



Сармуҳаррир:

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

Муовинони сармуҳаррир:

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

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

Котиби масъул:

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

Мухаррир-мушовир:

Зиё Раҳмон – н.и.б.

Мухаррири бадеӣ:

Темурхонов Т.

Тарҷумон:

Мамедова З.Т. – н.и.т.

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

Суроғи таҳририя:

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

E-mail: info@niiagip.tj

Муассисони маҷалла:

Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи
акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии
Тоҷикистон”

Ҷамъияти акушер-гинекологҳои
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Учредители журнала:

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

Общество акушеров-гинекологов
Республики Таджикистан

МОДАР ВА КӮДАК МАТЬ И ДИТЯ MOTHER AND CHILD

Маҷаллаи илмӣ-амалӣ

№1, 2024

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 Абуалӣ ибн Сино” (Душанбе)

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

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

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

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

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

Додхоев Ҷамшед Саидбобоевич – д.и.т.; МДТ
“Донишгоҳи тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ 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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

<i>Акилова Д.М., Хушвахтова Э.Х., Курбанова М.Х.</i> Радикальные операции при аденомиозе	5
<i>Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Рахматова Ф.К., Давлятова Д.М.</i> Дистормональные проявления в половых органах у пациенток с метаболическим синдромом и дисфункцией щитовидной железы	10
<i>Камилова М.Я., Киёмиддинзода М., Амонова Ш.Ш.</i> Частота тяжёлых преэклампсий и осложнений тяжелых преэклампсий в стационаре 3-го уровня Таджикистана	16
<i>Курбанова М.Х., Мамедова З.Т., Азимова Д.А., Юсуфбекова У.Ю., Асилзода М.</i> Применение препарата «Индол форте» при аденомиозе	22
<i>Ниязова С.Дж., Хушвахтова Э.Х.</i> Особенности гинекологического статуса и микрофлоры у женщин с дистормональными заболеваниями молочных желёз на фоне воспалительных заболеваний органов гениталий	27
<i>Пулодзода Ф.П., Ибодуллозода М.И., Алиева Р.Я., Курбонова О.А., Бойматова З.К.</i> Медико-социальная характеристика подростков с ранней беременностью	37
<i>Расулова Г.Т., Саидова М.И., Кенджаева Г.К., Зокирова Ф.Ф., Каримова З.С.</i> Оценка эффективности терапии и состояния новорожденных у женщин - носителей полиморфизма генов тромбофилий и фолатного цикла	43
<i>Сармисокова Х.Дж., Абдулазизова Ф.А., Мухтоджова Г.А.</i> Акушерские исходы у женщин с поздними самопроизвольными преждевременными родами	49
<i>Юсуфбекова У.Ю., Курбанова М.Х., Мамедова З.Т., Азимова Д.А., Асилзода М.М.</i> Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия)	55

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

<i>Ошурмамадова Р.Б., Махмадалиева М.У., Гулакова Д. М., Джабарова Н.С.</i> Особенности терапии метаболического синдрома у пациенток с нарушением репродуктивной функции (обзор литературы)	61
--	----

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 618.3

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Акилова Д.М., Хушвахтова Э.Х., Курбанова М.Х.

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

Цель исследования. Определить показания к гистерэктомии при аденомиозе и его сочетание с патологией эндо- и миометрия.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 37 пациенток с аденомиозом, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении ТНИИА-ГиП за 2020-2023 гг.

Проведено плановое обследование с использованием клинических, лабораторных инструментальных методов исследования.

Результаты. Основными жалобами пациенток были: боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей и отсутствие эффекта от гормональной терапии. У 2 (5,4±3,7%) пациенток диагностирован аденомиоз 2 и 3 степеней, у 9 (24,3±7,0%) – аденомиоз в сочетании с миомой матки больших размеров.

Заключение. Выбор метода лечения аденомиоза должен определяться стадией распространенности патологического процесса, размерами и локализацией узлов, возрастом, наличием симптомов и репродуктивными планами.

