медико-социальную значимость гнойно-септических осложнений в акушерстве [1, 5].

Гнойно-септические осложнения в структуре причин материнской смертности на сегодняшний день составляют 14%. В конце 20 и начале 21 века отмечалось замедление темпов снижения материнской смертности от сепсиса. По мнению Абрамченко (2016), это было связано с ростом частоты урогенитальной инфекции. Другие исследователи считают, что рост послеродовых септических инфекций может быть связан с возросшей антибиотикорезистентностью инфекционных

агентов. В некоторых исследованиях показано, что не всегда антибиотикопрофилактика проводилась с учетом современных факторов риска, индивидуальных подходов оценки микрофлоры генитального тракта, что в 16% случаев приводило к развитию гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде. Авторы считают важной разработку алгоритмов профилактики гнойно-септических осложнений после родов, приемлемых для отдельных акушерских стационаров [1, 3, 6].

Определенную роль в распространенности гнойно-септических осложнений послеродового периода играет акушерская агрессия. У женщин, родивших с помощью кесарева сечения или инструментальных родов, частота инфекций и психологических изменений была выше, чем у тех, у кого происходили нормальные вагинальные роды. Исследователями изучены проблемы с физическим и эмоциональным благополучием женщин после родов. Установлено, что проблемы со здоровьем у женщин возникали после родов в течение полугода. Показаны различия в зависимости от способа родов, наличия операций, как кесарева сечения, так и операций при родах через естественные родовые пути. Другое исследование в этом направлении также показало, что женщины, у которых были спонтанные вагинальные роды, испытывают меньше краткосрочных и долгосрочных осложнений, чем женщины, перенесшие вспомогательные вагинальные роды или кесарево сечение. В результате проведенных исследований были сделаны выводы: для сохранения здоровья в послеродовом периоде необходимо избегать кесарева сечения без обоснованных показаний. Сотрудники стационаров должны консультировать женщин о проблемах послеродового здоровья, а на

антенатальном уровне осуществлять поддержку женщин в раннем послеродовом периоде [2, 4, 7, 8, 9].

В Таджикистане не изучены вопросы клинико-анамнестической характеристики женщин с послеродовыми септическими осложнениями после кесарева сечения. Изучение данного вопроса поможет идентифицировать факторы риска развития данного серьезного послеродового осложнения.

Цель исследования. Изучить клинико-анамнестическую характеристику женщин с послеродовыми септическими осложнениями после операции кесарева сечения.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 31 истории родов женщин с послеродовыми септическими осложнениями, поступивших в ТНИИАГиП в 2022 году, родоразрешённых операций кесарево сечение.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием персонального компьютера типа IBM Pentium – 486 с помощью стандартной программы EXCEL – 2000. Определялись средние величины (M), расчёт стандартных ошибок средних величин (m), выявление достоверности различий между средними значениями показателей в сравниваемых группах с использованием t – критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ 31 истории родов показал, что возраст беременных колебался от 21 до 44 лет, в среднем составляя $30,5 \pm 1,04$ лет. При распределении родильниц с септическими осложнениями по возрасту выявлено, что чаще всех развитию септических осложнений подвержены родильницы в возрасте 26-35 лет (51,6%), т.е. активного репродуктивного возраста (рисунок 1).

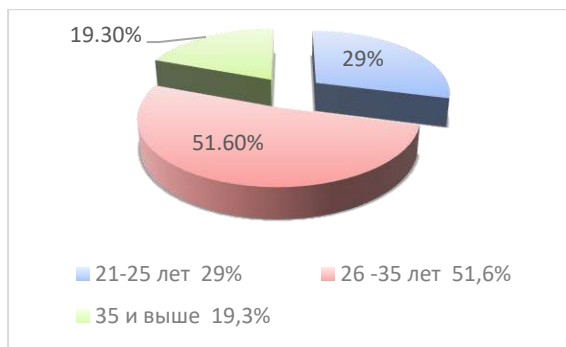


Рисунок 1. Распределение по возрасту женщин с септическими послеродовыми осложнениями после кесарева сечения

В исследуемой группе женщин преобладали жительницы села – 23 (74,2%), что почти в 3 раза больше, чем жительниц города – 8 (25,8%).

Среди 31 родильницы с септическими осложнениями подавляющее большинство составляли многорожавшие – 54,8%. Удельный вес женщин с 2-3 беременностями в анамнезе составил 38,7% и только 6,5% женщин были первобеременными. Общее число многорожавших было в 8 раз больше, чем первобеременных: 17 и 2 соответственно. В анамнезе у 10 (32,2%) женщин имелись самопроизвольные выкидыши на ранних сроках, в 24 (77,4%) случаях выявлен отягощенный акушерский анамнез (рисунок 2).



Рисунок 2. Структура гинекологической патологии у женщин с септическими послеродовыми осложнениями после кесарева сечения

Гинекологические заболевания в анамнезе отметили 22 женщины, что составило 71%. В структуре гинекологических заболеваний преобладали воспалительные

заболевания органов малого таза (хронический сальпингоофорит и эндометрит) – 54,5% случаев (12), а также эрозия шейки матки – 31,8% случаев (7), 13,6% женщин страдали кистами яичников (3)

В структуре экстрагенитальной патологии значительно преобладали заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит и хронический цистит), доля которых составила 74,2% (23 родильниц). Вторыми по частоте встречались заболевания крови (анемия различной степени тяжести) – 22,3% (7 родильниц), на третьем месте находились нарушения липидного обмена (ожирения различной степени) – 19,3% случаев (6 родильниц) (таблица 1).

Изучение особенностей течения беременности у женщин показало, что наиболее часто встречались рвота беременных (64,5%), гипертензивные нарушения (преэклампсии – 35,5%), нарушения плодово-плацентарного кровотока (19,3%), угроза прерывание беременности (16,1%). У 5 (16,1%) беременных отмечается многоводие.

Из общего числа женщин исследуемой группы у 26 (83,9%) беременность закончилась срочными родами, у 5 (16,1%) – преждевременными родами. Все женщины были родоразрешены оперативным путём – операция кесарева сечения. Необходимо также отметить, что в большинстве случаев операции выполнены в экстренном порядке (58%). Основными показаниями к выполнению операции кесарево сечение были: 1 рубец на матке + осложнения (несостоятельность, дородовый разрыв плодных оболочек, преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия), повторные рубцы на матке.

Послеродовый период в 19 (61,3%) случаев осложнился развитием эндометрита, у 5 (16,1%) у 4 (13%) родильниц – инфекцией

раны. У 2 (6,4%) родильниц отмечалось тие разлитого перитонита. тромбофлебит, и в 1 (3,2%) случае разви-

Таблица 1. Экстрагенитальная патология у женщин с септическими послеродовыми осложнениями после кесарева сечения

Характеристика	Абс. число	%
Паритет:		
первобеременные	2	6,5
повторнобеременные	12	38,7
многорожавшие	17	54,8
Отягощенный акушерский анамнез	24	77,4
Отягощенный гинекологический анамнез	22	71%
Соматическая патология:		
заболевания мочевыделительной системы	23	74,2
заболевания крови	7	22,3
нарушения липидного обмена	6	19,3
Осложнения беременности:		
рвота беременных	20	64,5
преэклампсии	11	35,5
угроза прерывания беременности	5	16,1
многоводие	5	16,1
Срочные роды	26	83,9
Преждевременные роды	5	16,1
Показания к операции:		
1 рубец на матке + осложнения	20	64,5
2 и 3 рубца на матке	6	19,3
осложнения тяжёлой преэклампсии	2	6,5
экстрагенитальная патология	2	6,5
многоплодная беременность	1	3,2
Экстренные	18	58
Плановые	13	42

Полученные результаты диктуют необходимость более детально изучения связи септических послеродовых осложнений с такими показателями клинко-анамнестических характеристик женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение, как возраст (26-35 лет), паритет (более 4 родов в анамнезе), заболевания почек в анамнезе, гинекологический анамнез, преэклампсии, эпизоды угрозы, многоводие, экстренно проведенные операции. Также необходимо установить связь между отдельными нозологиями септических осложнений и отдельными факторами риска их развития.

Заключение

Полученные результаты указывают на необходимость принятия во внимание клинко-анамнестических характеристик и профилактики септических осложнений при ведении родильниц после операции кесарева сечения. Данное направление исследований позволит оптимизировать методы профилактики септических осложнений после операции кесарево сечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. М.: СпецЛит, 2016.

2. Гогсадзе И.Г. Диагностическая и лечебная тактика у пациенток с эндометритом после кесарева сечения: автореф. дисс. ...канд.мед.наук; 14.01.01. Москва, 2016. 22 с.
3. Егорова А.Т., Глебова Т.К., Маисеенко Д.А. Гнойно-воспалительные осложнения в акушерской практике по материалам краевой клинической больницы г. Красноярск // Сибирское медицинское обозрение. 2015. № 4 (94).
4. Мамедова С. Г. Гнойно-септические осложнения в акушерстве после кесарева сечения // Перспективы внедрения инновационных технологий в медицине и фармации: Сборник материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой «Году науки и технологий»: Государственный гуманитарно-технологический университет. Душанбе, 2021. С. 161-165.
5. Орозалиева Б.К., Акматов Т.А., Сыдыгалиев К.С. Гнойно-септические осложнения в акушерстве // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2020. № 1. С. 59-62.
6. Шукурова Ш., Камилова М., Арабова С. Значимость факторов риска развития послеродового эндометрита у жительниц Таджикистана // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2019. № 1 (29).
7. Ghaffari P. Hospital discharge on the first compared with the second day after a planned cesarean delivery had equivalent maternal postpartum outcomes: a randomized single-blind controlled clinical trial // BMC pregnancy and childbirth. 2021. Vol. 1 (21). P. 466.
8. Moulton L.J., Eric Jelovsek J., Lachiewicz M. at all. A model to predict risk of postpartum infection after Caesarean delivery // The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians. 2018. Vol. 18 (31). P. 2409–2417.
9. Wijetunge S., Hill R., Katie Morris R. at all. Advanced dressings for the prevention of surgical site infection in women post-caesarean section: A systematic review and meta-analysis // European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2021. № 267. P. 226–233.
6. Шукурова Ш., Камилова М., Арабова С. Значимость факторов риска развития

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Одинаева Мунира Саидмухамедовна – соискатель ТНIIАГиП;

e-mail: muniraodinaeva@gmail.com

Камилова Мархабо Ядгаровна – д.м.н., доцент, руководитель акушерского отдела

ТНIIАГиП; тел.: (+992) 935009425; e-mail: marhabo1958@mail.ru

Рахматуллоева Дилноза Маноновна – к.м.н., учёный секретарь ТНIIАГиП;

тел.: (+992) 918116961; e-mail: rdilnoza83@gmail.com

Мухточова Гулдаста Абдулхаевна – научный сотрудник акушерского отдела

ТНIIАГиП; тел.: (+992) 907095968; e-mail: guldastamuhtodzova@gmail.com

УДК 618.5-.888.14-089.5

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ У ЖЕНЩИН С ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т.Ш. Олимова

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

Цель исследования. Определить степень эффективности эпидуральной аналгезии у беременных женщин с патологией сердца.

Материал и методы. Обследованы 18 женщин с неосложненными пороками развития сердца, которым для обезболивания родов использована эпидуральная аналгезия. Все женщины имели II ст. анестезиологическо- перинатального риска. Срок гестации 36-38 недель с одноплодной беременностью, возраст старше 18 лет.

Мониторирование: электрокардиограмма (ЭКГ), измерение артериального давления (АД) и пульсоксиметрия.

Результаты. У всех больных АД держалось в пределах 110/68 – 120/78 мм рт.ст. до конца ведения родов. После введения обезболивающего препарата болевые импульсы от органов малого таза ослабевали, схватки ощущались как безболезненные, а шейка матки успешно раскрывалась. Это необходимое условие, особенно при пороках развития сердца, чтобы не ощущать сильные потужные боли и тем самым снижать нагрузку на сердце.

Заключение. Анализ показал, что при применении эпидуральной аналгезии релаксация мышц тазового дна уменьшает сопротивление на головку плода, что обеспечивает снижение шансов родовых травм.

Ключевые слова: беременность, эпидуральная аналгезия, пороки сердца.

САМАРАНОКИИ БЕДАРДШАВИИ ЭПИДУРАЛИ ДАР ЗАНОНИ ГИРИФТОРИ НУКСОНХОИ ДИЛ ВА ГИПЕРТОНИЯИ ШУШ

Т.Ш. Олимова

МД “Пажӯишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатология”-и

Вазорати Тандурустӣ ва ҳифзи ҷҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсад. Муайян кардани бедардшави дар занони хомиладор бо бемории дил.

Мавод ва усулҳо. Таъхис қада шуд 18-то зан, ки бо нуксонӣ гайриаворизи дил, ки ба онҳо бедардкунии эпидуралӣ гузаронида шуд. Хамаи беморон розигии хатти доданд. Хамаи занҳо дараҷаи II хатарӣ анестетики-перинаталӣ доштанд. Давраи хомиладорӣ 36-38 ҳафта бо хомиладорӣ ягона, синну сол аз 18 сола боло.

Натиҷаҳо. Таҳлил нишон дод, ки истифодакунии бедардкунии эпидуралӣ, истирохат кардани мушакҳои коси хурд, муковиматроба сари тифл кохиш медихад, ки эҳтимолияти осеби таваллудро кохиш медихад. Ин шартӣ зарури барои эҳсос накардани дарди шадиди тела додан ва ба ин васила кам кардани сарбории дил аст.

Хулоса. Баъди анестезия гарданаки бачадон васеъ шуд, вале кашишҳо дардовар буданд.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, бедардшавии эпидуралӣ, нуқсони дил.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF EPIDURAL ANALGESIA IN WOMEN WITH EXTRAGENITAL PATHOLOGY (HEART DEFECTS)

T.S. Olimova

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

Aim. To determine the degree of effectiveness of epidural analgesia in pregnant women with heart pathology.

Material and methods. 18 women with uncomplicated and malformations of the heart were examined, who underwent epidural analgesia for pain relief of childbirth. All patients gave written informed consent. All women had II st anesthetic – perinatal risk, gestation period of 36-38 weeks of pregnancy with a single pregnancy, and at the age of more than 18 years.

Monitoring: Electrocardiogram (ECG), Blood Pressure Measurement and Pulse oximetry.

Results. During the labor period, epidural analgesia was also performed in the second period of labor for the application of obstetric forceps. Accordingly, in all patients, blood pressure was kept on the figures- 110/68-120/78 mmHg, until the end of the delivery.

Conclusion. The analysis showed that when using epidural analgesia, relaxation of the pelvic floor muscles reduces resistance to the fetal head, which reduces the chances of birth injuries. After the introduction of an analgesic drug, pain impulses from the pelvic organs weakened, contractions felt painless, and the cervix was successfully opened, which is necessary especially for heart malformations, so as not to feel pain and thereby reduce the load on the heart.

Key words: pregnancy, epidural analgesia, heart defects.

Актуальность. До 25-30% женщин характеризуют родовую боль как сильную, чрезмерную, и, соответственно, боль может нанести вред как организму матери, так и плода и новорождённого. Патология сердечно-сосудистой системы занимает одно из ведущих мест среди заболеваний у беременных. Основными осложнениями среди сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности являются гестоз, анемия, самопроизвольное прерывание беременности, преждевременные роды, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Сердечными пороками страдает от 3% до 4,7% взрослых женщин. По данным наблюдений, приобретенные ано-

малии строения выявляются у 75-90% беременных с анатомическими дефектами сердца, врожденные - у 7-8,5%, состояния после операций (митральной или митрально-аортальной комиссуротомии, протезирования клапанов) - у 1-1,5%. В структуре приобретенных пороков преобладают ревматические (85-89%), среди которых сочетанные митральные составляют 40-70%, митральный стеноз - 20%, митральная недостаточность - 15%, аортальные - 8-10%.

Решение о возможности обезболивания родов методами регионарной анестезии, а в дальнейшем и тактика проведения на всех этапах родов определяются только совместно акушером-гинекологом и ане-

стезиологом-реаниматологом с учетом всех факторов риска, особенностей течения родов и состояния плода. Особое место в ведении и обезболивании родов при заболеваниях сердца занимает эпидуральная аналгезия, которая позволяет снизить частоту осложнений в родах. Эпидуральная аналгезия в настоящее время гораздо менее популярна, особенно при пороках развития сердца, но она по-прежнему является важным методом при обезболивании родов [1, 3]. Контролируемая пациентом эпидуральная аналгезия также позволяет сократить количество местного анестетика и степень моторного блока, по сравнению со спинальной анестезией. Эпидуральная аналгезия в родах обладает целым рядом преимуществ перед другими методами (немедикаментозными и медикаментозными): наиболее адекватное обезбоживание при сохраненном сознании, с высокой степенью удовлетворения женщины и обеспечения комфорта в родах; минимальная фармакологическая нагрузка на роженицу, плод и новорожденного; устраняет дискоординацию родовой деятельности; устраняет избыточную гипервентиляцию матери и изменения КОС плода; снижает уровень катехоламинов в крови матери; предотвращает нарушение фетоплацентарного кровотока и нарушение транспорта кислорода при чрезмерно болезненных схватках, снижается объем кровопотери; обеспечивает нормализацию гемодинамики; снижается травматизм родовых путей. При этом адекватное обезбоживание предотвращает нагрузку на сердце вследствие снижения ноцицептивной импульсации при манипуляциях и операциях в III периоде родов. Устраняет депрессивное влияние опиатов на новорожденного [2, 4-7].

Цель исследования. Определить степень эффективности эпидуральной аналгезии у беременных женщин с патологией сердца.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ в период с 01.01.2020 года по 01.01.2022 года.

Для исследования были выбраны 18 женщин с неосложненными пороками развития сердца, которым использовалась эпидуральная аналгезия для обезбоживания родов. Все пациентки дали письменное информированное согласие. Все женщины имели II ст. анестезиологическо-перинатального риска, срок гестации 36-38 недель, одноплодную беременность, в возрасте старше 18 лет.

Эпидуральная катетеризация производилась только анестезиологом-реаниматологом с помощью иглы Туохи 18-го калибра и катетера 20-го калибра (Perifix® B. BraunMelsungen AG, Германия). Эпидуральную аналгезию проводили при открытии маточного зева до 3-5 см, по общепринятой методике. Аналгезия после ведения основной дозы 0,125% бупивакаина 15-20 мл сохранялась от 2-х до 4-х часов. При необходимости повторно по катетеру вводили 5-10 мл 0,125% бупивакаина

Мониторирование: электрокардиограмма (ЭКГ), измерение артериального давления (АД) и пульсоксиметрия - записывались аппаратом Shiller (Германия) с автоматизированным сфигмоманометром, регистрирующим артериальное давление каждые 10 мин, далее каждые 30 минут.

Все женщины получили инфузию раствора Рингер лактата, от 300 до 500 мл. Ощущения при эпидуральной аналгезии: роженица находится в сознании, обезбоживание легкое. При данном методе обез-

боливающий препарат поступает небольшими дозами и очень медленно из эпидурального пространства попадает в общий кровоток, поэтому быстро разрушается в печени и почти не попадает к ребенку. Действие обезболивания началось спустя 10-15 минут от момента введения. Благодаря поступлению обезболивающего препарата, болевые импульсы от органов малого таза ослабевали, схватки ощущались как безболезненные, шейка матки успешно раскрывалась, нагрузка на сердце снижалась, поведение рожениц было спокойным.

Желательно проводить эпидуральную аналгезию в конце первого периода родов (до 7 см и более открытия шейки матки), так как обезболивание в данном случае удлиняет период потуг, но, учитывая показания для исключения потужного периода для снижения нагрузки на сердце, проводилось и во втором периоде родов с наложением акушерских щипцов.

Результаты и их обсуждение. Показаниями для обезболивания родов у всех 18 женщин послужили неосложнённые пороки сердца.

Анализ показал, что при применении эпидуральной аналгезии релаксация мышц тазового дна уменьшает сопротивление на головку плода, что обеспечивает снижение шансов родовых травм, при этом оценка детей по шкале Апгар на первой минуте составила 7,8–8 баллов, а на пятой минуте – 8 – 9 баллов. После введения обезболивающего препарата болевые импульсы от органов малого таза ослабевали, схватки ощущались как безболезненные, а шейка матки успешно раскрывалась, с этой же целью повторное введение обезболивающего препарата производили через два часа, до открытия маточного зева 7-8 см. В процессе потуг в 3-х случаях была произведена эпизиотомия,

установлены разрывы промежности, при ушивании которых анальгезию возобновляли повторным введением препарата, без применения общего внутривенного наркоза. Также в 4-х случаях во время потужного периода эпидуральную аналгезию проводили и во втором периоде родов для наложения акушерских щипцов. У всех больных АД держалось в пределах 110/68 – 120/78 мм рт.ст. до конца ведения родов.

Заключение. Таким образом, эпидуральная аналгезия – это не только снятие болевого синдрома, но и средство регуляции родовой деятельности. В этом случае пороговая концентрация местного анестетика минимальна, за счёт отсутствия моторной блокады нет условий для слабости родовой деятельности или затягивания родов, отсутствует отрицательного влияния на сердце и систему кровообращения. Значительно снижено влияние местного анестетика на организм матери и плода. Сохранение синхронности сокращений мышечных волокон при эпидуральной аналгезии снижает вероятность травматизма плода и родовых путей, снижается нагрузка на сердца роженицы, более высокие оценки плода по шкале Апгар, контролируемое АД. Повторное введение обезболивающего препарата производят при наложении акушерских щипцов во время потужного периода и ушивании промежности при разрыве, без применения общей внутривенной анестезии. Также снижается риск тромбоэмболических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезиология. Национальное руководство. / Под ред. А.А. Бунятяна, В.М. Мизикова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
2. Анестезиология-реаниматология. Клинические рекомендации. / Под ред. И.Б. Заболотских, Е.М. Шифмана. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016

3. Волчкова Н.С., Субханкулова С.Ф., Субханкулова А.Ф. Ведение беременных с врожденными пороками сердца // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9, Вып. 4.
4. Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П. Пороки сердца у беременных. М., 2018.
5. Эпидуральная анестезия и преэклампсия: Материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. Петрозаводск, 2003
6. Datta S., Camann W., Bader A., Vander-Burgh L. Clinical effects and maternal and fetal plasma concentrations of epidural ropivacaine versus bupivacaine for cesarean section. // Anesthesiology. 1995. Vol. 82. P. 1346–1352.
7. Griffin R.P., Reynolds F. Extradural anaesthesia for Caesarean section: a double-blind comparison of 0.5% ropivacaine with 0.5% bupivacaine. // Br J Anaesth. 1995. Vol. 74. P. 512–516.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Олимова Тахмина Шодимуродовна - к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог ТНIIАГиП; тел.: (+992)900101976; e-mail:cool.olimova@bk.ru

УДК 618.3.008.6.11.616

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
У БЕРЕМЕННЫХ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Ф.З. Олимова, Г.Н. Салохиддинова, У.А. Каримова,
М.У. Юлдошева, Н.Г. Гафурова

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

Результаты проведённых исследований показали, что тяжёлая преэклампсия у пациенток позднего репродуктивного возраста связана с неблагоприятными перинатальными исходами. Установлена высокая частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, преждевременных и оперативных родов среди беременных основной группы. Высокая частота перинатальной энцефалопатии различного генеза и задержки внутриутробного развития стали причинами неонатальной смерти 23,3% новорождённых, родившихся от матерей с тяжёлой ПЭ позднего репродуктивного возраста.