Ключевые слова: аденомиоз, гистерэктомия, миома матки, гиперплазия эндометрия

АМАЛИЁТИ РАДИКАЛӢ БАРОИ АДЕНОМИОЗ

Акилова Д.М., Хушвахтова Э.Х., Курбанова М.Х.

МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» ВТХ ва ҚТ

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани нишондодҳо барои гистерэктомия барои аденомиоз ва омезиши он бо патологияи эндо- ва миометрия.

Мавод ва усулҳо. Дар рафти тадқиқот мо натиҷаҳои табобати ҷарроҳии 37 нафар беморон гирифтори аденомиозро, ки дар шӯъбаи гинекологии Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии АИ ва П дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бистарӣ шудаанд, дар солҳои 2020-2023 таҳлил кардем.

Муоинаи муқаррарӣ бо истифода аз усулҳои клиникӣ ва лаборатории инструменталӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Ҳангоми ворид шудан ба беморхона шикоятҳои асосии беморон инҳо буданд: дард дар қисми поёни шикам, хунравӣ аз узвҳои таносул ва набудани таъсир аз табобати гормоналӣ. Дар 2 (5,4 ± 3,7%) беморон аденомиозҳои дараҷаи 2 ва 3, дар 9 (24,3 ± 7,0%) беморон аденомиоз дар якҷоягӣ бо миомҳои калони бачадон муайян карда шуданд.

Ҳулоса. Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки интихоби усули табобати аденомиоз бояд аз рӯи марҳилаи паҳншавии раванди патологӣ, андоза ва ҷойгиршавии гиреҳҳо, синну сол, мавҷудияти аломатҳо ва нақшаҳои репродуктивӣ муайян карда шавад.

Калимаҳои асосӣ: аденомиоз, гистерэктомия, миомҳои бачадон, гиперплазияи эндометрии

RADICAL OPERATIONS FOR ADENOMYOSIS

Akilova D.M., Khushvakhtova E.Kh., Kurbanova M.Kh.

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

Aim. To determine the indications for hysterectomy for adenomyosis and its combination with endo- and myometrial pathology.

Material and methods. During the study, we analyzed the results of surgical treatment of 37 patients with adenomyosis who were hospitalized in the gynecological department of the Research Institute of AH and P in the Republic of Tajikistan, 2020-2023.

A routine examination was carried out using clinical and laboratory instrumental research methods.

Results. Upon admission to the hospital, the patients' main complaints were: pain in the lower abdomen, bleeding from the genital tract and lack of effect from hormonal therapy. In 2 (5.4±3.7%) patients adenomyosis of 2 and 3 degrees was detected, in 9 (24.3±7.0%) patients adenomyosis in combination with large uterine fibroids was detected.

Conclusion. The results obtained indicate that the choice of treatment for adenomyosis should be determined by the stage of prevalence of the pathological process, the size and location of the nodes, age, the presence of symptoms and reproductive plans.

Key words: adenomyosis, hysterectomy, uterine fibroids, endometrial hyperplasia

Актуальность. Эндометриоз относят к «упущенным» заболеваниям, поскольку период от момента появления первых симптомов заболевания до установления правильного диагноза и, соответственно, назначения адекватного лечения достигает, в среднем, 7–8 лет [1]. Аденомиоз часто сочетается с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия [2, 10]. Распространённость аденомиоза увеличивается с возрастом женщины: 20-30% - среди женщин репродуктивного возраста, 40% - среди женщин от 40 до 50 лет [4, 5, 10]. Гиперпластические процессы эндометрия в структуре гинекологических заболеваний составляют 15-40%. В 76% случаев аденомиоз сочетается с миомой матки и гиперплазией эндометрия [7, 8].