Ключевые слова: преэклампсия, возраст, перинатальные исходы.

**НАТИЧАҶОИ ПЕРИНАТАЛӢ ҲАНГОМИ ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ВАЗНИН
ДАР ЗАНИНИ ЗАНОНИ СИНУ СОЛИ ДЕРИ РЕПРОДУКТИВӢ**

Ф.З. Олимова, Г.Н. Салоҳиддинова, У.А. Каримова,
М.У. Юлдошева, Н.Ғ. Гафурова

Кафедраи акушерӣ ва гинекологӣ №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»

Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки преэклампсияи вазнин дар занҳои синну соли дери репродуктивӣ бо оқибатҳои манфии перинаталӣ вобаста аст. Басомади баланди пеш аз мухлат ҷудошавии машимаи дурустҷойгиршуда, валодатҳои пеш аз мухлат, валодатҳои бо роҳи ҷарроҳӣ муқаррар карда шудааст. Миқдори зиёди энсефалопатияи перинаталӣ ва боздошти инкишофебии дохилибатнии тифл сабаби марги 23,3% наводон аз модарони ПЭ-вазнин дошта шуданд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки преэклампсияи вазнин дар беморони синну соли репродуктивӣ бо оқибатҳои манфии перинаталӣ алоқаманд аст. Дар байни занони ҳомила дар гурӯҳи асосӣ сатҳи баланди ТВҚМДҚ, таваллуди бармаҳал ва ҷарроҳӣ муқаррар карда шуд. Сатҳи баланди энцефалопатияи перинаталии генезаи ғуногун ва боздошти инкишофёбии дохилибатнии тифл боиси марги наводон 23,3% муайян гардид, ки дар модарони гирифтори преэклампсияи вазнин дар синну соли репродуктивии дерина хос омад. Омилҳои дар боло зикршуда омодагии пешакии презравидарӣ ва мушоҳидаи босифатро дар марҳилаҳои аввали ҳомиладорӣ дар гурӯҳҳои мақсаднок барои пешгирии аворизҳои гипертензия нишон медиҳанд.

Калимаҳои асосӣ: преэклампсия, синну сол, натиҷаҳои перинаталӣ.

PERINATAL OUTCOMES IN SEVERE PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

F.Z. Olimova, G.N. Salohiddinova, U.A. Karimova,

M.U. Yuldosheva, N.G. Gafurova

Department of obstetrics and gynecology №1 of the Avicenna Tajik State Medical University

The results of the studies showed that severe preeclampsia in patients of late reproductive age is associated with adverse perinatal outcomes. A high incidence of placenta abruption, premature and operative births among pregnant women of the main group was established. The high incidence of perinatal encephalopathy of various origins and intrauterine growth retardation became the cause of neonatal death in 23,3% of newborns born to mothers with severe PE of late reproductive age.

Thus, the results of the studies showed that severe preeclampsia in patients of late reproductive age is associated with adverse perinatal outcomes. A high incidence of PONRP, premature and operative births among pregnant women of the main group was established. The high incidence of perinatal encephalopathy of various origins and intrauterine growth retardation caused neonatal death in 23.3% of newborns born to mothers with severe PE of late reproductive age. The above factors indicate preconception preparation and high-quality observation in the early stages of pregnancy in target groups for the prevention of hypertensive complications.

Key words: preeclampsia, age, perinatal outcomes.

Актуальность. Несмотря на современные лечения, преэклампсия (ПЭ) остаётся достижения в вопросах диагностики и актуальной проблемой в акушерстве. По

данным ВОЗ (2014), 14% случаев материнской смертности связано с гипертензивными нарушениями во время беременности [10]. Преэклампсия и эклампсия обуславливают 46000 случаев материнской и 500000 перинатальной смертности в мире каждый год [9]. Преэклампсия – это специфическое для гестации осложнение, которое возникает во второй половине беременности, характеризуется артериальной гипертензией и патологической протеинурией, в ряде случаев проявлениями полиорганной недостаточности [7]. Известно, что патогенез ПЭ заключается в ишемии плаценты, возникающей в результате неправильного ремоделирования спиральных артерий матери, что стимулирует высвобождение растворимых факторов из ишемизированной плаценты, вызывая дисфункцию эндотелия матери и гипертензию. Этот процесс усугубляется, если ПЭ протекает на фоне ожирения [3]. Известными факторами риска ПЭ могут быть хроническая гипертензия, ожирение, первые роды, чёрная раса, возраст менее 20 и более 35 лет, болезни почек и материнская инфекция [8]. Неблагоприятными перинатальными исходами ПЭ являются недоношенность и ишемически-гипоксические поражения ЦНС, синдром задержки роста плода [4, 7]. Перенесшие ПЭ женщины имеют повышенный риск ИБС, гипертензии, сахарного диабета 2-го типа, инсульта, почечной недостаточности, венозной тромбоэмболии, гипотиреоза в последующей жизни. Также дети, родившиеся от преэкламптических беременностей, более склонны к гипертонии, резистентности к инсулину, неврологическим проблемам, инсульту и психическим расстройствам на протяжении всей своей жизни [2, 6].

Цель исследования. Изучение перинатальных исходов при тяжёлой преэкламп-

сии у беременных позднего репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено проспективное сравнительное исследование перинатальных исходов у 86 беременных женщин, поступивших в реанимационное отделение Городского родильного дома №1 г. Душанбе, у которых была диагностирована тяжёлая ПЭ. Критериями включения в основную группу (n-30) были: артериальная гипертензия, впервые возникшая после 20 недель беременности, наличие патологической протеинурии и/или опасных симптомов гипертензивных нарушений и возраст старше 35 лет. Группу сравнения (n-56) составили пациентки с тяжёлой ПЭ в возрасте от 20 до 35 лет.

Проводилось динамическое наблюдение за функцией жизненно важных органов, профилактика судорог и антигипертензивная терапия, основным компонентом явилось родоразрешение. При стабильном состоянии беременной при сроке гестации менее 34 недель проводилась профилактика респираторного дистресс-синдрома. Профилактика судорог проводилась с использованием сернокислой магнезии, которая заменялась диазепамом при снижении темпа выделения мочи до 25 мл в час. Антигипертензивная терапия проводилась при уровне 160/110 мм рт. ст. и выше. Преимущественно использовали нифедипин и гидралазин [1, 5].

Статистический анализ материала проводился с помощью прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., США), «SPSS 21.0» (IBM, США) на ПК. Вариационная статистика включала в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой ($M \pm m$) для абсолютных величин.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин в основной группе составил $37,3 \pm 0,4$ лет, в группе сравнения – $23,7 \pm 0,3$ года. Индекс массы тела (ИМТ) в первой группе был $29,5 \pm 0,9$ кг/м², во второй – $25,7 \pm 0,7$ кг/м². Следовательно, чаще пациентки с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста имели избыточную массу тела. В основной группе первородящих было 13,3%, повторнородящих — 86,7%, в группе сравнения — соответственно 67,8 %, и 32,2%. Следовательно, чаще всего повторнородящие позднего репродуктивного возраста страдали тяжелой преэклампсией.

Систолическое артериальное давление в обеих группах колебалось в диапазоне от 150 до 200 мм рт. ст., а диастолическое - от 90 до 110 мм рт. ст.. В первой группе среднее систолическое АД составило $157,7 \pm 3,9$ и диастолическое – $102,2 \pm 1,5$ мм. рт. ст., во второй – систолическое АД $151,8 \pm 1,8$ и диастолическое – $97,9 \pm 1,04$ мм. рт. ст. ($p > 0,05$).

Следует отметить, что у большинства женщин с тяжелой ПЭ в обеих группах отмечена высокая протеинурия (от 3,3 до 13,2 г/л). В первой группе среднее содер-

жание гемоглобина составило $105,8 \pm 3,2$ г/л, во второй – $101,7 \pm 1,1$.

Среди осложнений беременности и сопутствующей патологии в первом триместре у 16,7% женщин основной группы беременность протекала с явлениями угрозы прерывания, анемия отмечалась в 60,0% случаев, обострение хронического пиелонефрита – 40,0%.

Исходы беременности у женщин с тяжелой преэклампсией представлены в таблице 1. Высокая частота преждевременных родов отмечена среди пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста с (50,0%), что связано с индуцированием родов согласно Национальным стандартам по ведению гипертензивных нарушений [8].

Операция кесарево сечение чаще всего (в 50,0% сл.) проведена в основной группе. Показаниями к абдоминальному родоразрешению у беременных с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста были акушерские причины: дистресс-плода (10,0%), неэффективность родовозбуждения (10,0%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (6,7%), неуправляемая гипертензия (3,3%) и др.

Таблица 1. Исходы беременности при тяжелой преэклампсии

Исходы	Основная группа (n=30)		Группа сравнения (n=56)		P
	n	%	n	%	
Срочные роды	15	50,0	49	87,5	<0,05
Преждевременные роды	15	50,0	7	12,5	<0,05
Индукцированные	16	53,3	27	48,2	>0,05
Самостоятельные роды	19	63,3	56	100	<0,05
Кесарево сечение	11	36,7	-	-	

Примечание: *p* - статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию Фишера)

Общая продолжительность родов у рожениц с тяжёлой преэклампсией позднего репродуктивного возраста с включением случаев родостимуляции составила $408,05 \pm 27,9$ минут, в том числе продолжительность первого периода – $379,2 \pm 26,8$ мин., второго периода – $20,2 \pm 2,1$ мин., третьего – $2,5 \pm 0,1$ мин. Общая продолжительность родов в группе сравнения была дольше, чем в первой – $591,1 \pm 27,4$ минут, в том числе продолжительность первого периода – $549,5 \pm 27,9$ мин., второго периода – $35,9 \pm 3,2$ мин., третьего – $2,7 \pm 0,1$ мин. Структура осложнений приведена в таблице 2. Как видно, чаще всего преждевре-

менная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и дистресс плода встречались у пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста (6,7% и 10,0% соответственно). Тем не менее, случаи развития хориоамнионита наблюдалось чаще у пациенток с тяжелой ПЭ молодого возраста. Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 3,3% случаев в основной группе. Гематометра развилась в 13,3% среди пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста и 17,8% молодого возраста.

Таблица 2. Осложнения беременности и родов при тяжёлой преэклампсии

Осложнение	Основная группа (n=30)		Группа сравнения (n=56)		Р
	n	%	n	%	
ДРПО	3	10,0	10	17,8	<0,05
ПОНРП	2	6,7	-	-	
Аномалии родовой деятельности	1	3,3	3	5,3	>0,05
Дистресс плода	3	10,0	2	3,5	<0,05
Хориоамнионит	-	-	1	1,7	
ДВС-синдром	1	3,3	-	-	

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию Фишера)

Таблица 3. Показатели состояния новорожденных, $M \pm m$

Показатели	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=56)
Масса при рождении, г	$2449,7 \pm 166,0^*$	$3028,0 \pm 85,5$
Длина при рождении, см	$45,5 \pm 1,02^*$	$49,4 \pm 0,4$
Окружность головки, см	$32,3 \pm 0,6$	$34,2 \pm 0,2$
Окружность груди, см	$29,9 \pm 0,8$	$32,5 \pm 0,3$
Оценка состояния ^[1] _{SEP} по шкале Апгар в конце 1-й минуты, баллы	$6,3 \pm 0,3$	$7,05 \pm 0,1$
Оценка состояния ^[1] _{SEP} по шкале Апгар в конце 5-й минуты, баллы	$6,9 \pm 0,2$	$7,7 \pm 0,1$

Примечание: $*p < 0,05$

Средняя масса новорожденных от матерей с тяжёлой преэклампсией в 1-й группе составила $2449,7 \pm 166,0$ г, во 2-й – $3028,0 \pm 85,5$ г (таблица 3). Новорожденные

массой тела при рождении ниже 2500 г составили 40,0% и 25,0% соответственно. Средний рост новорожденных в 1-й группе был $45,5 \pm 1,02$ см, во 2-й – $49,4 \pm 0,4$ см.

Оценка новорождённых по шкале Апгар на первой и пятой минутах представлена в таблице 3. Общее состояние детей при рождении оценивалось как тяжелое в 43,3% в основной группе и 14,2% в группе сравнения. В первой группе энцефалопатия различного генеза зарегистрирована в 20,0% случаев, задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 26,7%, внутриутробная инфекция – у 3,3%, во второй группе – у 12,5%, 17,8% и 0% соответственно. Неонатальная смертность в 1-й группе составила 7 случаев (23,3%).

Заключение. Таким образом, полученные результаты проведенных исследований показали, что тяжёлая преэклампсия у пациенток позднего репродуктивного возраста связана с высокими неблагоприятными перинатальными исходами. Установлена высокая частота ПОНРП, преждевременных и оперативных родов среди беременных основной группы. Высокая частота перинатальной энцефалопатии различного генеза и задержки внутриутробного развития стали причиной неонатальной смерти 23,3% новорожденных, родившихся от матерей с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста.

Приведённые факторы указывают на необходимость проведения прегравидарной подготовки, качественного наблюдения в ранние сроки беременности в целевых группах для профилактики гипертензивных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердыева Ш.Х., Оразгельдыева А.А., Аннаева Т.А. Преэклампсия-клинические аспекты // Вестник науки. 2023. Т.1, № 58. С. 395-398.
2. Долгушина В.Ф. и др. Отдалённые последствия перенесённых гипертензивных расстройств во время беременности // Акушерство и гинекология. 2021. № 10. С. 14-20.
3. Кажигаикизы Р. и др. Патогенетические особенности течения преэклампсии на фоне ожирения // Вестник КазНМУ. 2020. № 4. С. 20-25.
4. Рябикина М.Г. и др. Преэклампсия сегодня: анализируем факторы риска // Непрерывное медицинское образование и наука. 2023. Т. 17, №. 3. С. 79-87.
5. Узакова У.Д. Абдурахманов Ф.М. и др. Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве. Душанбе, 2015. 186 с.
6. Andre C.Q. et al. Future cardiovascular disease risk for women with gestational hypertension: a systematic review and meta-analysis // Journal of the American Heart Association. 2020. Vol. 9. P. 798-803.
7. Antwi Edward, Amoakoh-Coleman Mary et al. Systematic review of prediction models for gestational hypertension and preeclampsia // PLOS ONE. 2020. Vol. 15. P. 24
8. Kenny L.C. et al. Early Pregnancy Prediction of Preeclampsia in Nulliparous Women, Combining Clinical Risk and Biomarkers. The Screening for Pregnancy Endpoints (SCOPE) International Cohort Study // Hypertension. 2014. Vol. 64, № 3. P. 644-652.
9. Laura A.M., Kypros H.N. et al. Preeclampsia // N Engl J Med. 2022. Vol. 386. С. 1817-1832.
10. Say L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis // The Lancet Global Health. 2014. Vol. 2, № 6. P. 323-333.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Олимова Фарангис Зафаровна - доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино;

тел.: (+992)900750510; e-mail: Farangis_-z@mail.ru

Каримова Умеда Анваровна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 918617785; e-mail: karimovaumeda555@mail.ru

Юлдошева Манижа Умарчоновна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 985675625; e-mail: manizhayuldosheva88@mail.ru.

Салохидинова Гулбону Наджмиддиновна – старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Гафурова Нозанин Ганиевна – очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

УДК 369.253

ВЛИЯНИЕ БЛАГОПОЛУЧИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ТАДЖИКИСТАНА НА КАЧЕСТВО УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МАТЕРЯМ И ДЕТАМ

С.Д. Пулатова, Т.М. Джаборова, Г.В. Разыкова

Проект USAID «Здоровая мама, здоровый ребёнок»

Статья подчёркивает важность благополучия и психологического состояния медицинских работников особенно в контексте оказания помощи женщинам и детям. Профессиональное выгорание и стресс способны оказать влияние на качество оказываемой медицинской помощи. Факторами выгорания являются перегрузка, стресс, низкая мотивация, недостаточное обеспечение, недостаток инноваций в системе здравоохранения. Улучшение благополучия и поддержка медработников способны повысить качество оказываемых услуг и предотвратить выгорание.

Ключевые слова: медицинские работники, благополучие, профессиональное выгорание, эмоциональное состояние, уровень стресса.

IMPORTANCE OF THE WELL-BEING AND MENTAL HEALTH OF HEALTH CARE WORKERS

S.D. Pulatova, T.M. Dzhaborova, G.V. Razykova

USAID project “Healthy Mom, Healthy Child”

The article emphasizes the importance of the well-being and mental health of health care workers, especially in the context of caring for women and children. Professional burnout and stress can reduce the quality of health care. Factors contributing to burnout include overload, stress, low motivation, and insufficient supply of medical specialists, as well as poor remuneration and lack of innovation in the healthcare system. Improving the well-being and support of healthcare workers will help improve the quality of care and prevent burnout.

Key words: Medical workers, well-being, professional burnout, emotional state, stress level.

АҲАМИЯТИ НЕКЌАҲВОЉИ ВА СОЛИМИИ РАВОНИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ ТИБ

С.Д. Пулатова, Т.М. Джаборова, Г.В. Разыкова Гулнора Вахидовна
Лоиҳаи USAID «Модари солим, кӯдаки солим»

Дар матн ба аҳамияти некӯаҳволӣ ва солимии равонии кормандони соҳаи тиб, махсусан дар заминаи нигоҳубини занон ва кӯдакон таъкид шудааст. Хастагии касбӣ ва стресс метавонад сифати хизматрасонии тиббиро паст кунад. Омилҳое, ки ба хастагӣ мусоидат мекунад, қори аз ҳад зиёд, стресс, ҳавасмандии паст ва таъминоти нокифояи мутахассисони соҳаи тиб, инчунин музди паст ва набудани навоарӣ дар системаи тандурустӣ мебошанд. Баланд бардоштани сатҳи некӯаҳволӣ ва дастгирии кормандони соҳаи тиб ба беҳтар шудани сифати нигоҳубин ва пешгирии сӯзишворӣ мусоидат мекунад.

Калимаҳои асосӣ: кормандони тиб, некӯаҳволӣ, сӯхтани касбӣ, ҳолати эмотсионалӣ, сатҳи стресс.

Актуальность. Трудовая деятельность медицинских работников во всем мире связана с высоким психоэмоциональным напряжением, и их благополучие играет важнейшую роль в общем состоянии здоровья матери и ее ребенка, а также населения в целом. Женщины и дети – самые уязвимые группы населения, которые первыми сталкиваются с любыми изменениями в системе здравоохранения. В связи с этим медицинские работники, находящиеся в хорошем физическом, эмоциональном и психологическом состоянии, с большей вероятностью окажут качественные услуги, обеспечив матерям надлежащий дородовый, послеродовой уход. А также уход во время родов. Они более внимательны, сопереживают и способны удовлетворить разнообразные и постоянно меняющиеся потребности женщин и детей в медицинском обслуживании.

Проблема эмоционального выгорания среди медицинских работников становится все более актуальной. Медицинские работники, испытывающие перегрузку,

стресс или выгорание, могут проявлять меньше сострадания и сопереживания, что негативно сказывается на качестве медицинской помощи [1-6]. По данным некоторых пилотных исследований благополучия медработников в Таджикистане из 255 респондентов медработников, 57,1% медработников указали, что ощущают профессиональное выгорание (рисунок) [1, 2, 4, 5]. Из них респонденты ответили, что чувствуют усталость еще до прихода на работу (49,4%), нуждаются в большем количестве времени для отдыха, чем раньше (52,6 %), часто чувствуют эмоциональное истощение во время работы (45,8%) и обычно чувствуют себя разбитыми и уставшими после работы (76,1%). Из общего числа респондентов 47,8% отметили, что в течение последнего месяца работали сверхурочно. Высокую частоту общения с пациентами отметили 74,1% медработников, что является одной из причин, приводящих к психологической нагрузке и профессиональному выгоранию.



■ Полностью не согласен ■ Несогласен ■ Согласен ■ Полностью согласен

Процент респондентов подтвердили, что чувствуют профессиональное выгорание

Одним из факторов выгорания медицинских работников является низкая обеспеченность и неравномерная плотность распределения медицинских специалистов. Специализированных штатных подразделений недостаточно для обслуживания населения в районах. Отсутствие мотивации медработников, недостаточная система вознаграждения, низкий уровень инноваций, отсутствие адресной психологической помощи, административная нагрузка, рутина и низкая квалификация медработников также являются стресс-факторами, способствующими выгоранию медработников. Анализ медицинских ресурсов в стране показывает, что соотношение врач-медсестра в большинстве медучреждений ПМСП в регионах Таджикистана составляет 2/5. В связи с этим на медсестер часто приходится больше положенной нагрузки.

Инвестиции в благополучие медицинских работников, несомненно, окажут положительный эффект на качество услуг по охране здоровья матери и ребенка. Проводя регулярное обучение и повышение квалификации, медицинские работники могут совершенствовать свои знания и навыки. Кроме того, включение в систему здравоохранения стратегий самопомощи, борьбы со стрессом и поддержания баланса между трудовой деятельностью и личной жизнью может способствовать профилактике "выгорания" у медицинских работников. В итоге эти меры создают

положительный цикл оказания медицинской помощи и способствуют улучшению состояния здоровья матерей и детей.

Создание поддерживающей среды и забота о благополучии медработников являются важными аспектами стратегий обеспечения здравоохранения. В связи с этим ВОЗ, как орган, определяющий политику здравоохранения на международном уровне, определяет психическое здоровье как "состояние благополучия, при котором каждый человек реализует свой собственный потенциал, справляется с жизненными стрессами, может продуктивно и плодотворно работать, и вносить вклад в жизнь своего общества".

ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка благополучия медицинских работников Хатлонской области, Бохтарская зона. Таджикистан. USAID/HMNB, 2023.
2. Labour market review. Tajikistan, 2010. Labour Market Review. Tajikistan. ETF (europa.eu)
3. Why mental health is a priority for action on climate change (who.int)
4. Agency on Statistics under the President of the Republic of Tajikistan
5. Review of the National Programm on the Development of Family Medicine 2011-2015 in the Republic of Tajikistan - ru (who.int). 2015
6. Literature Review Summary. Component of the Qualitative Research Report HRSA, 2020

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Пулатова Сураё Джамshedовна - Сотрудник проекта ЮСАИД «Здоровая мама, здоровый ребёнок»; тел.: (+992) 000200044; e-mail: surayo_pulatova@abtassoc.com

Джаборова Тахмина Мухидинджановна - сотрудник проекта ЮСАИД

«Здоровая мама, здоровый ребёнок», тел: (+992) 888800837;

e-mail: tahmina_jaborova@abtassoc.com

Разыкова Гулнора Вахидовна - к.м.н., сотрудник проекта ЮСАИД по укреплению устойчивости местной системы здравоохранения. тел: (+992) 000200077;

e-mail: gulnora_razykova@abtassoc.com

УДК 616.089

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

З.Х. Рафиева, Ф.М. Абдурахманова, Г.А. Абдуллоходжаева, Ф.И. Усманова

Кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета ТНУ

Акушерское и гинекологическое отделения ЦРБ Б. Гафуровского района

В статье представлены преимущества и недостатки современных методов фармакологического и хирургического гемостаза, используемых в неотложной помощи при патологических кровотечениях во время операции кесарева сечения. Указано, что обозначенное направление требует дальнейшего изучения и интенсивного развития с целью создания такого алгоритма профилактики кровотечения и оптимизации оперативной техники при абдоминальном родоразрешении, который доступен на всех уровнях оказания акушерской помощи населению.

Ключевые слова: неотложная помощь, кесарево сечение, кровотечение, гемостаз.

**ЁРИИ ФАВРӢ БАРОИ ХУНРАВИИ ПАТОЛОГӢ
ҲАНГОМИ ҶАРРОҲИИ ҚАЙСАРӢ**

З.Х. Рафиева, Ф.М. Абдурахманова, Г.А. Абдуллоходжаева, Ф.И. Усманова

Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Беморхонаи Марказии ноҳия Бобоҷон Ғафуров

Дар мақола афзалиятҳо ва камбудии усулҳои муносири гемостази фармакологӣ ва ҷарроҳӣ, ки бо мақсади расонидани ёрии фаврӣ ҳангоми хунравии патологӣ дар вақти ҷарроҳии буриши кесарӣ истифода мешаванд, пешниҳод карда шудаанд. Гуфта мешавад, ки самти зикришуда омӯзиши минбаъда ва рушди пуршиддатро бо мақсади коркарди чунин алгоритми пешгирии хунравӣ ва оптимизатсияи техникаи оперативӣ ҳангоми таваллуди абдоминалӣ, ки дар ҳама сатҳҳои расонидани кӯмаки акушерӣ ба аҳоли дастрас аст, талаб мекунад.

Калимаҳои асосӣ: ёрии фаврӣ қайсарӣ, хунравӣ, гемостаз.

EMERGENCY CARE FOR PATHOLOGICAL BLEEDING DURING CESAREAN SECTION SURGERY

Z.H. Rafieva, F.M. Abdurakhmanova, G.A. Abdullokhodzhayeva, F.I. Usmanova

*Department of Obstetrics and Gynecology of the Medical Faculty
of the Tajik National University*

Department of the Bobodjon Gafurovsky district Maternity Hospital

This article presents advantages and disadvantages of modern methods of pharmacological and surgical hemostasis therapeutically used at pathological bleeding during cesarean operation. It is stated that the trend in obstetrics requires further investigation and rapid development to create the algorithm of bleeding prevention and optimize surgical techniques when performing a cesarean section available at all levels of obstetric care.

Key words: Cesarean section, bleeding, hemostasis.

Актуальность. Одной из ведущих причин материнской смертности как в Республике Таджикистан, так и во всем мире являются акушерские кровотечения, составляющие в ее структуре в чистом виде 20–25% случаев, как конкурирующая причина – 42% наблюдений, а как фоновая – 78% случаев [15, 16, 17, 19].

По отношению к общему числу родов, показатель акушерских кровотечений колеблется от 3% до 12%, при этом 2–4% акушерских кровотечений связаны с гипотонией матки в послеродовом и раннем послеродовом периодах, около 1% случаев возникает при наследственных или приобретенных дефектах системы гемостаза [1, 2, 7, 8, 16, 23]. Риск развития патологического кровотечения возрастает при выполнении операции кесарева сечения, что связано не только с проведением хирургического вмешательства, но и с гестационными особенностями беременной матки, а именно – перерастяжением и усиленным кровоснабжением репродуктивного органа [7, 8, 15, 16, 20, 23, 24].

Сегодня предложены, в основном, методы лечения уже развившегося кровотечения в периперационном периоде [6, 7, 8, 9, 16,

19, 24, 26]. Однако важной является профилактическая направленность мероприятий, в связи с чем ученые разрабатывают различные способы для уменьшения кровопотери у пациенток в периперационном периоде [1, 2, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14]. Одним из лекарственных методов, способствующих профилактическому снижению кровопотери во время операции кесарева сечения, является метод введения утеротонических средств [1, 23, 26, 27]. Для этой цели применяют окситоцин, препараты эргометрина и аналоги простагландинов F2 α и E1 с различной дозировкой и путями введения [14, 20, 23, 26, 27]. В настоящее время нет убедительных данных о преобладающей эффективности определенного лекарственного препарата [15].

Как препарат выбора для профилактики послеродовых кровотечений, эксперты ВОЗ рекомендуют окситоцин с низкой частотой побочных эффектов [14, 20].

Другие авторы предлагают использовать карбетоцин у рожениц, имеющих высокий риск развития гипотонического кровотечения [1, 23]. Указанный препарат является структурно близким к окситоци-

ну, в отличие от которого молекула карбетоцина защищена от воздействия аминопептидаз и дисульфидаз. Особое строение данного препарата обеспечивает замедление ферментативного распада, удлиняет период фармакологического действия, направленного на сокращение миоцитов. Карбетоцин вводится однократно, в отличие от окситоцина, который для достижения пролонгированного эффекта применяется в виде длительной внутривенно-капельной инфузионной терапии. При этом по безопасности карбетоцин не уступает окситоцину [1, 23]. По сравнению с препаратами, содержащими эргометрин, применение карбетоцина возможно у рожениц даже с артериальной гипертензией [1, 14].

Некоторые ученые отмечают положительный утеротонический эффект от применения в раннем послеродовом (послеоперационном) периоде мизопростола (синтетического аналога простагландина E1 (ПГЕ1)) в дозе 400 мкг интравагинально или перорально [1, 26]. Данное фармакологическое действие основано на усилении транспорта ионов кальция как через клеточные мембраны внутриклеточных органелл, так и опосредованно через специфические рецепторы миометрия. Из этого следует, что простагландин E1 (ПГЕ1) включается в процесс сокращения матки в качестве локального тканевого гормона [1, 14].

Другие исследователи в послеродовом периоде рекомендуют вводить в шейку матки 1 мл (1 мг) динопростона (простагландина E2 (ПГЕ2)), что оказывает стимулирующее действие на сократительную активность и тонус миометрия, увеличивая его кровоснабжение, способствуя размягчению и раскрытию послеродовой шейки матки и стимулируя эвакуацию послеродовых лохий [19, 26].

Однако имеются работы о нежелательном применении утеротонических средств во время операции кесарева сечения при наличии у пациентки миоматозных узлов ввиду возможности их ишемии с последующими некротическими изменениями [13].

Вместе с тем нужно отметить, что в основе гипотонического состояния матки лежат не только нарушения в сократительных свойствах миометрия, но и резкие изменения соотношения компонентов свертывающей системы крови вследствие прекращения функционирования плаценты [11, 12]. Существуют данные о том, что у всех родильниц во время отделения плаценты резко снижается уровень ингибитора активатора плазминогена PAI-2. Это способствует повышению активности плазминового компонента системы гемостаза в послеродовом периоде, приводящего к увеличению объема кровопотери [12]. Указанные процессы являются основанием для применения с гемостатической целью антифибринолитиков, в частности, таких препаратов, как аprotинин (Ап), эpsilon-аминокапроновая и транексамовая кислоты [2, 3, 12, 13, 14, 18, 19, 22, 25].

Фармакологическое действие указанных препаратов заключается в том, что они вследствие структурного сходства с лизинном способны по конкурентному типу блокировать процесс активации плазминогена, тем самым предупреждая лизис тромба в зоне повреждения сосуда, угнетая фибринолиз [2, 3, 12, 13, 14, 22, 25]. Применение ингибиторов фибринолиза способствует формированию полноценного стабильного сгустка крови в месте дефекта сосудистой стенки. Фармакокинетика антифибринолитиков находит подтверждение в результатах электрокоагулографии [23, 25].

В последние годы появились данные о том, что достоверная эффективность аprotинина наблюдается только при высоких дозах препарата, однако при этом повышается риск развития тромбоэмболических осложнений [13, 14].

Сравнительные исследования, проведенные *in vivo*, показывают, что фибринолитическая активность аминокaproновой кислоты уступает транексамовой в 15–20 раз [2, 11, 13, 14].

В одном из исследований обозначена тромбобезопасность и фармакологическая эффективность применения транексамовой кислоты у пациенток с различной патологией [24]. Высокая эффективность и безопасность препаратов транексамовой кислоты в акушерстве были доказаны и в других исследованиях [2, 3, 15, 22, 25].

В литературе приведены сведения о том, что при высокой клинической эффективности наименьшее число побочных эффектов среди антифибринолитических препаратов наблюдается при введении препаратов транексамовой кислоты, а развитие тромботических осложнений не отличается от такового в общей популяции [3].

Установлено, что препараты транексамовой кислоты значительно уменьшают объем кровопотери и потребность в геотрансфузиях, при этом их использование не сопровождается увеличением числа тромботических осложнений [25, 26, 27, 28]. Последний фактор является особенно важным, так как активация внутрисосудистого свертывания, с одной стороны, может вести к микротромбозу, что нарушило бы плацентацию, особенно в условиях физиологической гиперкоагуляции при беременности, а с другой стороны, она не безопасна для организма матери в связи с риском развития тромбоза. Препараты транексамовой кислоты, являясь

антифибринолитическим средством, ингибируют действие активатора плазмина и плазминогена, это позволяет им оказывать гемостатическое действие [11, 12, 13, 14].

Некоторые зарубежные исследователи в случаях повышенного риска возникновения ДВС-синдрома для профилактики коагулопатических кровотечений рекомендуют трансфузии аутокриоплазмы в объеме 600–800 мл не менее чем за 6 часов до родов [23, 24].

В случаях неэффективности фармакологического гемостаза используют электрохирургические и хирургические способы остановки кровотечения [5, 7, 8, 16, 19, 20]. Современные технические возможности позволяют во время операции использовать электрокоагуляцию кровоточащих тканей [5]. Однако следует понимать, что широкая и «грубая» коагуляция приводит к некротическим изменениям и плохому заживлению тканей.

В последние годы при абдоминальных операциях стали активнее применять радиоволновую и аргоноплазменную коагуляцию тканей. Преимуществами широкополостного радиоволнового рассечения является минимальный отек и инфильтрация тканей в послеоперационном периоде и раннее заживление тканей [4]. К достоинствам аргоноплазменной коагуляции относятся: отсутствие непосредственного контакта электрода с тканью, быстрый гемостаз при капиллярных кровотечениях на больших раневых поверхностях, отсутствие обугливания тканей за счет вытеснения из зоны воздействия кислорода инертным газом – аргоном [4]. Однако указываются и недостатки данных методов, а именно – наличие относительно дорогостоящего оборудования и материала, доступного не всем медицинским учреждениям [20].

При недостаточном гемостазе и продолжающемся интраоперационном кровотечении выполняется двухуровневая перевязка основных сосудов, кровоснабжающих матку и подлежащие ткани — *a.uterina*, *a.ovarica* [7, 15, 16, 28]. В критических ситуациях приходится перевязывать ветви общей подвздошной артерии как основного магистрального сосуда, питающего органы малого таза [15, 16, 19, 21].

При развитии гипотонического кровотечения до решения вопроса о гистерэктомии некоторые авторы предлагают накладывать компрессионные швы на матку [15, 19, 24, 26]. В настоящее время предложены различные модификации таких швов [15, 24]. Однако, как указывают сами авторы разработанных методов, в некоторых случаях при сокращении матки наблюдается ослабление натяжения с провисанием шва и развитием повторного кровотечения [15, 16].

Ряд исследователей предлагают использовать баллонную тампонаду матки не только для борьбы с гипотоническим кровотечением, но и как меру, уменьшающую кровопотерю у пациенток высокого риска по кровотечениям [9]. Приведены сведения о том, что во время операции кесарева сечения баллонное тампонирование матки способствует уменьшению кровопотери на 79 % [20, 21].

М.А. Курцер и соавторы (2011) предлагают перед оперативным родоразрешением беременных с центральным предлежанием плаценты и истинным ее приращением для снижения кровопотери проводить эндоваскулярную эмболизацию маточных артерий [10]. К сожалению, этот высокотехнологический метод, несмотря на свою патогенетическую обоснованность, доступен далеко не всем родовспомогательным учреждениям нашей страны, работа-

ющим даже на III уровне оказания медицинской помощи. Кроме того, как указывают некоторые исследователи, данный метод не всегда эффективен из-за раздельного сегментарного кровоснабжения тела и перешейка матки [21].

Ряд авторов при родоразрешении пациенток с миомой матки для уменьшения интраоперационной кровопотери предлагает проводить клиппирование подвздошных артерий, позволяющее снизить кровоснабжение внутренних половых органов, в том числе и тела матки [18]. Следует признать, что данный метод является технически сложным, требующим наличия высокого профессионального навыка, так как при выполнении данной манипуляции существует высокий риск повреждения крупных сосудов и близлежащих органов. Кроме того, имеются сведения о том, что при перевязке крупных сосудов происходит активация тромбопластина с запуском механизмов свертывающей и противосвертывающей систем крови [2, 22]. Поэтому одним из недостатков данного способа является высокий риск развития геморрагических осложнений, вплоть до ДВС-синдрома [14, 18, 19].

Очевидно, что лучший эффект профилактики и лечения акушерских кровотечений при абдоминальном родоразрешении достигается при использовании системного подхода к этой проблеме, а именно — при модернизации методов остановки кровотечения, использовании эффективных лекарственных гемостатических препаратов в сочетании с быстрым хирургическим исполнением.

Таким образом, несмотря на имеющиеся литературные сведения по проблеме снижения кровопотери во время и после операции кесарева сечения, это направление все еще нуждается в дальнейшем изучении и интенсивном развитии с целью

создания алгоритма профилактики кровотечения при выполнении операции такого рода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баев, О. Р. Применение карбетоцина для профилактики послеродовых кровотечений // Акушерство и гинекология. 2013. № 7. С. 101–105.
2. Бикмуллина Д.Р., Зайнулина М.С. Применение транексамовой кислоты с целью профилактики коагулопатического кровотечения при оперативном родоразрешении // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. Т. LVIII, № 5. С. 97–98.
3. Васильев С.А., Виноградов В.Л., Гемджян Э.Г. Транексам – антифибринолитический гемостатик // Тромбоз, гемостаз и реология. 2008. № 1. С. 28–34.
4. Гаспаров А.С., Бурлев В.А., Дубинская Е.Д., Дорфман М.Ф. Эффективность применения аргонплазменной коагуляции в акушерстве и гинекологии // Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. Т. 11, № 2. С. 33–36.
5. Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А., Бутунов О.В. Современные электрохирургические технологии в акушерстве // Жіночий лікар. 2010. Т. 27, № 1. С. 10–14.
6. Джанибекова Д.Э., Кутуков В.В. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта при операциях на органах брюшинного пространства, их профилактика и лечение // Астраханский медицинский журнал. 2016. Т. 11, № 1. С. 8–20.
7. Жаркин Н.А., Булавская Ю.В., Жаркин Ф.Н. Интраоперационная остановка и профилактика акушерских кровотечений // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014. № 4. С. 100–103.
8. Ищенко А.И., Липман А.Д., Никонов А.П., Ищенко А.А., Чилова Р.А., Ананьев В.А. Органосохраняющие операции на послеродовой матке при гипотонических

кровотечениях // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. Т. 7, № 3. С. 11–15.

9. Кукарская И.И., Управляемая баллонная тампонада матки при операции кесарева сечения как метод профилактики острой массивной кровопотери // Акушерство и гинекология. 2012. № 7. С. 80–83.
10. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. и др. Истинное вращение плаценты (placenta accreta). Консервативная терапия // Акушерство и гинекология. 2011. № 4. С. 118–122.
11. Макацария А.Д. Тромбогеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической практике / под ред. А.Д. Макацарии. М.: МИА, 2011. 496 с.
12. Мамиев В.О., Синчихин С.П., Гужвина Е.Н., Мамиев О.Б. Влияние транексама на величину кровопотери у женщин в родах и раннем послеродовом периоде // Уральский медицинский журнал. 2012. Т. 101, № 9. С. 73–77.
13. Момот А.П., Молчанова И.В., Цхай В.Б. Фармакотерапия массивных акушерских кровотечений // Акушерство и гинекология. 2010. № 4. С. 3–10.
14. Плоткин Д.В., Поварихина О.А. Современные средства лекарственной гемостатической терапии // ФАРМиндекс-Практик. 2004. № 6. С. 40–46.
15. Рогожина И.Е. Современное представление о механизмах маточных кровотечений при некоторых urgentных состояниях в акушерско-гинекологической клинике // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1. С. 059–065.
16. Рымашевский А.Н., Радзинский В.Е., Красникова Н.А. и др. Хирургический компонент лечения акушерских и гипотонических кровотечений // Акушерство и гинекология. 2008. № 3. С. 30–34.
17. Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б., Синчихина М.Е. Социальные и

- медицинские аспекты беременности у несовершеннолетних // Гинекология. 2008. Т. 10, № 4. С. 86–89.
18. Синчихин С.П., Магакян С.Г., Степанян Л.В., Соколова А.В. Новые возможности уменьшения кровопотери при выполнении органосохраняющих операций на матке // Гинекология. 2014. Т. 16, № 5. С. 9–14.
19. Стрижаков А.Н., Белоцерковцева Л.Д., Игнатко И.В., Киличева И.И. Лечение и профилактика послеродовых кровотечений при высоком риске их развития // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015. Т. 14, № 2. С. 33–43.
20. Фаткуллин И.Ф., Милова И.А. Принципы и методы уменьшения кровопотери и профилактики кровотечений при операции кесарева сечения // Практическая медицина. 2010. Т. 43, № 4. С. 49–51.
21. Цхай В.Б., Павлов А.В., Гарбер Ю.Г. и др. Оценка эффективности эмболизации маточных артерий в снижении интраоперационной кровопотери у беременных с полным предлежанием плаценты // Акушерство и гинекология. 2015. № 8. С. 59–63.
22. Чернуха Е.А., Федорова Т.А. Эволюция методов терапии послеродовых кровотечений // Акушерство и гинекология. 2007. № 4. С. 61–65.
23. Anandakrishnan S., Balki M., Farine D., Seaward G., Carvalho J.C. Carbetocin at elective Cesarean delivery : a randomized controlled trial to determine the effective dose, part 2 // Can. J. Anaesth. 2013. Vol. 11, № 60. P. 1054–1060.
24. Guiliano M. et al. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery // J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2014. № 179. P. 130–134.
25. Gultekin M., Diribas K., Buru E., Gökceoglu M.A. Role of a non-hormonal oral anti-fibrinolytic hemostatic agent (tranexamic acid) for management of patients with dysfunctional uterine bleeding // Clin. Exp. Obstet. Gynec. 2009. Т. 3, № 36. P. 163–165.
26. Hofmeyr G.J., Gülmezoglu A.M., Novikova N., Lawrie T.A. Postpartum misoprostol for preventing maternal mortality and morbidity // Cochrane Database Syst. Rev. 2013. № 7. P. CD008982.
27. Kayem G. et al. Specific second-line therapies for postpartum haemorrhage: a national cohort study // J. Obstet. Gynaecol. 2011. Vol. 7, № 118. P. 856–864.
28. Palacios-Jaraguemada M. Caesarean section in cases of placenta praevia and accrete // Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol. 2013. Vol. 2, № 27. P. 221–232.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Рафиева Зарина Хамдамовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета; тел.: (+992) 907719967; e-mail: zar_1966@mail.ru

Абдурахманова Фируза Муиновна – д.м.н., профессор, зам. главного врача по родовспоможению ГУ "Истиклол", профессор кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета; тел.: (+992) 918617838; e-mail: dr.abdurahmanova@mail.ru

Абдуллоходжаева Ганджина Азаловна – к.м.н., зав. гинекологическим отделением ЦРБ Бободжон Гафуровского района

Усманова Фируза Икрамовна – к.м.н., зав. родильным отделением ЦРБ Бободжон Гафуровского района

УДК 616,31-053,2578,3

КАРИЕС У ДЕТЕЙ

Б.А. Салимов, М.М. Косимов, А. Вохидов

ГУ «НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» МЗиСЗН РТ

ГУ МК «Истиклол»

Распространённость кариеса среди детей продолжает оставаться на достаточно высоком уровне. Характерно то, что с возрастом как частота, так и интенсивность кариеса имеют четкую тенденцию к росту. К основным факторам повышения популяционной частоты кариеса относятся низкие санитарная культура и медицинская активность родителей, а также бесконтрольный прием детьми кариесогенных продуктов питания.

Ключевые слова: кариес, интенсивность, распространенность.

КАРИЕС ДАР КУДАКОН

Б.А. Салимов, М.М. Косимов, А. Вохидов

ПИК Стоматология ва ҷарроҳии ҷоғи рӯй

МД МК "Истиқлол"

Паҳншавии кариес дар байни кӯдакон дар сатҳи хеле баланд боқӣ мемонад. Хусусияти он аст, ки бо мурури синну сол ҳам басомад ва ҳам шиддатнокии кариес тамоюли равшани афзоиши дорад. Омилҳои асосии афзоиши гирифторишавӣ ба кариес аз ҷониби кӯдакон маданияти насти санитарӣ ва фаъолияти тиббии волидон, инчунин истеъмоли беназорати маҳсулоти озуқавории кариесист.

Калимаҳои асосӣ: кариес, шиддат, паҳншавӣ

CARIES IN CHILDREN

Salimov B.A., A. Vokhidov, M.M. Kosimov

SI «SCI Dentistry and Maxillofacial Surgery»

GO MK "Istiklol"

The prevalence of caries among children continues to remain at a fairly high level. It is characteristic that with age, both the frequency and intensity of caries has a clear tendency to increase. The main factors for increasing the population incidence of caries include low sanitary culture and medical activity of parents, as well as uncontrolled intake of caries-producing food products by children.

Key words: caries, intensity, prevalence

Актуальность. Кариес зубов – патологический процесс, который продолжает оставаться наиболее частым хроническим заболеванием в детском возрасте. По результатам эпидемиологических исследований, проведенных в Республике Кыргызстан, установлен высокий уровень распространенности и интенсивности кариеса зубов, включая и другие стоматологические заболевания. Полученные данные свидетельствуют о том, что популяционная частота интенсивности кариеса зубов на страновом уровне превышает 79,7%, в г. Бишкеке - 80%, в Ошской области - 93%. [1, 4, 9]. Повозрастное распределение частоты кариеса показало, что среди детей в возрасте 12-ти лет частота кариеса постоянных зубов регистрируется в 75,0% случаев.