Столь пристальное внимание к аденомиозу, миоме матки и гиперплазии эндометрия обусловлено следующими факторами: значительной частотой распространённости; приблизительно 1/3 пациенток в оперативной гинекологии составляют женщины с аденомиозом в сочетании с миомой матки и гиперплазией эндометрия; отсутствием эффекта от гормональной терапии, склонностью к рецидивированию патологического процесса; сочетанием с опухолями яичников;

недостаточным объемом знаний о межклеточных механизмах регуляции патологических процессов, составляющих основу развития любого заболевания [3, 6, 9, 11].

В настоящее время гистерэктомия является одним из наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств при аденомиозе и в сочетании с ГП эндо- и миометрия, однако до настоящего времени отсутствует единое мнение хирургов относительно показаний к операции, что определило цель настоящей работы.

Цель исследования. Определить показания к гистерэктомии при аденомиозе и его сочетание с патологией эндо- и миометрия.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами проанализированы результаты хирургического лечения 37 пациенток с аденомиозом, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» в 2020-2023 гг.

Возраст пациенток, которым была выполнена гистерэктомия, колебался от 35 до 55 лет, в среднем составил 45,5±4,4 лет, при этом большинство пациенток находились в возрасте 41-45 (14-37,8±8,0%) и 46-50 (12-32,4±7,7%) лет.

Таблица 1

Возраст обследованных пациенток с аденомиозом

Возраст, лет	Число пациенток	М±м (%)
< 35	1	2,7±2,6
36-40	5	13,5±5,6
41-45	14	37,8±8,0
46-50	12	32,4±7,7
>50 лет	5	13,5±5,6

Всем пациенткам (37) произведено РДВ с последующим гистологическим

исследованием соскоба из матки и цервикального канала (таблица 2).

Таблица 2

*Гистологическая характеристика соскоба
из полости матки*

Виды патологии эндометрия	n	M±m
Субмукозные миоматозные узлы	9	24,3±7,0
Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия	13	35,1±7,8
Полипозы эндометрия	7	19,0±6,4
Отдельные полипы на фоне гиперплазии эндометрия	8	21,6±6,7

Согласно гистологическому исследованию, в большинстве наблюдениях отмечалась железисто-кистозная гиперплазия эндометрия без атипии - 13 (35,1±7,8%), также были выявлены субмукозные миоматозные узлы - в 9 (24,3±7,0%) случаях. Полипозы эндометрия были установлены в 7 (19,0±6,4%) и отдельные полипы на фоне гиперплазии эндометрия отмечались в 8 (21,6±6,7%) случаях.

Всем поступившим проведено плановое обследование с использованием клинических, лабораторных инструментальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в стационар у пациенток основными жалобами были: боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей и отсутствие эффекта от гормональной терапии. У 2 (5,4±3,7%) человек выявлен аденомиоз 2 и 3 степеней, у 9 (24,3±7,0%) - аденомиоз в сочетании с миомой матки больших размеров.

У всех женщин эпизод метrorрагии не был первым: 13 (35,1±7,8%) пациенток за последние 5 лет неоднократно госпитализированы в стационары города с диагнозом «метrorрагия», где выполнено диагностическое выскабливание матки. У 19 (51,3±8,1%) пациенток произведены 3 и более диагностических выскабливаний. 5 (13,5±3,7%) больных проходили амбулаторное обследование и лечение в различных медицинских центрах города.

Учитывая большие размеры матки (от 15 до 21 недель беременности) из

37 больных каждой четвертой пациентке (9; 24,3±7,0%) с аденомиозом в сочетании с множественными миоматозными узлами (3-5) произведена гистерэктомия. После результатов морфологического исследования соскоба 28 (75,6±7,0%) пациенткам проведено комплексное лечение с использованием гормональных средств: 7 (19,0±6,4%) больных получали препарат «Белара» в сочетании с индолом; 6 (16,1±6,0%) использовали ВМС «Мирена»; 15 (40,5±8,1%) пациенток получали норколут с индолом. У всех женщин общая продолжительность приема препаратов превышала 1 год.