Результаты исследований многих ученых показывают то, что у детей годовалого возраста имеет место поражение кариесом, начинаясь на верхних передних молочных зубах. Одной из значимых проблем является тот момент, что у них нет еще контроля за гигиеной полости рта и зубов со стороны родителей, достаточно широко распространено злоупотребление сладкими и липкими продуктами питания. Употребление сахара оказывает воздействие на рентгеноструктурную картину кристаллов слюны, где происходит замена фтора на гидроксильную группу. В этой связи проведение сплошной профилактики полости рта детям данных возрастных групп в процессе обращения не приведет к желаемому эффекту, в этой связи наиболее перспективным является их плановое проведение, в так называемые «рискованные» годы. К таким периодам относится возраст 1, 3, 6-7, 12, 15-17 лет. Во многих странах основные причины высокой пораженности детского контингента населения кариесом и его осложне-

ниями обусловлены определенными климатогеографическими особенностями территории проживания, которые сами по себе предрасполагают к его развитию, далее по убыванию - несоблюдение регулярной гигиены полости рта, нерегулярное исполнение или же факт отсутствие государственных программ профилактики основных стоматологических заболеваний [2, 4, 7, 10].

Цель исследования. Изучить распространенность кариеса среди детского контингента РТ.

Материал и методы исследования. В работе предоставлены результаты анализа лечения кариеса у детей в детских стоматологических учреждениях г. Душанбе, всего было ретроспективно анализировано 160 карт детей. За период с 2018 по 2022 гг. среди обследованных 45,6% составили девочки, остальные - мальчики.

При проведении оценки были использована стандартная карта ВОЗ.

Статистическая обработка проведена использованием стандартной компьютерной программы Statistica 6.

Результаты и их обсуждение. В Республике Таджикистан относительно регулярно проводятся эпидемиологические исследования, с охватом всех регионов республики, особенно высокогорных. Однако исследования по новым стандартам ВОЗ еще не проводилось. По данным К.П. Пашаева [5], распространенность стоматологических заболеваний у детей 7-8 лет в Таджикистане составила 80,2%. Анализ материалов клинико-эпидемиологических исследований стоматологического статуса у школьников [7] свидетельствовал о том, что распространенность и интенсивность кариеса у 12-летних достигает 85,6% и 3,8% соответственно. По имеющимся данным, уровень показателей заболевае-

мости кариесом жителей Таджикистана имеет тенденцию к увеличению.

По результатам проведенных исследований, многие авторы утверждают, что у детей в возрасте 6 лет показатель распространенности кариеса зубов составляет 13-22%, тогда как к 12 годам указанный показатель возрастает более чем в пять раз и составляет 75%, а в подростковом возрасте к 15 годам разница увеличивается почти в шесть раз - 88%.

Основываясь на проведенных исследованиях в НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, в течение последних 5 лет установлено, что среди детей в возрастной группе 6 лет показатель распространенности кариеса имеет колебания от 89,0 в 2018 г. до 87,3 в 2022 г. Однако во все анализируемые годы отмечается рост доли детского населения, имеющего кариозные зубы до 87,3% в 6-летнем, 80,0% – 12-летнем и 89% – в 15-летнем возрасте (рисунок 1).

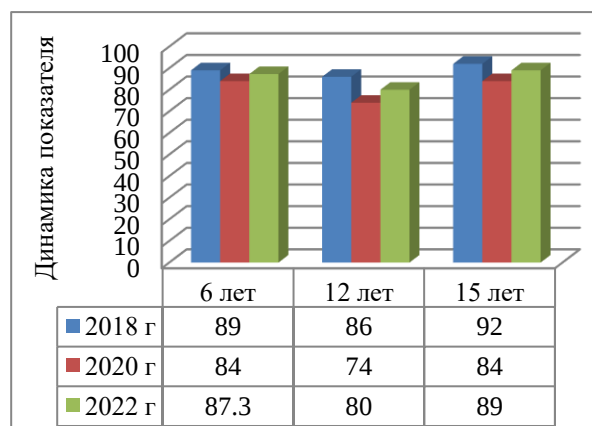


Рисунок 1. Динамика распространенности кариеса у детей в РТ (%)

С увеличением возраста отмечается рост популяционной частоты кариеса среди детей. Данная тенденция была наиболее выражена в 2018 г., когда показатель Т/приб. составил +3,2%. В 2020 г. анализируемый показатель не имел существенных изменений, однако в 2022 г. вновь

отмечен рост частоты случаев кариеса среди детей на 1,7%.

Установлено, что интенсивность кариеса зубов у детей в возрасте 6-ти лет составила КПУ=0, КП= 7,5. Составляющие индекса КП были: к = 7,5, П = 0. Данные говорят о том, что санационная работа в данной возрастной группе не проводилась. Индекс интенсивности составляет только показатель К и он определяет 100% интенсивности. Следующая возрастная группа, по сравнительному изучению индекса КПУ – 12-летние школьники. Данные в этой возрастной группе распределились следующим образом. Индекс КПУ составил 2,98. Составляющие индекса КПУ: К= 2,77, П=0,08, У=0,13 (рисунок 2).

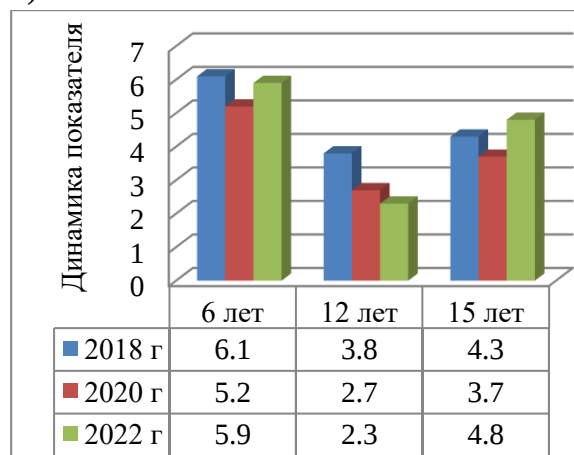


Рисунок 2. Динамика интенсивности кариеса у детей в РТ

Оценивая показатели интенсивности кариеса у детей в различные возрастные периоды от 6 до 15 лет, установлено, что в подростковом периоде показатель интенсивности кариеса имеет чёткую статистически достоверную ($p < 0,05$) тенденцию к снижению, где показатель Т/убыли составил – 29,5%, такая динамика имеет место во всех анализируемые годы (рисунок 2.) Установлено, что, в среднем, у каждого 12-летнего школьника имеет место по 3,8 постоянных зуба, которые поражены кариесом, в 2022 г. отмечена тенденция к

снижению показателя интенсивности кариеса постоянных зубов до 2,3. В возрастной группе 15 лет в 2018 г. значение индекса КПУ составило 4,3, в 2020 г. данный показатель уменьшился почти на 1 зуб, составив 3,7, однако в 2022 г. выявлено увеличение значения индекса интенсивности кариеса более чем на 1 зуб, составив 4,8.

В последние годы в научных публикациях авторы уделяют все большее внимание оценке влияния питания на здоровье детей. Доказанным фактом является то, что негативное влияние несбалансированного питания по своей значимости сопоставимо с влиянием неблагоприятных генетических факторов на здоровье. Большинство детей с раннего возраста имеют низкий уровень здоровья, при этом зачастую причиной является высокая распространенность низкой минеральной плотности костей и, как следствие, развитие кариеса зубов, возникающее по причине дефицита кальция и фтора [6, 9, 10]. Максимальная концентрация фтора сосредоточена в скелете человека и твердых тканях зубов. Роль и значение микроэлементов в организме человека в большинстве случаев обусловлены их метаболической активностью: микроэлементы выступают в качестве коферментов и субстратных кофакторов в процессе обмена белков, липидов и углеводов.

Важной биологической особенностью фтора является костеобразование, зубной эмали, формирование дентина, предупреждение развития старческого остеопороза, также соединения фтора способствуют выраженному кариесостатическому действию [5, 9]. Недостаток фтора негативно влияет на многие физиологические процессы, особенно на эритропоэз, тем самым способствует развитию анемии [3, 5]. В литературе имеются работы, посвящен-

ные изучению фтор-дефицитных состояний (гипофтороз), их влиянию на течение обменных процессов в организме детей и подростков. Фтор обладает уникальной способностью - в течение секунды входит в реакцию с гидроксиапатитом, что в последующем приводит к образованию гидроксифторапатита, который более стойкий к органическим кислотам, включая микробного происхождения. Фтор, входящий в состав эмали, способствует повышению резистентности к воздействию кислот и, как следствие, противодействует формированию кариеса [7, 9].

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди матерей и детей имеет место недостаточный уровень стоматологического просвещения по предотвращению кариеса зубов и других стоматологических заболеваний. В течение пяти лет продолжает сохраняться достаточно высокий уровень кариеса среди детей всех возрастных групп. Несбалансированное питание, дефицит микронутриентов, излишний прием углеводистой пищи, обладающий кариесогенными свойствами, относятся к основным факторам, способствующим развитию данного класса заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.П., Бабаев И.И., Саттарова М.Х. Суточное потребление фтора школьниками некоторых регионов Согдийской области Республики Таджикистан // Медицина труда и экология человека. 2015. №3. С. 38-42.
2. Гарифуллина А.Ж., Скрипкина Г.И., Бурнашова Т.И. Сравнительная оценка стоматологического здоровья детей школьного возраста г. Омска с помощью Европейских индикаторов // Проблемы стоматологии. 2019. Т.14, №4. С. 77-81.
3. Джураева Ш.Ф., Турдыев Б.З., Шарипов Х.С. Клинико-эпидемиологическая

характеристика развития основных стоматологических заболеваний среди детского и подросткового населения Таджикистана // Молодой ученый. 2013. С. 41-43

4. Исмаилов А.А. Критерии оценки стоматологической помощи населению // Молодой ученый. 2016. №7 (111). С. 395-398.

5. Исмагилов О.Р., Шулаев А.В., Старцева Е.Ю., Ахметова Г.М., Березин К.А. Стоматологическая заболеваемость детей школьного возраста // Проблемы стоматологии. 2019. Т15, №4. С. 140-148

6. Крылова Л.В., Санникова Н.Е., Бородулина Т.В. и др. Научное обоснование профилактики и коррекции дефицита фтора у детей грудного и раннего возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015. Т.60, №1. С. 104-107.

7. Нуров Д.И., Ашуров Г.Г. Скорость восстановления поверхностного слоя эмали в зависимости от интенсивности кариеса зубов и общего состояния организма // Вестник Таджикского национального

университета. 2015. №1/3 (164). С. 243-246.

8. Онищенко Л.Ф., Маслак Е.Е., Арженновская Е.Н. и др. Факторы риска заболеваний зубов в питании подростков // Dentalforum. 2015. №4. С. 72.

9. Сыдыков А.М. Эпидемиологическая оценка стоматологической заболеваемости в южных регионах Киргизской Республики // Молодой ученый. 2015. №16 (96). С. 89-95. 1

10. Шамсидинов А.Т., Ахмедов А., Танжихолов У.Х., Рахимов М.Д. Распространенность и структура зубочелюстной патологии у детей и подростков г. Душанбе и необходимость в их коррекции // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2015. №4. С. 45-49

11. Хамадеева А.М., Турдыев Б.З., Косимов М.М. Эпидемиология кариеса зубов у населения Республики Таджикистан // Современные проблемы науки и образования. 2016. №3.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Салимов Бахриддин Амонуллоевич – аспирант ГУ «НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»; тел.: (+992) 885500101; e-mail: bahriddin-salimov@mail.ru

Косимов Махмадулло Махмадиевич – к.м.н., доцент, директор ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»; e-mail: pik-stomatologiya@mail.ru

Вохидов Абдусалом – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник МК «Истиклол»; тел.: (+992)907707996; e-mail: avokhidov@hotmail.com

УДК 618.39(075.8)

**НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ
ПРИ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

Х.Д. Сармисокова

ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»

Приводятся данные о перинатальных исходах новорожденных после самопроизвольных поздних преждевременных родов и после необходимости досрочного родоразрешения операцией кесарево сечение. Показано, что показаниями к операции кесарево сечение явились серьезные осложнения матери или плода. Частота таких нозологий, как асфиксия, травма, синдром задержки роста плода, в раннем неонатальном периоде у новорожденных после кесарева сечения в сроки 34-37 недель беременности имела тенденцию к повышению, по сравнению с новорожденными после спонтанных поздних преждевременных родов. Антенатальная гибель плода чаще происходила в случаях необходимости досрочного родоразрешения. Полученные данные позволяют предположить, что тенденция повышения частоты некоторых заболеваний раннего неонатального периода связана с тяжелыми осложнениями у матерей, которые создают неблагоприятные условия пренатального развития плода. Для снижения перинатальной заболеваемости и смертности необходимо внедрять бережные и мало затратные технологии при ведении преждевременных родов естественным путем или при кесаревом сечении.

Ключевые слова: поздние преждевременные роды, кесарево сечение, роды естественным путем, перинатальная заболеваемость, перинатальная смертность.

**НАТИЧАҶОИ МАНФИИ ПЕРИНАТАЛИИ ТАВАЛЛУДҶОИ
ПЕШ АЗ МҶҲЛАТИ ДЕР**

Х.Д. Сармисокова

Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон

Дар мақола натиҷаҳои перинаталии пас аз таваллуди стихиявии бармаҳали дер ва пас аз зарурати таваллуди бармаҳал бо ҷарроҳии – буриши кайсари баррасӣ шудааст. Нишон дода шуд, ки нишондодҳои ҷарроҳии ҷарроҳӣ мушкилотӣ ҷиддӣ модар ё тифл мебошанд. Миқдори ҷунин нозологияҳо - асфиксия, осеби равонӣ, суст инкишифебии тифли даруни батни дар давраи аввали неонаталӣ дар навзодон пас аз ҷарроҳии кесарӣ дар мӯҳлатҳои 34-37 ҳафтаи ҳомиладорӣ нисбат ба ҷӯдакони навзод пас аз таваллуди стихиявии пеш аз мӯҳлат дер тамоюли зиёд мешуданд. Марғи пеш аз таваллуди ҳомила бештар дар ҳолатҳои зарурати таваллуди барвақт рух медиҳад. Маълумотиҳои ба даст омада шаҳодат медиҳанд, ки тамоюли афзоиши бемориҳои алоҳидаи давраи навзодӣ барвақт бо мушкилиҳои вазнини модарон алокаманд буда, барои инкишофи пеш аз таваллуди тифл шароити номусоид ба вучуд меорад. Барои паст кардани бемориҳои перинаталӣ ва фаавт, ҷорӣ намудани технологияҳои нарм ва камхарҷ ҳангоми муолиҷаи таваллуди пеш аз мӯҳлат ба таври табиӣ ва ё ҳангоми буриданӣ кесаревӣ зарур аст.

Калимаҳон асосӣ: таваллуди дер бармаҳал, чарроҳии чарроҳӣ, таваллуди маҳд, бемории перинаталӣ, фавти перинаталӣ.

ADVERSE PERINATAL OUTCOMES IN LATE PRETERM BIRTH

Sarmisokova K.D.

SEE «Khatlon State Medical University»

The article examined the perinatal outcomes of newborns after spontaneous late premature birth and after the need for early delivery by cesarean section. It was shown that indications for cesarean section were serious complications of the mother or fetus. The frequency of such nosologies as asphyxia, trauma, fetus growth restriction in the early neonatal period in newborns after cesarean section interms of 34-37 weeks of pregnancy tended to increase compared to newborns after spontaneous late preterm birth. Antenatal fetal death occurred more often in cases of the need for early delivery. The data obtained suggest that the upward trend in the incidence of certain diseases of the early neonatal period is associated with severe complications of mothers, which create unfavorable conditions for the prenatal development of the fetus To reduce perinatal morbidity and mortality, it is necessary to introduce gentle and low-cost technologies when managing preterm birth naturally or during cesarean section.

Key words: late premature birth, cesarean section, vaginal birth, perinatal morbidity, perinatal mortality.

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) продолжают оставаться большой проблемой в акушерстве. Ежегодно в мире рождаются 15 миллионов недоношенных новорожденных. Кроме того, отмечен рост частоты ПР во многих странах мира за последнее десятилетие. Частота преждевременных родов составляет 11-12% и тенденции к снижению данного показателя не отмечается. Частота преждевременных родов, возросшая в последние годы, связана с различными эпидемиологическими и клиническими факторами риска. Поздние преждевременные роды составляют самый большой удельный вес среди всех преждевременных родов, и при этом мировая статистика поздних ПР по отношению ко всем родам приводит цифры 6% [2, 5, 7, 8].

Рождение недоношенного ребенка даже в позднем сроке (34 -36 недель и 6 дней)

представляет собой проблему, так как рождение ребенка в этих сроках связано с повышением перинатальной заболеваемости и смертности, по сравнению с рождением доношенных новорожденных [1, 3]. В основном, заболеваемость детей, родившихся в сроки 34-37 недель беременности, обусловлена незрелостью ряда органов и систем органов, что повышает риск развития РДС, снижение глюкозы крови до состояний гипогликемии, нарушения функций печени, неврологические расстройства. Каждый 3-й недоношенный новорожденный, родившийся в сроки 34-37 недель беременности, госпитализируется в отделение интенсивной терапии. Из госпитализированных в отделение интенсивной терапии дыхательные расстройства диагностируют у каждого 2-го, низкую массу тела – у каждого 5-го, в 14% случаев развивается желтуха новорож-

денных, в 13% - затруднения кормления, в 8% - полицитемия, в 4% - гипогликемия. Эти состояния детей, родившихся в позднем недоношенном сроке, определяют длительное пребывание их в отделении интенсивной терапии. Показатель перинатальной смертности при поздних преждевременных родах составляет 2,1%. Показатель перинатальной смертности при поздних ПР ниже, чем при экстремально ранних преждевременных родах, однако этот показатель выше при, чем у доношенных новорожденных [4, 6].

В Таджикистане не изучена структура нозологий, при которых показана госпитализация в отделения неотложной и интенсивной терапии новорожденных после поздних преждевременных родов.

Цель исследования. Изучить структуру перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных после поздних преждевременных родов.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 145 историй родов женщин с поздними преждевременными родами и их новорожденных, поступивших на роды в Республиканскую клиническую больницу Дангары.

Дизайн исследования – ретроспективный анализ.

Статистический анализ полученных данных проведен с помощью прикладного пакета SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США). Вычислены для относительных величин доли (%). Сравнительный анализ проводили с показателями при срочных родах. Результаты были статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Самопроизвольные преждевременные роды произошли у 135 (93,1%), кесарево сечение ввиду необходимости досрочного родоразрешения – у 10 (6,9%) пациенток. Показаниями к операции были состояния,

требующие быстрого родоразрешения в интересах матери и плода (таблица).

Таблица. Показания к операции кесарева сечения при поздних преждевременных родах

Показатель	Абс. число (%)
ПОНРП, предлежание плаценты+кровотечение	2 (20%)
Осложнения тяжелой преэклампсии	6 (60%)
ДРПО+ рубец на матке	1 (10%)
Дистресс плода	1 (10%)
Всего	10 (100%)

Из 10 случаев поздних преждевременных родов путем кесарева сечения неблагоприятные перинатальные исходы отмечены в 8 (80%) случаях. Антенатальная гибель плода имела место в 3 (30%) случаях - у 2 женщин с осложнениями тяжелой преэклампсии и 1 женщины с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Асфиксия диагностирована у 3 (30%) новорожденных: в 2 случаях у матери имелись осложнения тяжелой преэклампсии, в 1 случае – дистресс плода в первом периоде родов. Кровоизлияние в мозг диагностировано у 1 (10%) новорожденного, у матери которого кесарево сечение было произведено ввиду предлежания плаценты и кровотечения. СЗРП диагностирован в 1 (10%) случае у женщины с осложнением тяжелой преэклампсии.

Самопроизвольные поздние преждевременные роды через естественные родовые пути произошли у 135 женщин. Среди женщин со спонтанными ППР антенатальная гибель плода произошла в 4 ($2,9 \pm 1,5\%$) случаях при необходимости досрочного родоразрешения путем операции кесарева сечение ($30 \pm 14,5\%$). Асфиксия диагностирована у 37 ($27,4 \pm 3,8\%$) новорожденных после самопроизвольных

родов естественным путем, после кесарева сечения ($30 \pm 14,5\%$). Травма (кровоизлияние в мозг) диагностирована у 6 ($4,4 \pm 1,8\%$), после операции кесарево сечение - у 1 ($10 \pm 9,5\%$) новорожденного.

СЗРП при родах через естественные родовые пути имело место у 2 ($1,5 \pm 1,0\%$), после кесарева сечения - у 1 ($10 \pm 9,5\%$) новорожденного (рисунок).

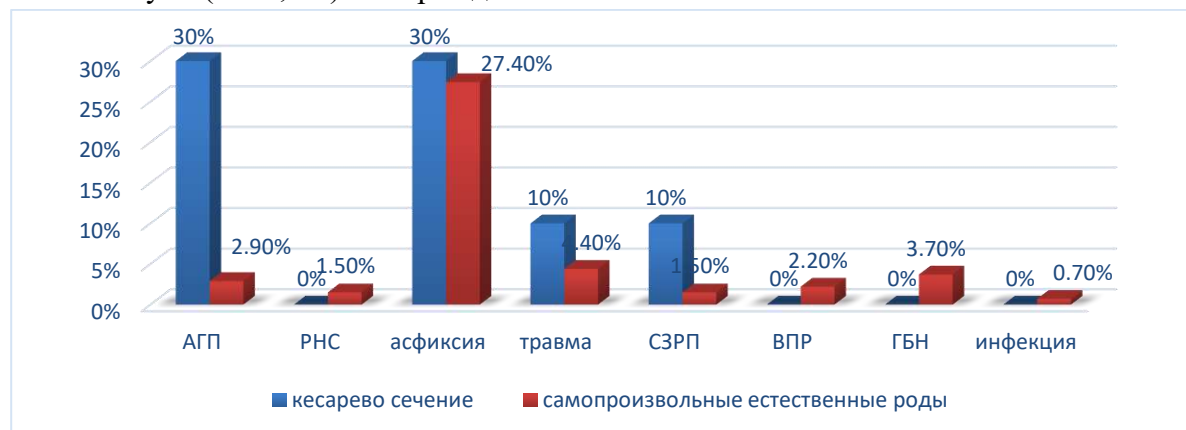


Рисунок. Структура перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных после поздних преждевременных родов

Среди других нозологий раннего неонатального периода у новорожденных после спонтанных преждевременных родов отмечены врожденные пороки развития плода - в 3 ($2,2 \pm 1,3\%$) случаях, гемолитическая болезнь новорожденных - в 5 ($3,7 \pm 1,6\%$), инфекция - в 1 ($0,7 \pm 0,7\%$). При спонтанных поздних преждевременных родах естественным путем 2 ($1,5 \pm 1,0\%$) новорожденных умерли в раннем неонатальном периоде.

При всех вышеуказанных состояниях новорожденные (54-40% после родов естественным путем и 6-60% новорожденных после операции кесарева сечение) были госпитализированы в палату интенсивной терапии.

Таким образом, перинатальные исходы при поздних преждевременных родах зависят от клинической ситуации – самопроизвольные ПР или необходимость досрочного родоразрешения. Анализ случаев необходимости досрочного родоразрешения при серьезных акушерских осложнениях матери в сроки беременности больше 34–37 недель показал тенден-

цию повышения частоты таких нозологий, как асфиксия, травма и СЗРП. Однако статистически значимых различий, по сравнению с соответствующими показателями у новорожденных после поздних самопроизвольных ПР, не установлено. Выявленная тенденция, по-видимому, связана с тяжелыми осложнениями матерей, которые создают неблагоприятные условия пренатального развития плода.

Заключение. Проблема преждевременных родов остается весьма актуальной. Поиск резервов снижения перинатальной заболеваемости и смертности при преждевременных родах может предполагать прогнозирование, профилактику ПР, использование в практиках бережных и мало затратных технологий при ведении преждевременных родов естественным путем или при кесаревом сечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куклина Л. В., Кравченко Е. Н., Батырева Н. В. и др. Факторы риска, течение беременности и исходы гестации в различных сроках беременности при преждевременных родах // МиД. 2021. №2 (85).

2. Татарчук Е.А., Эфендиева С.К., Яманова Г.А. и др. Анализ динамики рождаемости, преждевременных родов и перинтальных исходов в Кизлярском районе // МНИЖ. 2021. №7-2 (109).
3. Фомина А.С. Преждевременные роды, современные реалии // Научные результаты биомедицинских исследований. 2020. №3.
4. Celik I.H., Demirel G., Canpolat F.E., Dilmen U. A common problem for neonatal intensive care units: late preterm infants, a prospective study with term controls in a large perinatal center. // J Matern Fetal Neonatal Med. 2013/ Vol. 26 (5). P. 459-62.
5. Delnord M., Zeitlin J. Epidemiology of late preterm and early term births - An international perspective. // Semin Fetal Neonatal Med. 2019. Vol. 24 (1). P. 3-10.
6. Gyamfi-Bannerman C. Late preterm birth: management dilemmas. // Obstet Gynecol Clin North Am. 2012. Vol. 39 (1). P. 35-45.
7. Walani S.R. Global burden of preterm birth. // Int J Gynaecol Obstet. 2020. Vol. 150 (1). P. 31-33
8. Yang Y., Chi X., Tong M. et al. Comparison of different neonatal illness severity scores in predicting mortality risk of extremely low birth weight infants. // Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2022. Vol. 51 (1). P. 73-78.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Сармисокова Холида Джойлобовна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»;
тел.: (+992) 901078726.

УДК 618.2-036.11

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ
НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

Д.Б. Сафарова, З.Т. Шукурова, Х.Т. Шодиева, Т.С. Умарова, С.Ф. Сатторова

Кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета ГОУ

“Таджикский национальный университет”

ЦРБ Бободжон Гафуровского района им. профессора А. Пулатова,

Согдийская область

Цель исследования. Оценить факторы риска развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП).

Материал и методы. Оценка факторов риска ПОНРП проведена в ретроспективном исследовании «случай – контроль». Проанализировано 80 историй родов женщин, родоразрешенных в родильном отделении ЦРБ Бободжон Гафуровского района Согдийской области в 2020-2021 гг. Основную группу составили 40 пациенток с развившейся во время беременности ПОНРП. В группу сравнения вошли 40 беременных, у которых данное осложнение не возникло.

У всех женщин проанализированы анамнестические данные, данные о течении настоящей беременности, наличие известных факторов риска ПОНРП.

Результаты. Проведенный анализ данных анамнеза выявил статически значимые отличия по следующим критериям: частые стрессовые ситуации в жизни ($OR=13$; $[1,6-107,2]$; $p 0,05$); предлежание плаценты по данным УЗИ ($OR=7,364$; $[2,2-24,6]$; $p 0,05$), рубец на матке ($OR=6,333$; $[1,3-31,1]$; $p 0,05$); отсутствие высшего образования ($OR=2,852$; $[1,1-7,1]$; при $p 0,05$). Из особенностей течения настоящей беременности значимым фактором риска ПОНРП явились артериальная гипертензия ($OR=6,333$; $[1,3-31,1]$; $p 0,05$) и плацентарная недостаточность (90% в основной и 72,5% – в группе сравнения, $t=2,06$, $p 0,05$). Влияние на риск возникновения ПОНРП таких факторов, как преэклампсия или эклампсия, многоплодие, медикаментозная терапия во время беременности не было достоверно значимым.

Заключение. Выявлен повышенный риск ПОНРП у пациенток с частыми стрессовыми ситуациями в жизни, предлежанием плаценты, рубцом на матке, артериальной гипертензией и плацентарной недостаточностью во время беременности.

Ключевые слова: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, факторы риска.

ОМИЛҲОИ ХАВФИ ПЕШ АЗ МУҲЛАТ ҶУДО ШУДАНИ ҲАМРОҲАКИ ДУРУСТ ҶОЙГИРШУДА

Д.Б. Сафарова, З.Т. Шукурова, Х.Т. Шодиева, Т.С. Умарова, С.Ф. Сатторова

Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи факултети тиббии ДМТ

Беморхонаи марказии ноҳияи Б. Ғафуров ба номи профессор А. Пулотови Вилояти Суғд

Мақсад. Баҳодиҳии омилҳои хавфи пеш аз муҳлат ҷудо шудани ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда (PONRP).

Мавод ва усулҳо. Баҳодиҳии омилҳои хавфи пеш аз муҳлат ҷудо шудани ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда дар тадқиқоти ретроспективии "ҳолат – назорат" гузаронида шудааст. 80 таърихи таваллуди заноне, ки дар шӯъбаи таваллуди Беморхонаи Марказии ноҳияи Бобочон Ғафурови Вилояти Суғд дар солҳои 2020-2021 ба дундема омадаанд, таҳлил гардидааст. Гурӯҳи асосӣ 40 беморро ташкил медиҳад, ки дар давраи ҳомиладорӣ пеш аз муҳлат ҷудо шудани ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда инкишоф ёфтааст. Ба гурӯҳи муқоиса 40 зани ҳомила дохил шуданд, ки ин мушкilot надоштанд. Дар ҳамаи занон маълумоти анамнестикӣ, маълумот дар бораи ҷараёни ҳомиладории воқеӣ, мавҷудияти омилҳои хатарӣ маъруфи пеш аз муҳлат ҷудо шудани ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда таҳлил карда шудааст.

Натиҷаҳо. Як қатор омилҳои хавфи пеш аз муҳлат ҷудо шудани ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда оварда шуданд: ҳолатҳои стресси зуд-зуд дар ҳаёт ($OR=13$ ($OR = 13,0$, 95% $CI = 1,6-107,2$), пешистии ҳамроҳак ($OR = 7,4$, 95% $CI = 2,2-24,6$) фишорбандӣ ($OR = 6,3$, 95% $CI = 1,3-31,1$), рахша дар бачадон ($OR = 6,3$, 95% $CI = 1,3-31,1$), норасоии ҳамроҳакӣ ($OR = 3,4$, 95% $CI = 1,0-11,8$), ва сатҳи пасти таҳсилот ($OR = 2,9$, 95% $CI = 1,1-7,1$). Дигар пешгӯиҳо аз ҷиҳати омӯри муҳим набуданд.

Хулоса. Хатарӣ баланди пеш аз муҳлат ҷудо шудани ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда дар занони дорои ҳолатҳои стресси зуд-зуд дар ҳаёт, пешромади ҳамроҳак, рахша дар бачадон, гипертонияи артериалӣ ва норасоии плацента ҳангоми ҳомиладорӣ ошкор

карда шуд. Ҳангоми нигоҳубини занони ҳомила омилҳои хавфи пеш аз муҳлат чудо шудани ҷамроҳаки бояд ба назар гирифта шаванд.

Калимаҳои асосӣ: пеш аз муҳлат чудо шудани ҷамроҳаки, омилҳои хавф.

RISK FACTORS OF PLACENTAL ABRUPTION

D.B. Safarova, Z.T. Shukurova, H.T. Shodieva, T.S. Umarova, S.F. Sattorova

Department of Obstetrics and Gynecology of the Medical Faculty of TNU

CH B. Gafurov district named after Professor A.Pulatov, Sughd region

Aim. To identify the risk factors of placental abruption.

Material and methods. We retrospectively investigated 80 case histories of women either with or without placental abruption (40 case histories per group) who delivered within 2020-2021 in CRH of the Bobodjon Gafurovsky district of the Sughd region.

Results. A number of risk factors of placental abruption has been identified: frequent stressful situations in life (OR=13 (OR = 13.0, 95% CI = 1.6-107.2), placenta previa (OR = 7.4, 95% CI = 2.2-24.6), arterial hypertension (OR = 6.3, 95% CI = 1.3-31.1), uterine scar (OR = 6.3, 95% CI = 1.3-31.1), placental insufficiency (OR = 3.4, 95% CI = 1.0-11.8), and low level of education (OR = 2.9, 95% CI = 1.1-7.1). Other predictors were not statistically significant.

Conclusions. Above mentioned risk factors of placental abruption should be considered in management of the pregnant women.

Key words: placental abruption, risk factors.

Актуальность. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождающаяся массивным акушерским кровотечением, является одной из ведущих причин материнской смертности [1]. При анализе материнской смертности за 10-летний период (2008-2013 гг.) в Согдийской области выявлено, что акушерские кровотечения находятся на втором месте в структуре материнских потерь и их доля составляет 15,9 % [7].

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, как правило, возникает внезапно, не предсказуема с помощью известных факторов репродуктивного риска и является проявлением системной патологии у беременных. Описано повышение риска развития ПОНРП у пациенток, часто возникающие в жизни стрессовые ситуации у женщин старше 35 лет, с высоким паритетом, с репродуктив-

ными потерями в анамнезе, со снижением индекса массы тела [8]. Беременные, перенесшие ПОНРП, нередко страдают сосудистой экстрагенитальной патологией, тромбофилиями, аутоиммунными заболеваниями, сахарным диабетом. Значимым фактором риска отслойки плаценты являются во время беременности является преэклампсия, а в родах – быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, гипертоническая дисфункция миометрии, запоздалый разрыв плодного пузыря, короткая пуповина [4, 5].

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является ведущим показанием к операции кесарева сечения – 42,8% [6]. Выявление потенциальных факторов риска ПОНРП представляется актуальной проблемой, решение которой будет способствовать снижению материнской смертности.

Цель исследования. Оценить факторы риска развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Материал и методы исследования. Оценка факторов риска ПОНРП проведена в ретроспективном исследовании «случай – контроль». Проанализировано 80 историй родов женщин, родоразрешенных в родильном отделении ЦРБ Бободжон Гафуровского района Согдийской области в 2020-2021 гг. Исследование соответствовало этическим стандартам Комитета по этике и доказательности медицинских научных исследований.

Основную (I) группу составили 40 пациенток с развившейся во время беременности отслойкой плаценты, в группу сравнения (II) вошли 40 беременных, у которых данное осложнение не возникло. У всех женщин проанализированы анамнестические данные, данные о течении настоящей беременности, наличие известных факторов риска ПОНРП.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007 и StatSoft Statistica 6.1, лицензионное соглашение BXXR006D092218FAN11, с определением средней арифметической величин (M), ошибки средней величины (m) и относительных (%) величин. Значимость факторов риска оценивали по отношению шансов.

Средний возраст пациенток исследуемых групп не имел статистических различий и составил $28,9 \pm 5,9$ лет и $29 \pm 5,2$ ($t=0,9$) ($p=0,005$) в основной группе и группе сравнения соответственно. Количество пациенток в возрасте старше 35 лет в обеих группах было сопоставимо – 8 (20%) и 6 (15%) ($p=0,58$)

Большая часть женщин проживали в городе – 33 (82,5%) и 32 (80%) соответ-

ственно в I и II группах ($p=0,28$) и имели постоянное место работы – 26 (65%) и 25 (62,5%) ($p=0,23$).

Количество первобеременных в обеих группах было одинаковым – 12 (30%) и 12 (30%) ($p=0$). Такие описанные факторы риска ПОНРП, как высокий паритет и отслойка плаценты в анамнезе, в исследуемых группах не зарегистрированы.

Два и более выскабливаний полости матки отмечены у 14 (35%) пациенток в I группе и 10 (25%) у пациенток II группы ($p=0,98$). У подавляющего большинства обследованных женщин беременность наступила спонтанно – 39 (97,5%) и 39 (97,5%) ($p=0$).

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ анамнестических данных показал достоверность различий в уровне образования у исследуемых пациенток: высшее образование имели 17 (42,5%) женщин в основной группе и 28 (70%) в группе сравнения ($p=2,5$).

С частыми стрессовыми ситуациями были 10 (25%) женщин из основной группы и только 1 (2,5%) пациентка контрольной группы. Рубец на матке имели 10 (25%) беременных основной группы и 2 (5%) женщины контрольной группы. Предлежание плаценты по данным ультразвукового исследования в первой половине беременности чаще наблюдалось у беременных в I группе – 18 (45%), чем у женщин группы сравнения – 4 (10%) ($p=3,8$).

У женщин основной группы беременность чаще протекала с проявлениями фетоплацентарной недостаточности – 36 (90%) и 29 (72,5%), в I и II группах соответственно ($p=2,05$). Артериальная гипертензия и преэклампсия во время настоящей беременности также чаще регистрировались у пациенток основной группы – 10 (25%) и 6 (15%) соответственно, чем у пациенток контрольной группы – 2 (5%) и 1 (2,5%).

Медикаментозная поддержка в течение беременности не имела различий по спектру применяемых препаратов. Витаминно-минеральные комплексы применяли 19 (47,5%) и 16 (40%) ($p=0,12$) беременных, препараты железа – 12 (30%) и 19 (47,5%) ($p=0,2$) пациенток основной и группы сравнения соответственно. Терапию гестагенами получали 16 (40%) беременных в I группе и 13 (32,5%) ($p=0,15$) – во II группе. У большинства женщин основной группы произошли преждевременные роды – 28 (70%), в то время как в группе сравнения все роды были срочными.

При анализе факторов риска ПОНРП статистически значимые отличия были обнаружены по следующим критериям: частые стрессовые ситуации в жизни ($OR=13$; $[1,6-107,2]$; $p 0,05$); предлежание плаценты по данным ультразвукового исследования ($OR=7,364$; $[2,2-24,6]$; $p 0,05$), рубец на матке ($OR= 6,333$; $[1,3-31,1]$; $p 0,05$); отсутствие высшего образования ($OR=2,852$; $[1,1-7,1]$; $p 0,05$). Из особенностей течения настоящей беременности значимым фактором риска ПОНРП явились артериальная гипертензия ($OR= 6,333$; $[1,3-31,1]$; $p 0,05$) и плацентарная недостаточность (90% в основной и 72,5% - в группе сравнения, $p 0,05$). Влияние на риск возникновения ПОНРП таких факторов, как преэклампсия или эклампсия в анамнезе, многоплодие, медикаментозная терапия во время беременности, не было достоверно значимым.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о повышенном риске ПОНРП у пациенток с частыми стрессовыми ситуациями в жизни, предлежанием плаценты, рубцом на матке, артериальной гипертензией и плацентарной недостаточностью во время беременности, что сопоставимо с данными отечественных исследователей [4, 5]. Такие факторы риска, как

быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, гипертоническая дисфункция миометрия, запоздалый разрыв плодного пузыря, короткая пуповина в нашем исследовании не зарегистрированы, что обусловлено поступлением в стационар высокой степени риска женщин с начавшейся ПОНРП, оперативным, в связи с этим, родоразрешением и отсутствием родов через естественные родовые пути у женщин основной группы. У большинства женщин основной группы произошли преждевременные роды – 28 (70%), в то время как в группе сравнения все роды были срочными. Однако в контексте проводимого исследования преждевременные роды были следствием развития ПОНРП, а не ее причиной. Влияние на риск возникновения ПОНРП таких факторов, как преэклампсия или эклампсия в анамнезе, многоплодие, медикаментозная терапия во время беременности, не было достоверно значимым. Отсутствие влияния преэклампсии на возникновение ПОНРП, по данным нашего исследования, вероятнее всего, обусловлено небольшим объемом выборки.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о повышенном риске ПОНРП у пациенток с частыми стрессовыми ситуациями в жизни ($OR=13$; $[1,6- 107,2]$; $p 0,05$); предлежанием плаценты по данным ультразвукового исследования ($OR=7,364$; $[2,2-24,6]$; $p 0,05$), у женщин с рубцом на матке ($OR=6,333$; $[1,3-31,1]$; $p 0,05$); у женщин, не имеющих высшего образования ($OR=2,852$; $[1,1-7,1]$; $p 0,05$). Из особенностей течения настоящей беременности значимым фактором риска ПОНРП явились артериальная гипертензия ($OR = 6,333$; $[1,3-31,1]$; $p 0,05$) и плацентарная недостаточность (90% в основной и 72,5% – в группе сравнения, $p 0,05$) и плацентарная недостаточ-

ность (90% в основной и 72,5% – в группе сравнения, $p < 0,05$). Влияние на риск возникновения ПОРНП таких факторов, как преэклампсия или эклампсия в анамнезе, многоплодие, медикаментозная терапия во время беременности, не было достоверно значимым.

Такой модифицируемый фактор риска, как частый стресс, также является значимым фактором риска при развитии преждевременного разрыва плодных оболочек [2]. В свою очередь, при развитии плацентарной недостаточности важную роль играют другие модифицируемые факторы риска, например ожирение [3]. На практике коррекция данных модифицируемых факторов риска позволит эффективнее проводить профилактику не одной, а нескольких акушерских патологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1200 с.
2. Артымук Н.В., Елизарова Н.Н. Факторы риска преждевременного разрыва плодных оболочек у женщин с преждевременными родами в Кемеровской области // Фундаментальная и клиническая медицина. 2016. № 2. С. 6-11.
3. Карелина О.Б., Артымук Н.В. Факторы риска асфиксии новорожденных у женщин с ожирением // Фундаментальная и клиническая медицина. 2016. № 2. С. 30-37.
4. Медведева И.Н., Святченко К.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: свести риск к минимуму // Акушерство, гинекология и репродукция. 2016. Т.10, № 3. С. 29-34.
5. Перетятко Л.П., Стороженко Т.В. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: предрасполагающие факторы, этиология, патогенез, клинко-морфологическая классификация // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 4. С. 345.
6. Сурина М.Н., Артымук Н.В., Зеленина Е.М. Основные проблемы оказания помощи при акушерских кровотечениях в Кемеровской области // Мать и Дитя в Кузбассе. 2014. № 1. С. 51-57.
7. Сурина М.Н., Зеленина Е.М., Артымук Н.В. Near miss и материнская смертность в Кемеровской области // Мать и Дитя в Кузбассе. 2013. № 1. С. 3-7.
8. Wang YN, Yang Z. Multivariate analysis of risk factors with placental abruption in preeclampsia. // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2010. Vol. 45 (11). P. 825-828.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сафарова Дилором Бахриддиновна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета;
тел.: (+992)881119577

Шукурова Зулхумор Тошпулатовна - к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета;
тел.: (+992)919002374

Шодиева Хуршеда Темуровна - врач гинекологического отделения ЦРБ Бободжон Гафуровского района Согдийской области

Умарова Тахмина Саидахмадовна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета;
тел.: (+992)888833862

Сатторова С.Ф. - врач гинекологического отделения ЦРБ Бободжон Гафуровского района Согдийской области.

УДК 636.32

РОЛЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ, ПРОБЛЕМЫ ИХ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИЗБЫТКА

А.А. Турахонов, Н.Н. Ходжаева, Ф.Б. Довудов

Областная клиническая больница г. Бохтар

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

Цель исследования. Изучение механизмов возникновения и развития заболеваний, связанных с нарушением уровня половых гормонов у женщин.

Материал и методы. В исследование было включено 150 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, которые обратились с жалобами на нарушения менструального цикла и репродуктивной функции.

Все пациентки были подвергнуты тщательному исследованию: сбор анамнеза, общеклинические обследования, гинекологический осмотр, проведены лабораторные, инструментальные и функциональные методы диагностики.

Результаты. У 120 (80%) из 150 пациенток имелись нарушения менструального цикла: у 60 (50%) - аменорея, у 45 (30%) - дисменорея, у 15 (10%) – полименорея.

Заключение. Исследование подтвердило, что нарушения репродуктивной системы у женщин могут возникнуть из-за разных факторов, включая гормональный дисбаланс, патологические изменения в структурах репродуктивной системы и нарушения метаболических процессов. Регулярный профилактический осмотр является важным для своевременного выявления нарушений и предотвращения развития заболеваний.

Ключевые слова: женское здоровье, половые гормоны, эндометриоз, репродуктивная система, качество жизни.

НАҚШИ ҲОРМОНҲОИ ЧИНСӢ ДАР ТАШАККУБИИ САЛОМАТИИ ЗАН ВА МАСЪАЛАҲОИ НОРАСОГӢ ВА ЗИЁДАТИИ ОНҲО

А.А. Турахонов, Н.Н. Хочаева, Ф.Б. Довудов

Беморхонаи клииникии вилоятии ш. Бохтар, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 «Донишгоҳи давлатии тиббии

Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино»

Мақсад. Омузиши механизмҳои пайдоиш ва рушди бемориҳои, ки бо вайроншавии сатҳи гормонҳои ҷинсӣ дар занон алоқаманданд.

Мавод ва усулҳо. Дар шӯъбаи гинекологии беморхонаи шаҳрии Бохтар бо иштироки 150 нафар беморони аз 18 то 45-сола бо ихтилоли сикли ҳайз ва фаъолияти репродуктивӣ тадқиқот гузаронида шуд. Барои таҳхис усулҳои гуногун, аз ҷумла муоинаи умумии клиникӣ, лабораторӣ, инструменталӣ ва функционалӣ истифода мешаванд.

Натиҷаҳо. Тадқиқот тасдиқ кард, ки вайроншавии системаи репродуктивӣ дар занон метавонад бо омилҳои гуногун, аз ҷумла номутавозунии гормоналӣ, тағироти патологӣ дар сохторҳои системаи репродуктивӣ ва вайроншавии мубодилаи моддаҳо рух диҳад.

Хулоса. Муоинаи мунтазами профилактикӣ барои сари вақт ошкор намудани вайронкуниҳо ва пешгирӣ кардан низ аҳамияти калон дорад.

Калимаҳои асосӣ: саломатии занон, ҳормонҳо, эндометриоз, системаи репродуктивӣ, сифати зиндагӣ.

THE ROLE OF SEX HORMONES IN SHAPING WOMEN'S HEALTH AND THE PROBLEMS OF THEIR DEFICIENCY AND EXCESS

A.A. Turakhonov, N.N. Khodzhaeva, F.B. Dovudov

Regional hospital of Bokhtar city, Republic of Tajikistan

Department of Children Disease №2 of the Avicenna Tajik State Medical University

Aim. Studying the mechanisms of occurrence and development of diseases associated with disturbances in the level of sex hormones in women.

Material and methods. A study was conducted in the gynaecological department of the Bokhtar clinic with 150 patients aged 18 to 45 years with menstrual and reproductive disorders. Various methods were used for diagnosis, including general clinical examination, laboratory, instrumental and functional methods.

Results. It was revealed that 120(80%) women out of 150 had menstrual irregularities, of which 60(50%) had amenorrhea, 45(30%) had dysmenorrhea and 15(10%) had polymenorrhea.

Key words: women health, hormones, endometriosis, reproductive system, live quality.

Актуальность. Заболевания репродуктивной системы являются одним из наиболее распространенных заболеваний среди женщин, особенно в репродуктивном возрасте. Несмотря на профилактические меры и улучшение условий жизни, многие женщины по-прежнему сталкиваются с нарушениями менструального цикла, а также другими заболеваниями репродуктивной системы.

Исследования показывают, что нарушение репродуктивной функции может повлиять на качество жизни женщины и привести к

множеству проблем, включая бесплодие, аномалии развития плода, множественные беременности, аномальные выкидыши и множество других заболеваний.

Комплексное обследование и лечение помогают исследовать и лечить модифицируемые и немодифицируемые факторы, такие как генетическая предрасположенность, возраст, состояние здоровья, поведение и удовлетворенность жизнью, что в свою очередь помогает избежать осложнений и проблем с здоровьем. Кроме того,

в современном обществе особенно актуальна проблема снижения рождаемости.

В целом, данное исследование имеет большое значение, поскольку повышение осведомленности женщин о проблемах репродуктивного здоровья и различных методах их лечения может быть эффективным шагом на пути к созданию более здорового и счастливого общества.

Цель исследования. Изучение механизмов возникновения и развития заболеваний, связанных с нарушением уровня половых гормонов у женщин.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в гинекологическом отделении клиники в городе Бохтар в период с февраля 2022 года по июнь 2023 года. В исследование было включено 150 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, которые обратились с жалобами на нарушения менструального цикла и репродуктивной функции.

Все пациентки были подвергнуты тщательному общему и гинекологическому общеклиническому обследованию, со сбором анамнеза. Всем проведены лабораторные, инструментальные и функциональные методы диагностики.

Для лабораторного исследования была взята кровь из вены для определения уровня гормонов (эстроген, прогестерон, тестостерон, гонадотропные гормоны), проведены анализ микрофлоры влагалища и цитологическое исследование шейки матки. Для инструментальной диагностики были использованы ультразвуковые аппараты высокого разрешения для оценки состояния матки, яичников и придатков, а также кольпоскопия для оценки состояния шейки матки.

Функциональные методы включали измерение базальной температуры, проведение теста с глюкозой для оценки функции поджелудочной железы, а также тесты на

проницаемость и хромотест для оценки состояния яичников. Исследование проводилось при участии ведущих специалистов в области гинекологии и эндокринологии из различных клиник и медицинских центров гг. Бохтар и Душанбе. Результаты исследования были анализированы статистическим методом и представлены в виде таблиц и диаграмм.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было выявлено, что у 120 (80%) из 150 пациенток имелись нарушения менструального цикла, из которых у 60 (50%) наблюдалась аменорея, у 45 (30%) – дисменорея, у 15 (10%) – полиэмия. При гинекологическом осмотре выявлены различные патологические изменения, включая кисты яичников (у 35%), воспаление придатков (у 20%), эндометриоз (у 15%), фибромы матки (у 10%), полипы шейки матки (у 5%).

Уровень гормонов был изменен у 110 (73,3%) из 150 пациенток. У 60 (40%) пациенток наблюдался повышенный уровень тестостерона, у 35 (23,3%) – повышенный уровень прогестерона, у 10 (6,6%) – сниженный уровень эстрогенов, а у 5 (3,3%) – сниженный уровень гонадотропных гормонов.

При инструментальной диагностике у 80 (53,3%) пациенток были выявлены различные патологические изменения в структурах репродуктивной системы, включая миому матки, синдром поликистозных яичников, аденомиоз, эндометриоз и др. У 50 (33,3%) пациенток была выявлена задержка в развитии яичников и матки, а также нарушения в их функционировании, что приводило к нарушениям репродуктивной функции.

При функциональных исследованиях выявлены нарушения метаболических процессов у 60 (40%) пациенток. У 35 (23,3%) из них были выявлены нарушения инсу-

линовой резистентности, у 20 (13,3%) – нарушения функции щитовидной железы, у 5 (3,3%) – заболевания поджелудочной железы. Таким образом, наше исследование показало, что заболевания репродуктивной системы у женщин могут быть вызваны различными факторами, включая нарушения гормонального баланса, патологические изменения в структурах репродуктивной системы и нарушения метаболических процессов. Важно проводить комплексное обследование для определения этиологии заболевания и назначения эффективного лечения.

Заключение. Наше исследование показало, что заболевания репродуктивной системы у женщин имеют множество этиологических факторов. Нарушения гормонального баланса, патологические изменения в структурах репродуктивной системы и нарушения метаболических процессов могут быть причинами таких заболеваний, как аменорея, дисменорея, поликистозные яичники, миома матки и эндометриоз.

Таким образом, эффективное лечение заболеваний репродуктивной системы у

женщин возможно только при комплексном подходе к диагностике и назначению индивидуального лечения. Важно также уделить внимание профилактике заболеваний и регулярно проходить гинекологические обследования для своевременного выявления нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучевой О.Г. Заболевания репродуктивной системы у женщин. Москва: Медпрактика-М, 2016.
2. Кукуурова И.Г. Эндометриоз: современные подходы к лечению и профилактике рецидивов. // Российский медицинский журнал. 2019. Т. 25, № 15. С. 1005-1010.
3. Gynecologic and Obstetric Investigation. // BMJ. 2018. Vol. 83, Iss. 3. P. 195-203.
4. Teede H.J., Misso M.L., Costello M.F. et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. // Hum Reprod. 2018. Vol. 33 (3). P. 1602-1618.
5. Hickey M., Balen A., Robertson L. Endometriosis. // BMJ. 2018. Vol. 361. k2794.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Турахонов Азамджон Ахтамшоевич – клинический ординатор кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 931848187; e-mail: azamjoniahdamsho@gmail.com

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

Довудов Фаридун Барзиевич – ассистент кафедры детских болезней №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

УДК 617-089 (058.86)

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НЕВРАЛЬНОЙ ТРУБКИ

И.М. Хабибов, А. Вохидов

ГУ МК «Истиклол»

В статье приведены данные о результатах ретроспективного анализа медицинской документации матерей, родивших новорожденных с дефектами нервной трубки. На основании анализа установлено, что среди всех факторов преэклампсия и эклампсия, ОРВИ, высокий инфекционный индекс, эндометрит имеют значимое влияние на процесс формирования ДНТ.

Ключевые слова: ДНТ- дефект нервной трубки, беременность.

ОМИЛҶОИ ХАВФИ ТИББӢ ВА БИОЛОГИИ ТАШАККУЛИ НУҚСОНҶОИ МОДАРЗОДИИ НАЙЧАИ АСАБ

И.М. Хабибов, А. Вохидов

МД МТ "Истиқлол"

Дар мақола маълумот дар бораи натиҷаҳои таҳлили ретроспективи сабти тиббии модароне, ки кӯдакони навзодро бо нуқсонҳои найҳои асаб таваллуд кардаанд, оварда шудааст. Дар асоси таҳлил маълум гардид, ки дар байни ҳамаи омилҳо преэклампсия ва эклампсия, сироятҳои шадиди вирусии респиратори, нишондиҳандаи баланди сирояти - эндометрит ба раванди ташаккули ННА таъсири калон мерасонанд.

Калимаҳои асосӣ: ННА - нуқсони найчаи асаб, ҳомиладорӣ.

MEDICAL AND BIOLOGICAL RISK FACTORS FORMATION OF CONGENITAL DEFECTS OF THE NEURAL TUBE

I.M. Khabibov, A. Vokhidov

GO MK "Istiklol"

The article presents data on the results of a retrospective analysis of medical records of mothers who gave birth to newborns with neural tube defects. Based on the analysis, it was found that among all the factors, preeclampsia and eclampsia, acute respiratory viral infections, a high infectious index - endometritis, have a significant impact on the process of formation of NTDs.

Key words: NTD - neural tube defect, pregnancy.

Актуальность. Антенатальное повреждение центральной нервной системы (ЦНС) у плода является одним из наиболее часто встречаемых врожденных заболеваний. Аномалии развития головного и спинного

мозга составляют от 10% до 30% от всех пороков развития. По данным литературы, частота врожденных поражений ЦНС варьирует от 1–2 случаев на 1 000 до 1 случая на 100 родов. Классификация пороков

нервной системы основана на макроскопических и патогенетических признаках конкретного заболевания [1–6]. Пороки развития ЦНС относятся к тяжелым врожденным заболеваниям с плохим прогнозом, которые могут сопровождаться либо гибелью плода или новорожденного, либо тяжелой инвалидизацией [1, 2, 6]. Диагностические данные даже только о возможном наличии каких-либо признаков поражения ЦНС у плода активно влияют на акушерскую тактику (прерывание беременности, плодоразрушающая операция или отказ от операции кесарева сечения, производимого в интересах плода).

Общепризнано, что ВПР формируются вследствие полифакториальных воздействий. Предикторами формирования ВПР может явиться большой комплекс неблагоприятных экологических факторов – медико-биологических, климатогеографических, техногенных, антропогенных и социальных. Состояние здоровья матерей, их социальный статус, качество жизни, экстра- и генитальная заболеваемость, течение беременностей и родов, наследственная отягощенность являются решающими условиями здоровья их детей [7, 9, 10].

Распространенность дефектов нервной трубки плода колеблется от 0,17 до 6,39 на 1 000 новорожденных [2, 6]. Так, в Японии она составляет порядка 0,2, а в США – от 0,8 до 1,4 случая на 1 000 новорожденных [1]. В развивающихся странах Африки и Азии показатель рождаемости детей с пороками развития нервной трубки остается достаточно высоким и находится в пределах 2–6 на 1 000 новорожденных [1, 6]. Распространенность пороков развития плода в России к концу XX в. достигла 15% [1], а их удельный вес в структуре перинатальной и младенческой смертности составил не менее 20% [1, 5].

Выявление аномалии развития ЦНС у новорожденного определяет не только характер адекватной терапии, но и прогноз возможной социальной жизни ребенка.

Цель исследования. Изучить частоту медико-биологических факторов риска у матерей, родивших детей в аномалиями ЦНС.

Материал и методы исследования. Работа основана на ретроспективном анализе 107 историй родов, карт развития новорождённых, родившихся в родильном отделении ГУ МК «Истиклол». Медицинская документация была разделена на две группы: 1 группу составили 57 (53,2%) матерей, роды которых завершились рождением новорожденных с явлениями и признаками врожденных аномалий центральной нервной системы; 2 группу, контрольную, составили 50 здоровых матерей (46,7%).

Новорожденные с выраженными признаками ВПР ЦНС по истечению раннего неонатального периода, а при необходимости из родильного зала были переведены в отделение детской нейрохирургии или в отделение «Мать и дитя» (второй этап выхаживания) ГУ МК «Истиклол».

Определена ранговая значимость всех достоверных медико-биологических факторов риска формирования ДНТ у детей. Статистический анализ проведен использованием программного обеспечения Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение

Проведенный анализ показал, что все беременные плодами с ДНТ имели проблемы со здоровьем. Причем в 1,6 раз чаще наблюдалась экстрагенитальная и урогенитальная патология двух и более систем.

Выявлено, что роды плодами с ДНТ с высокой степенью достоверности чаще

($p < 0,001$) наблюдались при первой беременности. С ростом паритета беременностей число плодов с ДНТ уменьшалось. Это, возможно, связано с тератогенным действием инфекций, передаваемых поло-

вым путем (ИППП). Суть в том, что у первородок первичный иммунный ответ ослаблен. В наших исследованиях их было в 2,2 раза больше, чем у повторно рождающих.

Таблица 1. Анамнестические критерии включенных в исследование матерей $n = 107$

Анамнестические сведения	Матери детей с врожденными дефектами развития, $n=57$		Матери здоровых детей, $n=50$	
	абс.	%	абс.	%
Возраст матери:				
<20 лет	8	14%	5	10%
<34 лет	39	68%	39	78%
>35 лет	10	18%	6	12%
Первая беременность	21	37%	5	10%
Хронические соматические заболевания до беременности	38	67%	9	18%
Хронические воспалительные гинекологические заболевания до беременности	41	72%	10	20%
Отягощенный акушерский анамнез: мед. аборты	28	49%	2	4%
самопроизвольные выкидыши дети с ВПР	10	18%	-	-
мертворождения замершая беременность	9	16%	-	-
прерывание беременности вследствие выявления ВПР при УЗИ	22	39%	-	-
Преждевременные роды	13	23%	-	-
Осложненное течение беременности: ОРВИ	33	58%	2	4%
ОРВИ + гестоз ФПН (ЗВУР, гипоксия плода)	31	54%	3	6%
гестационный пиелонефрит + анемия	27	47%	-	-

Примечание: Различия между группами статистически достоверно ($p < 0,001$)

Самым частым ($p < 0,001$) осложнением беременности матерей являлись ОРВИ в первом триместре беременности и патология околоплодных вод. Далее - гестозы, патология плаценты. В литературе имеются сведения о том, что у женщин с привычной потерей беременности, у беременных с гестозом значительно повышена частота выявления мутации MTHFR C677T с гипергомоцистемией (ГГЦ), повышая риск возникновения наиболее

тяжелых и некорректируемых ВПР [8] (таблица 2).

Изучение особенностей течения настоящей беременности по триместрам позволило выявить, что в 60 (75,9%) случаях оно было осложненным для здоровья и матери, и плода. На протяжении практически всей беременности имело место наличие анемии, однако ее значимость была более выражена на начальном этапе беременности (1 триместр – 56%; 2 триместр – 29%; 3 триместр – 15%), различия

между 1 и 3 триместрами статистически достоверны ($p < 0,001$).

Таблица 2. Частота регистрации неблагоприятных факторов осложненного течения беременности у женщин с учетом триместров беременности, $n=57$

Клинические проявления осложненного течения беременности	Число женщин с осложненным течением беременности по триместрам						
	1		2		3		Всего абс.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Анемия	19	56%	10	29%	5	15%	34
Пиелонефрит	33	53%	29	47%			62
Гестоз	19	68%	9	32%			28
Эклампсия и преэклампсия			8	100%			8
Токсикоз	29	78%	8	22%			37
Угроза прерывания			11	69%	5	31%	16
Внутриутробная гипоксия плода			5	15%	29	85%	34
Начавшийся выкидыш	6	40%	9	60%			15
ОРВИ	22	100%					22
Многоводие			18	38%	29	62%	47
Задержка развития			14	64%	8	36%	22
Эндометрит	8	89%	1	11%			9
Всего	136	41%	122	37%	76	23%	334

Примечание: между данными 1 и 3 триместров имеются статистически ($p < 0,001$) достоверные различия по некоторым признакам

Длительность безводного периода колебалась от 11 до 148 часов и в среднем составила $67,0 \pm 21,04$ часов, домашнее отхождение вод отмечено у 1 беременной. Достоверно чаще регистрировали угрозу прерывания, гестоз, заболевания острыми респираторными инфекциями независимо от триместра беременности. Необходимо указать на тот факт, что ОРВИ имела место только на протяжении 1 триместра беременности, что могло достаточно негативно сказаться на процессе формирования невральной трубки и далее привести к формированию ДНТ.

В структуре изолированных пороков преобладали: анэнцефалию - 52,08% ($p < 0,001$), гидроцефалию - 28,13%

($p < 0,01$), реже спинно-мозговую грыжу - 12,5%.

Заключение. Результаты исследования показали, что антенатальное развитие плода при ОА и ОГА характеризовалось высокой частотой осложнений у женщин во время беременности. Следовательно, частота формирования дефектов невральной трубки напрямую зависит от степени осложненного течения беременности.

Среди всех факторов преэклампсия и эклампсия, ОРВИ, высокий инфекционный индекс – эндометрит имеют значимое влияние на процесс формирования ДНТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алдашева Н.М. Факторы риска формирования врожденных пороков развития

- в Киргизской Республике и вопросы их профилактики. Бишкек, 2011. 144 с.
2. Алдашева Н.М., Боконбаева С.Дж., Мамбетсадыкова Е.М., Сушанло Х.М. Полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы и риск развития дефектов нервной трубки в кыргызской популяции // Вестник КРСУ. 2017. Т. 17, №7. С. 105-109.
3. Андреева Л.П., Кулешов Н.П., Мутвин Г.Р., Жилина С.С., Макарова В.П., Коровкина Е.А. Наследственные и врожденные болезни: вклад в детскую заболеваемость и инвалидность, подходы к профилактике // Педиатрия. 2007. №3. С. 8-14.
4. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. Путьодителъ по клинической генетике. М.: Триада-Х, 2004. 540 с.
5. Боконбаева С. Дж., Омурбеков Т. О., Шакирова У. Ш., Кузнецова Т. В. Диагностика, тактика лечения и реабилитация детей с врожденным пороком развития ЦНС - спинномозговой грыжей. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2007. 73 с.
6. Боконбаева С.Д., Мамбетсадыкова Е.М. Предикторы формирования и клинические особенности дефектов нервной трубки у детей в Кыргызской популяции // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5, №1. С. 89-96.
7. Боконбаева С.Дж., Сушанло Х.М., Мамбетсадыкова Е.М. Наследственные формы врожденных пороков центральной нервной системы // Вестник КРСУ. 2014. Т. 14., №4. С. 53-56.
8. Жученко Л.А. Первичная массовая профилактика фолатзависимых пороков развития. Первый Российский опыт: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2009.
9. Ковтун О.П., Овсова О.В. Эпидемиология врожденных пороков развития центральной нервной системы в Свердловской области // Детская нейрохирургия: сб. матер. II Всероссийской конференции. Екатеринбург, 2007. С. 58.
10. Менделевич Е.Г., Михайлов М.К., Богданов Э.И. Сирингомиелия и мальформация Арнольда-Киари. М.-Казань, 2002. 236 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Хабибов Искандар Махмадович – к.м.н., зав. отделением детской нейрохирургии ГУ МЦ «Истиклол»; тел.: (+992)918937169; e-mail: iskandar.khabibov@mail.ru

Вохидов Абдусалом – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник ГУ МК «Истиклол»; тел.: (+992)907707996; e-mail: avokhidov@hotmail.com

УДК 618.146-07-08

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ СУПРАВАГИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Н.Т. Хакимова, Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, З.Т. Мамедова, М.Н. Кармишева
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение состояние шейки матки после суправагинальной гистерэктомии у женщин с гиперпластическими процессами матки.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 130 женщин различных возрастных групп с гиперпластическими заболеваниями матки, 100 из них подверглись оперативному вмешательству (ампутация матки с придатками и без придатков) – основная группа. Контрольную группу составили 30 женщин с миомой матки, получившие консервативную терапию.

Проведено клинико-лабораторное обследование (везикальный осмотр шейки матки в зеркалах, кольпоскопия, цитологическое исследование шейки матки).

Результаты. Выявлена структура и частота заболеваний культи шейки матки после суправагинальной гистерэктомии. Исследование показало, что сохранение шейки матки при оперативном вмешательстве не увеличивает в дальнейшем риск развития рака культи шейки матки.

Заключение. Своевременное выявление и адекватное лечение как фоновых процессов, так и предраковых заболеваний ШМ позволяют предотвратить возникновение рака ШМ.

Ключевые слова: шейка матки, суправагинальной гистерэктомия.

БАСОМАД ВА СОХТОРИ БЕМОРИҲОИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР ЗАНҲОИ ГИСТЕРЭКТОМИЯИ БОЛОИМАХБАЛӢ ГУЗАРОНИДА

Н.Т. Хакимова, Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, З.Т. Мамедова, М.Н. Кармишева
МД «Пажӯҳишигоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатология»-и Вазорати Тандурустӣ ва ҳифзи ҷуҷиҳои аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсад. Муайян намудани зичӣ ва сохтори мунчаи гарданаки бачадон баъд аз гистерэктомияи суправагиналӣ мебошад.

Мавод ва усулҳо. Аз тадқиқот 130 зани гурӯҳҳои синну соли гуногун гузаронида шуд, ки гирифтори бемориҳои гиперпластикии бачадон буданд ва ба онҳо ҷарроҳии гистерэктомияи суправагиналӣ гузаронида шудааст. Занҳо аз муоинаи пурраи муосири клинику лабораторӣ гузашта, табобати лозимаро гирифтанд. 30 нафари занҳои дорои миомеи бачадон, инчунин дар тадқиқот ворид гашта буданд, ки табобати консервативӣ гирифтанд.

Натиҷаҳо. Сохтор ва басомади бемориҳои гарданаки бачадонпас аз гистерэктомияи суправагиналӣ муайян карда шуданд. Тадқиқоти гузаронида нишон дод, ки баъд аз гистерэктомияи болоимахбалӣ ҳангоми ҷарроҳӣ нигоҳ доштани гарданаки бачадон хавфи минбаъдаи инкишофи саратони гарданаки бачадон намеафзояд.

Хулоса. Саривакт ошкор намудан ва табобати мувофиқи бемориҳои сатҳи, бемориҳои пешазсаратонии гарданаки бачадон имкон медиҳад, ки аз пайдоиши саратон пешгир шаванд.

Калимаҳои асосӣ: гарданаки бачадон, гистерэктомияи болоимаҳбалӣ.

FREQUENCY AND STRUCTURE OF CERVICAL DISEASES IN WOMEN AFTER SUPRAVAGINAL HYSTERECTOMY

N.T. Hakimova, E.Kh. Khushvakhtova, M.Kh. Kurbanova,
Z.T. Mamedova, M.N. Karmisheva

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

Aim. The purpose of the study was to determine the frequency and structure of cervical disease after supravaginal hysterectomy.

Material and methods. We examined 130 women of different age groups with hyperplastic diseases of the uterus, 100 of whom underwent surgery amputation of the uterus with an appendage without appendages. Basically, the condition of the cervical stump was observed and a clinical therapy.

Results. The structure and frequency of diseases of the cervical stump after supravaginal hysterectomy were revealed. The study showed. That preservation of the cervix during surgery does not further increase the risk of developing cancer of the cervical stump.

Conclusion/ Timely detection and adequate treatment of both background processes and precancerous diseases of the cervix can prevent the occurrence of cervical cancer.

Key words: colli uteri, supravaginal hysterectomy.

Актуальность. Патологические процессы шейки матки (ШМ) имеют важное значение как в клинической практике врача-гинеколога, так и в аспекте общественного здравоохранения в целом. Их частота весьма высока и не имеет тенденции к снижению: патологии ШМ занимают значительное место в структуре заболеваний органов репродуктивной системы, выявляясь у 15-20% женщин репродуктивного и у 5-9% женщин менопаузального возрастов [2, 6]. Даже доброкачественные фоновые процессы среди всех случаев обращения за гинекологической помощью составляют, по разным данным, 35-80% [1, 7, 8, 10]. Своевременное выявление и адекватное лечение как фоновых процессов, так и предраковых заболеваний ШМ

позволяют предотвратить возникновение рака ШМ, занимающего третье место по частоте среди злокачественных новообразований половых органов и шестое в структуре общей онкологической заболеваемости. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляется около 500 тысяч заболевших раком шейки матки [5, 7, 9, 10]. Проблема ранней диагностики и лечения патологических состояний ШМ в аспекте репродуктивного здравоохранения пациенток приобретает особое значение. В этом плане важное место занимает профилактика и диагностика фоновых, предраковых и раковых заболеваний шейки матки у женщин с патологией репродуктивной системы [1, 3, 4, 5].

Анализ данных о тысячах субтотальных гистерэктомий, проведенный в 60-х годах, показал, что частота возникновения карцином в культе шейки матки составляет от 0,3% до 1,9% [3, 6]. Важной в проблеме предотвращения рака в культе шейки матки является дооперационная диагностика состояния шейки матки. Еще в 1993 г. W. van Wijngaarden и соавторы показали, что если пациентка имела перед субтотальной гистерэктомией нормальные показатели цитологических мазков, то вероятность развития впоследствии рака шейки матки менее 0,3%. D. Vale и соавт. на большом материале показали, что частота атипических изменений в цитологических мазках после тотальной гистерэктомии - 0,13% [8, 9, 10]. Традиционно аргументом в пользу выполнения субтотальной гистерэктомии является якобы имеющееся снижение частоты пролапса после этой операции. Отметим, что еще В.И. Кулаков и соавт. указывали, что этот факт не подтверждается результатами исследований и во многом зависит от недиагностированной патологии тазового дна до выполнения экстирпации матки.

Цель исследования. Изучение состояния шейки матки после суправагинальной гистерэктомии у женщин с гиперпластическими процессами матки.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 100 (основная группа) женщин различных возрастных групп с гиперпластическими заболеваниями матки, подвергшихся оперативному вмешательству (ампутация матки с придатками и без придатков). В основной группе наблюдалось состояние шейки матки после ампутации матки. Контрольную группу составили 30 женщин с миомой матки, подвергшихся консервативному лечению.

Критериями включения в основную группу являлись: возраст 31-60 лет, состояние после надвлагалищной ампутации матки через 5 лет.

Контрольная группа: возраст 31-60 лет, наличие миомы матки, находившие под динамическим наблюдением.

Критериями исключения из исследования являлись: наличие подозрения или подтверждения злокачественных процессов; беременность и послеродовой период; лактация.

Больные были распределены на 3 подгруппы.

I группа основная – 50 женщин разного возраста с миомой матки, которым производилась суправагинальная гистерэктомия без придатков;

II группа сравнения – 50 женщин разного возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия, которым проведена надвлагалищная ампутация матки с придатками;

III группа – 30 женщин с миомой матки без оперативного вмешательства.

Исследование проводилось сплошным методом по специально разработанной нами анкете. Проведен детальный клинико-лабораторный анализ пациенток, включавший сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотры, углубленные: кольпоскопия простая и расширенная, цитологическое (жидкостное), гистологическое, иммуногистохимическое, бактериоскопическое, бактериологическое и серологическое исследования, иммуноферментный анализ (ИФА), молекулярно-биологический метод (ПЦР), ультразвуковое исследование органов малого таза, молочных желёз, щитовидной железы.

У взятых под наблюдение пациенток тщательно изучался анамнез заболевания, особенность социально-бытовых условий, семейное положение, наследственность,

менструальная и генеративная функции, контрацептивный анамнез, перенесенные гинекологические и соматические заболевания.

Статистическая обработка результатов производилась с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 6.0). Проводился расчет средних значений, среднеквадратических отклонений, ошибки средних арифмети-

ческих. Достоверность разницы двух величин определяли с помощью вычисления критерия Стьюдента. Критерий достоверности изменений считали при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных составлял $43,6 \pm 0,9$ лет, в основном преобладали женщины пременопаузального возраста (таблица 1).

Таблица 1. Возраст обследованных женщин

Возраст обследованных, лет	Надвлагалищная ампутация матки без придатков n = 50		Надвлагалищная ампутация матки с придатками n = 50		Миома матки n = 30	
	абс.	M $\pm$ m%	абс.	M $\pm$ m%	абс.	M $\pm$ m%
31-35	1	2,0 $\pm$ 2,0*	6	12 $\pm$ 4,6*	3	10 $\pm$ 5,4*
36-40	6	12 $\pm$ 4,6	9	18 $\pm$ 5,4	3	10 $\pm$ 5,4
41-45	20	40 $\pm$ 6,9*	14	28 $\pm$ 6,3*	11	36,7 $\pm$ 8,8
46-50	16	32 $\pm$ 6,6	16	32 $\pm$ 6,6	10	33,3 $\pm$ 9,1
51-60	7	14 $\pm$ 4,9	5	10 $\pm$ 4,2	3	10 $\pm$ 6,8
Всего	50		50		30	
Средний возраст		45,6 $\pm$ 0,7		43,6 $\pm$ 0,9		45,4 $\pm$ 1,04

Примечание: p - статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами

Перенесенные гинекологические заболевания обследованных женщин представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, железисто-мышечная гипертрофия шейки матки встречается в 2 раза больше во II группе – 9 (18%), чем в III группе – 9 (13%) группе, кольпит, кандидоз превалировал в I группе – 6 (12%), по сравнению со II – 4 (8%) и III – 2 (6,7%) группами. Хроническим метроэндометритом меньше болеют пациентки после консервативного лечения миомы матки – 9 (30%), чем женщины, которые перенесли оперативное вмешательство. Бесплодие I чаще встречается, чем бесплодие II в группах. Количество аборт было произведено чаще во второй группе – 12 (24 $\pm$ 6,0), что достоверно $p < 0,05$ отличалось от первой группы 2 (4,0 $\pm$ 2,8), но не имело достовер-

ных отличий от третьей группы. Вакуум-аспирации в 2,5 раза меньше встречалась в третьей – 4 (13%), чем в первой и второй – 10 (20%) группах у женщин. Искусственный аборт в первой группе 4 (8,0 $\pm$ 3,8%) произведен в 3 раза меньше, что достоверно отличалось $p < 0,05$ от второй – 12 (24 $\pm$ 6,0%) и третий – 11 (36,6 $\pm$ 8,8%) групп.

Как видно из данных таблицы, во всех трех группах основную часть женщин составляли повторнородящие и многорожавшие – 24 (48 $\pm$ 7,0) и 25 (50 $\pm$ 7,0) соответственно. Первородящие были только во второй группе 1 (2,0 $\pm$ 2,0%).

Все обследованные женщины имели нарушения менструального цикла, что, в основном, проявлялось в виде ациклического кровотечения, достоверных отличий

не отмечалось. Как видно из таблицы, в третьей группе позднее менархе наступало в 2 раза чаще 15 ($50 \pm 9,1$), что достоверно $p < 0,05$ отличалось от первой - 12 ($24 \pm 6,0$) и второй - 13 ($26 \pm 6,2$) групп. В третьей группе половина обследованных женщин были в менопаузе 15 ($50 \pm 9,1$), что достоверно $p < 0,05$ было чаще в первой 17 ($34 \pm 6,7$) и во второй 11 ($22,0 \pm 5,8$) группах.

Таблица 2. Перенесенные гинекологические заболевания обследованных женщин

Нозологическая форма	Надвлагалищная ампутация матки без придатков n = 50		Надвлагалищная ампутация матки с придатками n = 50		Миома матки n = 30	
	абс.	M $\pm$ m%	абс.	M $\pm$ m%	абс.	M $\pm$ m%
Кольпит, кандидоз	6	12,0 $\pm$ 4,6	4	8,0 $\pm$ 3,8	2	6,7 $\pm$ 4,5
Эндоцервицит шейки матки	2	4,0 $\pm$ 2,7	7	14 $\pm$ 4,9	1	3,3 $\pm$ 3,3
Эктопия шейки матки	2	4,0 $\pm$ 2,7	2	4,0 $\pm$ 2,7	5	16,7 $\pm$ 6,8
Железисто-мышечная гипертрофия шейки матки	6	12 $\pm$ 4,6	9	18 $\pm$ 5,4	4	13,3 $\pm$ 6,2
Оперативное вмешательство на придатках	-	-	1	2,0 $\pm$ 2,0	2	6,7 $\pm$ 4,5
Хронический метроэндометрит	11	22 $\pm$ 5,8	15	30 $\pm$ 6,5	9	30 $\pm$ 8,4
Бесплодие I	4	8,0 $\pm$ 3,8	3	6,0 $\pm$ 3,4	3	10 $\pm$ 5,5
Бесплодие II			1	2,0 $\pm$ 2,0	2	6,7 $\pm$ 4,5
Сочетание 2 нозологий	8	16 $\pm$ 5,2	10	20 $\pm$ 5,6	6	20 $\pm$ 7,3
Сочетание 3 нозологий	4	8,0 $\pm$ 3,8	6	12 $\pm$ 4,6	3	10 $\pm$ 5,5

Примечание: p - статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни); $p < 0,05$

Таблица 3. Результаты кольпоскопии шейки матки

Нозология	Надвлагалищная ампутация матки без придатков n = 50		Надвлагалищная ампутация матки с придатками n = 50		Миома матки n = 30	
	абс.	M $\pm$ m%	абс.	M $\pm$ m%	абс.	M $\pm$ m%
Многослойный плоский эпителий	4	8,0 $\pm$ 3,8	6	12,0 $\pm$ 4,6	1	3,3 $\pm$ 3,3
Воспалительные изменения на экзоцервиксе	10	20 $\pm$ 5,6	6	12,0 $\pm$ 4,6	3	10 $\pm$ 5,5
Эндоцервицит	2	4,0 $\pm$ 2,7	7	14,0 $\pm$ 4,9	1	3,3 $\pm$ 3,3
Железистая гипертрофия ш/м	2	4,0 $\pm$ 2,7	5	10 $\pm$ 4,2	6	20 $\pm$ 7,3
Эктопия	2	4,0 $\pm$ 2,7	2	4,0 $\pm$ 2,7	5	16,6 $\pm$ 6,8
Кольпит	6	12 $\pm$ 4,6	4	8,0 $\pm$ 3,8	2	6,6 $\pm$ 4,5
Без патологии	24	48 $\pm$ 7,0	20	40 $\pm$ 6,9	12	40 $\pm$ 8,9

Примечание: $p < 0,05$

Наличие воспалительных изменений на экзоцервиксе, появление эктопий и кольпита свидетельствуют о наличии инфекций, передающихся половым путем, у данных женщин, что негативно сказывается на их репродуктивной функции (таблица 3).

Воспалительные изменения на экзоцервиксе больше всего встречались у женщин первой группы – 10 (20%), а эндоцервицит преобладал у пациенток второй группы – 7 (14%) женщин. Эктопия встречалась у 5 (16%) женщин в третьей группе и кольпитпревалировал в первой группе – у 6 (12%) женщин.

Цитологическая характеристика указывает на наличие воспалительного процесса в мазках и составляет – 17 (56%) во второй группе пациенток, что достоверно отличается от пациенток первой – 12 (24%) и третьей – 10 (33%) групп соответственно. Цитограмма дает большее выявление дисплазии I – 9 (18%), чем дисплазии II – 3 (6%).

Особенности кровообращения в оставленной культе шейки матки и положение органов малого таза в отдаленные после операции сроки показали, что опущение стенок влагалища после тотальной гистерэктомии встречается в 2 раза чаще, чем после субтотальной. Также у больных, подвергшихся тотальной гистерэктомии, чаще обнаруживаются клинические проявления кольпита, чем в группе пациенток после субтотальной гистерэктомии.

Заключение. Таким образом, диагностика и лечение патологии шейки матки является одной из актуальных проблем в гинекологии. Так как эти патологические процессы своевременно не обнаруживаются и не лечатся, вероятность заболевания становится все более опасной. Своевременное выявление и адекватное лечение как

фоновых процессов, так и предраковых заболеваний ШМ позволяют предотвратить возникновение рака ШМ, занимающего третье место по частоте среди злокачественных новообразований половых органов и шестое в структуре общей онкологической заболеваемости. Показано, что сохранение шейки матки при оперативном вмешательстве не увеличивает в дальнейшем риск развития рака культы шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аракелов С.Э. и др. Эффективность комплексного лечения больных с доброкачественными дисплазиями молочных желез и миомой матки // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2015. Т. 1, № 1. С. 90-93.
2. Беженарь В.Ф., Комличенко Э.В., Шевелева Т.С., Кондратьев А.А. Терапия миомы матки: от хирургии к медикаментозной стратегии. // *Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. 2016. № 4. С. 147-156.
3. Высоцкий М.М., Сазонова Е.О., Домокеева Ю.Ю. Оптимизация методики гистерэктомии и экстирпации культы шейки матки лапароскопическим доступом // *Журнал акушерства и женских болезней*. 2014. № 3. С. 84.
4. Матовасян С.М. Состояние культы шейки матки и качество жизни женщин после различных видов гистерэктомии: дисс. ...канд.мед.наук. Москва, 2010
5. Татарчук Т.Н., Тутченко Т.Ф. Патология шейки матки. Какие задачи стоят перед акушером-гинекологом. // *Репродуктивная эндокринология*. 2013. Т. 9, № 1. С. 45.
6. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Исламова А.О. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия. Киев: Академия медицинских наук, 2016.

7. Трубникова Л.И., Тихонова Н.Ю., Савинова Н.А. Комплексное обследование и лечение женщин с заболеваниями молочных желез и половых органов. // Ульяновский медико-биологический журнал. 2013. №3.
8. Lukavenko I.M., Andryushchenko V.V., Garbuzova V.I., Yazykov A.V. The clinical significance of pvuii polimorphism diagnosis of proliferative forms of benign dysplasia. // Georgian Med News. 2017. Vol. 238. P. 12-17.
9. Rexhepi M., Trajkovska E., Koprivnjak K. An Unusually Large Fibroepithelial Polyp of Uterine Cervix: Case Report and Review of Literature. // Open Access Maced J Med Sci. 2019. Vol. 7. P. 2010.
10. Senkus E., Kyriakides S., Ohno S. et al. Cancer colli uteri: ESMO Clin Pract Guidelines // Ann Oncol. 2017. Vol. 26 (5). P. 8-30.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Хакимова Нилуфар – аспирант гинекологического отдела ТННИАГиП;

тел.: (+992) 909990066

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна - д.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник гинекологического отдела ТННИАГиП; тел.: 2210626

Курбанова Муборак Хасановна – д.м.н., профессор, руководитель гинекологического отдела ТННИАГиП; тел.: 2210626

Мамедова Зеварой Туракуловна – к.м.н., старший научный сотрудник гинекологического отдела ТННИАГиП; тел.: 2210626, e-mail: zavar2002@mail.ru

Кармишева Мавлуда Нарзуллаевна - к.м.н., научный сотрудник гинекологического отдела ТННИАГиП; тел.: (+992) 918737279

УДК 618.3-008.6

**РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ОСЛОЖНЯЮЩИХ
БЕРЕМЕННОСТЬ, НА РАЗВИТИЕ НЕВРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ**

Д.С. Хокироев, А. Вохидов

ГУ МК «Истиклол»

Патологические состояния, осложняющие беременность, относятся к особой группе риска, повышающей материнскую, перинатальную заболеваемость и смертность. В то же время возникающие в антенатальном периоде гипоксически-ишемические поражения мозга, относятся к одному из главных факторов риска формирования инвалидизации детей.

Ключевые слова: преэклампсия, эклампсия, родовая травма, плод, новорожденный.

**НАҚШИ ШАРТҲОИ ПАТОЛОГИЙ, КИ ҲОМИЛАДОРИРО МУШКИЛ
МЕГАРДОНАНД, ДАР ИНКИШОФИ ПАТОЛОГИЯИ АСАБӢ ДАР
КӢДАКONI НАВЗОД**

Д.С. Хокироев Диловар Субхонович, А. Вохидов
МД МТ "Истиқлол"

Ҳолатҳои патологие, ки ҳомиладориро душвор мегардонанд, ба гурӯҳи махсуси хавф мансубанд, ки бемориҳо ва ғавти модарон, перинаталиро афзоиши медиҳанд, дар баробари ин, осеби гипокси-ишемикии мағзи сар, ки дар давраи антенаталӣ рух медиҳанд, яке аз омилҳои асосии хатари инкишофи маъҷубӣ дар кӯдакон мебошад.

Калимаҳои асосӣ: преэклампсия, эклампсия, осеби таваллуд, ҳомила, навзод.

ROLE OF PATHOLOGICAL CONDITIONS COMPLICATING PREGNANCY ON THE DEVELOPMENT OF NEURAL PATHOLOGY IN NEWBORNS

D.S. Khokiroev, A. Vokhidov
GA MK "Istiklol"

Pathological conditions complicating pregnancy belong to a special risk group, increasing maternal, perinatal morbidity and mortality, while at the same time, hypoxic-ischemic brain damage occurring in the antenatal period is one of the main risk factors for the development of disability in children.

Key words: preeclampsia, eclampsia, birth trauma, fetus, newborn.

Актуальность. Родовспоможение как важнейшая отрасль здравоохранения имеет особую социальную и политическую значимость, особенно в современной демографической ситуации в России. По данным мировой статистики, гипертензивные состояния во время беременности встречаются с частотой 10%, на долю преэклампсии приходится 2-8% [4, 7]. Ежегодно в мире регистрируется 8,5 млн случаев преэклампсии [8], причем более чем 50 000 трагических событий материнской смертности связано с преэклампсией/эклампсией (ПЭ/Э) [1, 5, 7].

Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется от 15% до 20% [7] в различных регионах России. Зачастую ставится знак равенства между хронической артериальной гипертензией и преэклампсией. Артериальная гипертензия при преэклампсии является только вершиной айсберга, в глубине которого выраженные нарушения во всех органах и системах,

связанные с дисфункцией эндотелия, генерализованным спазмом сосудов и гиповолемией. Однако артериальная гипертензия является кардинальным симптомом преэклампсии, так как именно с ней связаны самые тяжелые осложнения – эклампсия, преждевременная отслойка плаценты, задержка внутриутробного развития плода [3]. 25-30% гипертензивных расстройств во время беременности связаны с хронической артериальной гипертензией, 70-75% – вызваны беременностью [1]. Фетоплацентарный комплекс страдает при любой форме артериальной гипертензии, это связано с развитием первичной фетоплацентарной недостаточности на фоне недостаточной инвазии трофобласта при преэклампсии, склерозом и облитераций ворсин хориона. К одному из наиболее ценных методов выявления плацентарной недостаточности относится доплерометрическое исследование, которое позволяет оценить состояние кро-

вотока в маточных артериях, артерии пуповины, аорте плода и среднемозговой артерии [2, 4].

Среди причин перинатальных поражений мозга ведущее место занимает внутриутробная и интранатальная гипоксия плода, второе по значимости место принадлежит фактору механической травматизации ребенка в процессе родов – как правило, в сочетании с той или иной выраженностью предшествующей внутриутробной гипоксии. Также в структуру этиопатогенетических факторов перинатальной патологии включают инфекционные (в том числе вирусные) и токсикометаболические варианты поражения нервной системы.

Осложненное течение беременности – патологические состояния в акушерской практике, возникшие в связи с гестацией и нарушающие ее естественное течение. Патология беременности – собирательное понятие, включающее в себя ряд заболеваний и отдельных клинических симптомов, развивающихся у женщин в период беременности и в большинстве случаев разрешающихся после ее окончания или прерывания. На течение беременности существенно могут влиять такие факторы, как предшествующее состояние здоровья и образ жизни будущей матери, а также нарушения, связанные с особенностями развития будущего ребенка.

По данным литературы, частота преэклампсии среди беременных женщин составляет 3–7%. Преэклампсия и эклампсия развивается после 20 недель гестации. Нелеченая эклампсия завершается фатальным исходом. В число факторов риска развития этого нарушения входят хроническая гипертензия, диабет, ожирение у женщины, а также заболевания, которые могут привести к гиперплацентации и развитию крупной плаценты [6, 9].

Статистика родовспоможения чрезвычайно важна, поскольку характеризует, во-первых, здоровье рожаящих женщин и рождающихся детей, а, значит, качество популяции, во-вторых, уровень службы охраны здоровья матери и ребенка, являясь в то же время основой для ее реформирования. При этом достоверность перинатальной и акушерской статистической информации, отражающей репродуктивное здоровье и тенденции воспроизводства населения, есть необходимое условие реального отражения демографической ситуации в стране как в количественном, так и в качественном отношении. В то же время необходимо указать на тот момент, что ПЭ/Э остается одной из основных причин заболеваемости новорожденных (640-780‰) и перинатальной смертности (18-30‰) [1, 2, 5].

Цель исследования. Изучить популяционную частоту патологических состояний, осложняющих беременность (преэклампсии и эклампсии), а также родовой травматизм.

Материал и методы исследования

В процессе работы были использованы сведения статистической отчетной формы №32 «Отчет о состоянии здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных», утвержденной приказом Агентства по статистике при Президенте РТ № 054 от 11 октября 2013 г., за период с 2017 по 2022 г.

В настоящем анализе в данных отчетов статистических форм № 32 за период с 2017 по 2021 г. представлены конкретные сведения о состоянии репродуктивных показателей как в целом по Таджикистану, так и по регионам. Логический и статистический анализ информации позволяет оценить не только динамику представленных данных, но также качество и достоверность статистических показате-

лей, характеризующих полноту наблюдения и обследования беременных, уровень заболеваемости женщин и новорожденных, осложнений в родах и характера перинатальных потерь.

Статистическая обработка проведена с использованием программного обеспечения Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. Анализ статистических учетных форм (рисунок 1) за период с 2017 по 2021 гг. показал, что в целом по республике показатели заболе-

ваемости преэклампсией колебались от 29.3 до 33,3 на 1000 родов в (2017 и 2020 г. соответственно). Самые высокие показатели частоты данного класса заболеваний приходится на г. Душанбе - более чем в 2,5 раза выше, по сравнению с общереспубликанскими показателями. В то же время самые низкие показатели преэклампсии имели место в Хатлонской области, что почти в 1,5 раза ниже, чем по стране.

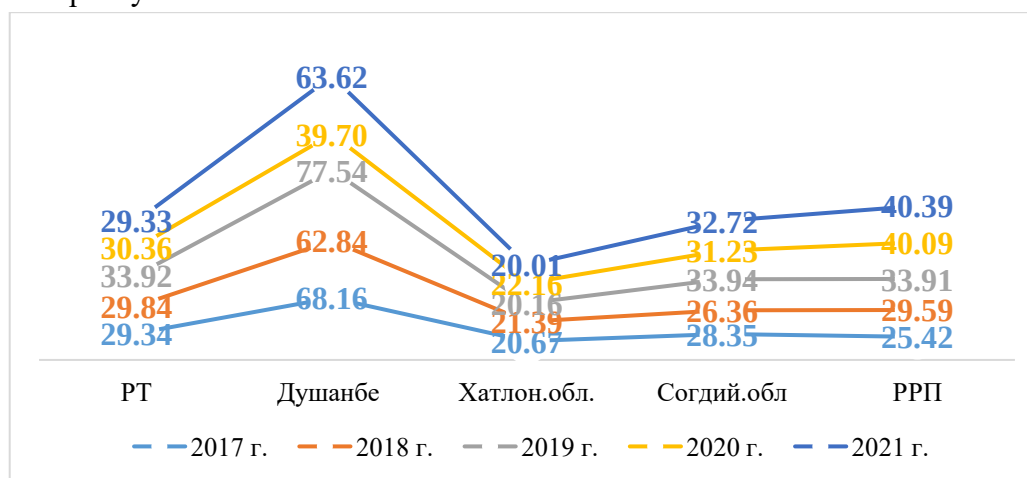


Рисунок 1. Показатель заболеваемости преэклампсии (O14.0- O14.1) на 1000 родов.

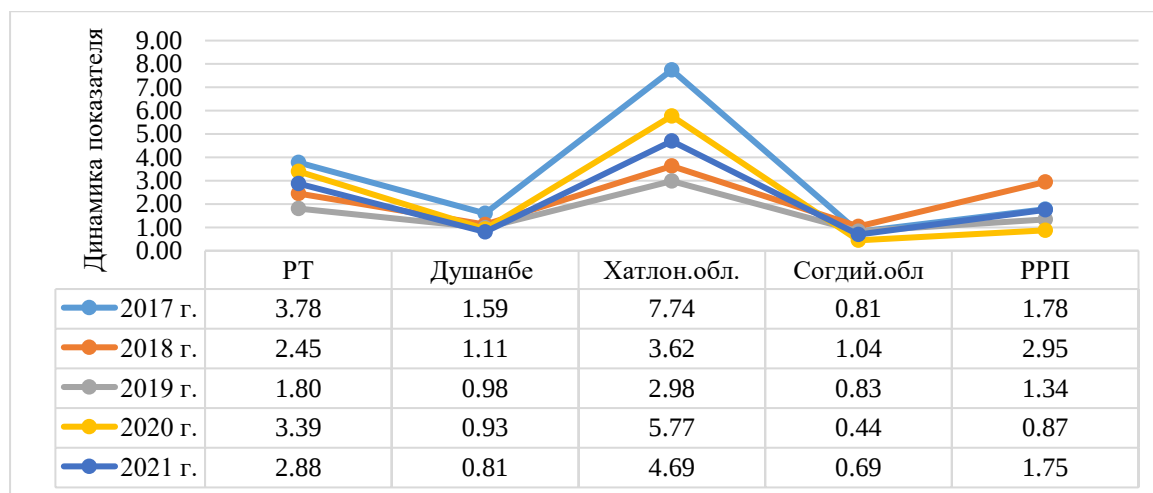


Рисунок 2. Показатель заболеваемости эклампсии (O15) на 1000 родов.

В Согдийской области показатели заболеваемости преэклампсией незначительно отличаются от общереспубликанских данных. В то время в РРП отмечается тенденция к росту анализируемого показате-

ля, по сравнению с Хатлонской областью, выявленные различия имеют статистически достоверную разницу ($p < 0,05$).

Показатели заболеваемости (рисунок 2) эклампсией, по сравнению с преэклампси-

ей, имеют существенное различие, проведенный анализ показал, что анализируемый показатель в 10 раз ниже, по сравнению с преэклампсией.

Нелеченая преэклампсия в разное время просто присутствует, а затем может внезапно прогрессировать в эклампсию, которая развивается у 1/200 больных с преэклампсией.

Свидетельством сказанного является показатель по республике, характеризующий соотношение частоты (8:1) преэклампсии к эклампсии, так, на 8 случаев преэклампсии приходится один случай эклампсии. Самый высокий показатель заболеваемости преэклампсией установлен в г. Душанбе, тогда как наиболее высокая частота эклампсии выявлена в Хатлонской области. Соотношение частоты преэклампсии к эклампсии в данном регионе составляет 1:2, что отличительно от общереспубликанских данных. Самый низкий показатель заболеваемости эклампсией имеет место в Согдийской области, что более чем в 4,5 раза ниже общереспубликанских данных. Такая же

тенденция динамики показателя заболеваемости эклампсией имеет место и в РРП.

На этапе внутриутробного развития происходит сложный процесс формирования будущего ребенка, в связи с чем проблемы женского здоровья в различные сроки гестации, а также состояние развивающегося плода и новорожденного занимают одно из ведущих мест в современном здравоохранении [1, 2].

Причинами родового травматизма во время беременности могут быть: наличие экстрагенитальной патологии, осложнения беременности, в особенности хроническая маточно-плацентарная недостаточность, патологические состояния, осложняющие беременность, которые ведут к возникновению хронической гипоксии плода, низкий социальный статус и вредные привычки беременной, такие как курение, злоупотребление алкоголем, наркомания. Играть роль также неполноценное питание беременной, профессиональные вредности. Таким образом родовая травма имеет мультифакторальную этиологию.

Число случаев родовой травмы (Р10-15) на 1000 новорожденных

Годы	Регионы				
	РТ	Душанбе	Хатл. обл.	Согд. обл.	РРП
2017	6,48	4,75	4,88	9,15	7,47
2018	8,14	1,67	3,78	10,12	6,86
2019	5,94*	1,78	3,61	14,17*	6,51
2020	7,19	3,03	7,48	7,05	6,44
2021	8,13	3,72	6,80	8,44	13,39
Динамика за 5 лет	+1,6	-1,03	+2,0	- 0,66	+ 5,8
Т/приб.%	+20,2	-21,2	+29,4	-7,6	+44,3

Примечание: * - установлено статистически достоверное различие между общими республиканскими сведениями и данными по Согдийской области ($p < 0,001$)

Родовая травма в структуре заболеваемости новорожденных составляет 26,3–41,9%, а у умерших доношенных новорожденных – 37,9%, частота по РТ составляет 3–8% среди всех родившихся

детей [1]. Перинатальные поражения нервной системы ведут к инвалидизации в 35–40% случаев [2–5]. Среди всех перинатальных факторов, способствующих развитию ДЦП и других поражений нервной

системы у детей, важнейшая роль отводится различным нарушениям церебральной гемодинамики [2–5].

Проведенный анализ заболеваемости родовой травмой по данным статистической учетной форм (таблица), установлено, что по республике на 1000 родившихся новорожденных показатель РТ составляет от 5,9 до 8,1 в (2019 и 2021 гг. соответственно). Динамика показателя за 5 лет составила +1,6, тогда как показатель Т/приб. +20,2%. По г. Душанбе имело место наличие отрицательного показателя динамики за 5 лет и Т/приб, такая же динамика имела место и по Согдийской области. В двух других регионах Хатлонской области и РРП анализируемые показатели имели положительное сальдо.

В г. Душанбе в течение всего анализируемого периода показатель заболеваемости преэклампсией имел достаточно высокую динамику, однако показатель заболеваемости родовой травмой на 1000 новорожденных имел отрицательную динамику роста.

Заключение. На протяжении 5 анализируемых лет самый высокий показатель заболеваемости преэклампсией имело место в г. Душанбе. Высокая динамика показателя заболеваемости эклампсией на 1000 родов выявлена в Хатлонской области. При наличии отрицательных показателей динамики родовой травмы за пять лет и показателя Т/приб. в Согдийской области заболеваемость РТ в данном регионе превышает идентичные показатели других регионов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанова О.Н., Капустин Р.В., Комаров Е.К. и др. Патогенетические механизмы развития акушерских осложнений при гестационном сахарном диабете // Журнал

акушерства и женских болезней. 2011. № 5. С. 3–10.

2. Бушуева Э.В., Денисова Т.Г., Герасимова Л.И. и др. Факторы риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 528–530.

3. Гурьев Д.Л., Охупкин М.Б., Карпов Н.Ю., Блинов Д.В. Течение и исходы беременности, осложненной преэклампсией, в зависимости от типа центральной материнской гемодинамики // Акушерство и гинекология. 2015. № 7–2. С. 14–19.

4. Краева О.А., Башмакова Н.В., Винокурова Е.А. Исходы беременности у женщин с преодоленным невынашиванием // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. Т. 58, № 1. С. 8–12.

5. Кулаков В.И., Барашнев Ю.И. Новорожденные высокого риска М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006. 528 с.

6. Лебедева О.В., Белопасов В.В. Факторы риска и особенности развития перинатальных повреждений головного мозга у новорожденных с экстремально низкой массой тела // Международный неврологический журнал. 2010. Т. 7, № 37. С. 5–8.

7. Медведев М.И., Дегтярева М.Г., Горбунов А.В. и др. Последствия перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у доношенных новорожденных: диагностика и принципы восстановительного лечения // Педиатрия. 2017. Т. 90, № 1. С. 66–70.

8. Тарасова А.А., Белова Ю.Н., Острейков И.Ф., Подкопаев В.Н. Состояние сердца у новорожденных детей с постгипоксической ишемией миокарда на фоне кардиотропной терапии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. Т. 58, № 2. С. 24–29.

9. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Петрозаводск, 2012. С. 142–158.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Хокиров Диловар Субхонович – врач-невропатолог ГУ МК «Истиклол»;

тел.: (+992)934444976; e-mail: dilovar-4444@mail.ru

Вохидов Абдусалом – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник ГУ МК «Истиклол»; тел.: (+992)907707996; e-mail: avokhidov@hotmail.com

УДК 616. 618.146-07-08.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

М.У. Юлдошева, Р.А. Абдуллаева, Ф.З. Олимова,

У.А. Каримова, Н.Ф. Раджабзода

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

В статье приводятся данные о влиянии инфекционного агента на развитие заболеваний шейки матки. При кольпоскопическом и цитологическом исследованиях в основной группе были выявлены следующие заболевания: эктопия (эрозия) шейки матки - 19 (20,2%), полип цервикального канала - 7 (12,5%), дисплазия 1-ой и 2-ой степеней - 11 (19,6%), нежная лейкоплакия - 2 (2,1%), цервициты - 21 (22,3%) случаев. В группе сравнения при кольпоскопическом и цитологическом исследовании у 3 (5,3%) был выявлен цервицит, эктопия была обнаружена у 2 (3,5%) женщин.

Ключевые слова: заболевание шейки матки, инфекционный фактор, ИППП.

ТАЪСИРИ ОМИЛИ СИРОЯТИ ДАР ИНШИШОФИ БЕМОРИҲОИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН

М.У. Юлдошева, Р.А. Абдуллаева, Ф.З. Олимова,

У.А. Каримова, Н.Ф. Раджабзода

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

Дар мақола маълумот дар бораи таъсири агенти сироятӣ ба рушди бемориҳои гарданаки бачадон оварда шудааст. Дар натиҷаи муоинаи колпоскопӣ ва ситологӣ дар гурӯҳи асосӣ бемориҳои зерин муайян карда шуданд: эктопия (эрозия)-и гарданаки бачадон дар 19 нафар (20,2%), полипи канали сервикали дар 7 нафар (12,5%), дисплазияи дараҷаи 1 ва 2 дар 11 нафар (19,6%) занон, лейкоплакияи сабук дар 2 (2,1%), сервисит дар 21 (22,3%) зан. Дар гурӯҳи муқоисаи муоинаи колпоскопӣ ва ситологӣ дар 3 (5,3%) зан сервисит ва дар 2 (3,5%) зан бемории эктопия муайян карда шуд.

Калимаҳои асосӣ: бемории гарданаки бачадон, омилҳои сироятӣ, САЧГ.

INFLUENCE OF INFECTIOUS FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF CERVICAL DISEASES

M.U. Yuldosheva, R.A. Abdullaeva, F.Z. Olimova,
U.A. Karimova, N.F. Rachabzoda

*Department of Obstetrics and Gynecology № 1 of the State Educational Institution
“Avicenna Tajik State Medical University”*

The article provides data on the influence of the infectious agent on the development of cervical diseases. Colposcopic and cytological examination revealed the following diseases in the main group: ectopia (erosion) of the cervix in 19 (20,2%) patients, polyp of the cervical canal in 7 (12,5%) women, dysplasia of the 1st and 2nd degrees in 11 (19,6%) women, mild leukoplakia in 2 (2,1%) women, cervicitis in 21 (22,3%) women. In the comparison group, colposcopic and cytological examination revealed cervicitis in 3 (5,3%) women, and ectopia was detected in 2 (3,5%) women.

Key words: cervical disease, infectious factor, STI.

Актуальность. Возникновение и развитие патологических процессов влагалищной части шейки матки - достаточно сложный процесс, многие аспекты которого требуют дальнейших углубленных исследований. Как известно, раковому процессу предшествуют фоновые и предраковые состояния шейки матки [2, 3]. По данным ВОЗ, каждый год регистрируются 250 млн новых случаев ИППП. Течение воспалительного процесса обусловлено сложными микробиологическими взаимоотношениями возбудителей ИППП с условно-патогенными аэробными и анаэробными микроорганизмами влагалищной экосистемы [1, 5]. Сложные влагалищные биоценозы определяют тяжесть течения процесса при генерализации инфекции. Так, в публикации 2016 г. имеются данные о том, что среди пациенток, инфицированных *Chlamydia trachomatis*, увеличивается риск развития предраковых заболеваний шейки матки [4, 3]. Опубликованные в 2019 г. данные метаанализа свидетельствуют о непосредственной связи бактериального вагиноза, патологии шейки матки и прогрессирования ВПЧ инфекции. Сведений о роли инфекций, передаваемых половым путем, как фактора, инициирующего развитие заболеваний шейки

матки у женщин репродуктивного возраста, недостаточно, поэтому представляется актуальным изучить патогенетическую роль отдельно взятых инфекционных агентов и их ассоциаций в трансформации патологических изменений шейки матки в опухолевые процессы.

Цель исследования. Изучить влияние инфекционного фактора в развитии заболеваний шейки матки.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное клиническое обследование 150 женщин репродуктивного возраста от 19 до 45 лет. Среди них основную группу (n-94) составили женщины с заболеваниями шейки матки, группу сравнения - 56 здоровых женщин.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, гинекологический осмотр, взятие мазка на флору, бактериологического посева из цервикального канала, проведение жидкостной цитологии, гистологического исследования и кольпоскопии. Было проведено исследование мазков методом полимеразной цепной реакции, направленной на выявление хламидий, уреоплазм, вируса простого герпеса 2 типа, цитомегаловируса и папилломавирусов человека высоко онкогенных серотипов.

При сборе анамнеза обращали внимание на жалобы, перенесенные ранее инфекции, передающиеся половым путем, возраст, начало половой жизни, перенесенные гинекологические заболевания и акушерский анамнез.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст исследуемого контингента составлял $31,2 \pm 3,8$ лет. Пациентки предъявляли жалобы на выделения различного характера из половых путей: 56 (59,5%) пациенток основной группы и 15 (26,7%) женщин из группы сравнения. Полученные мазки, обследованные на степень чистоты влагалищного отделяемого у 35 (62,5%) пациенток основной группы, были представлены III степенью чистоты и у 18 (19,1%) – IV степенью чистоты. В группе сравнения мазки на флору 1 и 2 степеней чистоты отмечались у 13 (23,2%) женщин, мазков 3 и 4 степеней чистоты не отмечалось. По полученным бактериологическим посевам из цервикального канала у 48 (51,0%) пациенток основной группы были высеяны следующие возбудители: *Streptococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella spp.* и *Candida albicans*. В группе сравнения у 15 (26,7%) обнаружены *Streptococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Corinebacterium spp.* и *Candida albicans* в различных комбинациях.

Были проанализированы кольпоскопические картины при лабораторно подтвер-

жденных воспалительных заболеваниях шейки матки и влагалища. Кольпоскопическая картина при этом характеризовалась сочетанием в разных комбинациях диффузной или очаговой гиперемии эпителия - у 11 (11,7%) пациенток, белой и красной точечностью и пятнистостью - у 16 (17,0%) пациенток, воспалительным экссудатом - у 9 (9,5%) пациенток. Пустулы и везикулы наблюдались у 5 (5,3) пациенток. В группе сравнения среди кольпоскопических картин диффузная или очаговая гиперемия эпителия отмечалась у 4 (7,1%) пациенток, белая и красная точечность и пятнистость - у 6 (10,7%) женщин, воспалительный экссудат - у 2 (2,1%), пустулы и везикулы и выделениями различного характера - у 3 (5,3%) пациенток.

При кольпоскопическом исследовании в основной группе были выявлены следующие заболевания: эктопия (эрозия) шейки матки - у 19 (20,2%) пациенток, полип цервикального канала - у 7 (12,5%), дисплазия 1-ой и 2-ой степеней - у 11 (19,6%), нежная лейкоплакия - у 2 (2,1%), цервициты - у 21 (22,3%) женщин. В группе сравнения при кольпоскопическом и цитологическом исследованиях у 3 (5,3%) женщин был выявлен цервицит, эктопия была обнаружена у 2 (3,5%) обследованных.

Инфекционная характеристика биоптатов шейки матки представлена в таблице.

Сравнительная характеристика структуры инфекционных агентов при разных состояниях шейки матки

Вид инфекционного агента	Основная группа (n-94)		Группа сравнения (n-56)		P
Цитомегаловирус	14	14,8%	4	7,1%	p>0,05
Вирус герпеса 2-го типа	11	11,7%	3	5,3%	p>0,05
Хламидии	13	13,8%	1	1,7%	p>0,01
Уреаплазмы	6	6,3%	2	3,5%	p>0,05
ВПЧ	2	2,1%	1	1,7%	p>0,05
Микст-инфекции	17	18,0%	4	7,1%	p>0,01

По результатам обследования, у женщин из основной группы в биоптатах шейки матки идентифицирован специфический инфекционный агент, однако превалировал и смешанный характер инфицирования. Моноинфицирование в основной группе было представлено вирусом простого герпеса - в 11,7% случаев, цитомегаловирусом - в 14,8%, хламидиями - в 13,8%, уреаплазмами - в 6,3% случаев. Наличие в биоптате высокоонкогенных типов папилломавирусов отмечено в 2,1% наблюдений. В группе сравнения у женщин в качестве моноинфекции инфицирование хламидиями составило 1,7% случаев, уреаплазмами - 3,5%, вирусом простого герпеса - 5,3%, цитомегаловирусом - 7,1% случаев. Микст-инфекции вирусно-бактериального происхождения в основной группе составили 18,0%, а в группе сравнения - 7,1% случаев.

Заключение. Таким образом, установлена связь инфекционного фактора с возникновением патологических изменений как в эндоцервиксе, так и в экзоцервиксе и их опухолевая трансформация у женщин репродуктивного возраста. Вследствие этого необходимо выявление и лечение на раннем этапе развития фоновой патологии у женщин репродуктивного возраста с целью предупреждения опухолевой трансформации патологически измененного эпителия шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Сухих Г.Т. и др. Вакцинопрофилактика заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека: позиции доказательной медицины // Обзор литературы. Вопросы современной педиатрии. 2017. № 2(16). С. 107–117.
2. Зароченцева Н.В., Трушина О.И., Новикова Е.Г. и др. Вакцинация против ВПЧ: теоретические аспекты и практические результаты профилактики рака шейки матки // Эпидемиология и вакциноterapia. 2019. № 6. С. 98–108.
3. Каприн А.Д., Чиссов В.И., Александрова Л.М., Старинский В.В. Ассоциация поведенческих факторов риска с развитием злокачественных новообразований // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, № 2. С. 109–117.
4. Прилепская В.Н., Аполихина И.А., Назарова Н.М., Малышкина Д.А. Скрининг рака шейки матки // Акушерство и гинекология. 2020. № 9. С. 4
5. Innes C.R., Sykes P.H., Harker D. et al. Changes in human papillomavirus genotypes associated with cervical intraepithelial neoplasia grade 2 lesions in a cohort of young women (2013–2016). // Papillomavirus Res. 2018. Vol. 6. P. 77–82.
6. Macdonald M., Crossley J., Ellis K. et al. Prevalence of high-grade cervical intraepithelial neoplasia in women with persistent high-risk HPV genotypes and negative cytology // Cytopathology. 2018;. Vol. 29 (2). P. 133–142
7. Wissing M.D. Human papillomavirus viral load and transmission in young, recently formed heterosexual couples // J. Infect Dis. 2019. Vol. 220 (7). P. 1152–1161.
8. Wongjampa W., Ekalaksananan T., Chopjitt P. et al. Suppression of miR-22, a tumor suppressor in cervical cancer, by human papillomavirus 16(6 via a p53/miR-22/HDAC6 pathway. // PLoS One. 2018. Vol. 13 (10). e0206644.
9. Zheng B., Yang H., Li Z. et al. HPV test results and histological follow-up results of patients with LSIL Cervical Cytology from the Largest CAP-certified laboratory in China. // J Cancer. 2017. Vol. 8 (13). P. 2436–2441.
10. Zoa Assoumou S., Ndjoyi Mbiguino A., Mabika Mabika B. et al. Human papillomavirus genotypes distribution among Gabo-

nese women with normal cytology and cervical abnormalities. // Infect Agent Cancer. 2016. Vol. 11. P. 2.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Юлдошева Манижа Умарчоновна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992)985675625;
e-mail: manizhayuldosheva88@mail.ru

Абдуллаева Рано Абдугаффаровна - к.м.н., доцент, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992)935880810;
e-mail: abdullaevvarano@mail.ru

Олимова Фарангис Зафаровна - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992)900750510;
e-mail: OlimovaFarangis@mail.ru

Каримова Умеда Анваровна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992)918617785;
e-mail: karimovaumeda555@mail.ru

Раджабзода Назирабонуи Файзали - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992)918762772;
e-mail: Nazirabonu@mail.ru

СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