Основными показаниями для гистерэктомии (таблица 3) были: отсутствие эффекта от гормональной терапии – у 13 (35,1±7,8%); вторым по частоте встречаемости показанием для оперативного лечения был аденомиоз в сочетании с миомой матки больших размеров; такие показания, как мено- метrorрагия при наличии аденомиоза – 3 (8,1±4,4%) и аденомиоз 2 и 3 стадий - 2 (5,4±3,7%) встречались сравнительно реже. Гистерэктомия без придатков произведена у 20 женщин репродуктивного возраста (54,0±8,2%) при отсутствии патологических процессов в яичниках. Пациенткам перименопаузального периода в 9 (24,3±7,0%) случаях выполнена тотальная гистерэктомия с придатками при наличии патологии шейки матки, 8 (21,6±6,7%) больным - надвлагалищная ампутация матки с придатками.

Таблица 3

Структура показаний к гистерэктомии

Показания	Число пациентов	Частота встречаемости
Отсутствие эффекта от гормональной терапии	13	35,1±7,8 %
Мено-метроррагии при аденомиозе	3	8,1±4,4%
Аденомиоз 2 и 3 стадий	2	5,4±3,7%
Аденомиоз в сочетании с миомой матки больших размеров	9	24,3±7,0%

Результаты гистологического исследования удаленных макропрепаратов показали, что у большинства пациенток отмечался аденомиоз – 21 (56,7±8,1%), из них на долю диффузной формы приходилось 9 (24,3±7,0%), очаговой формы – 8 (26,6±6,7%), узловой формы – 4 (10,8±5,1%)

случаев. Аденомиоз в сочетании с миомой матки и в сочетании с гиперплазией эндометрия выявлен с одинаковой частотой – по 7 (19,0±6,4%) случаев и только у 2 (5,4±3,2%) определено сочетание аденомиоза с гиперплазией эндометрия и миомой матки.

Таблица 4

Гистологическая характеристика удаленного макропрепарата

Результат гистологического исследования	Абс.	М±m%
Аденомиоз матки	21	56,7±8,1
а) диффузная форма	9	24,3±7,0
в) очаговая форма	8	26,6±6,7
в) узловая форма	4	10,8±5,1
Аденомиоз + миома матки	7	19,0±6,4
Аденомиоз + ГЭ	7	19,0±6,4
Аденомиоз + ГЭ + миома матки	2	5,4±3,2

Безусловно, все случаи гистерэктомии выполнялись при неэффективности консервативных методов с применением гормональной и неспецифической противовоспалительной терапии в течение от 1 до 3 лет. У 4 пациенток с болевой формой аденомиоза сильные боли стали причиной развития невротического состояния и нарушения социальной адаптации, в других случаях наблюдались хроническая анемия (гемоглобин до 50 г/л), выраженные нарушения гормонального статуса в связи с бесконтрольным приемом больших доз гормональных препаратов (гестагены, андрогены). У одной пациентки с метроррагической формой аденомиоза выявлены множе-

ственные миоматозные узлы различных локализаций, в том числе и перешеечной. У другой пациентки отмечались метроррагическая форма аденомиоза, рецидивирующие кровотечения, анемизация до 67 г/л, первичное бесплодие на фоне преимущественного поражения задней стенки матки

Очевидно, что выполнение гистерэктомии решает вопросы метроррагии любого генеза, в то же время необходимо помнить, что удаление матки с придатками при распространенном эндометриозе не является абсолютным методом лечения синдрома тазовых болей. В одном наблюдении через 1 месяц после абдоминальной гистерэкто-

мии с билатеральной аднексэктомией женщине выполнена лапароскопия по поводу рецидива болевого синдрома. Обнаружен железистый очаг в области культи левой крестцово-маточной связки, который иссечен; при гистологическом исследовании последнего обнаружены железистые элементы, окруженные гиперплазированными мышечными элементами (морфологическая картина инвазивного аденомиоза).

Заключение. Таким образом, выбор метода лечения аденомиоза должен определяться стадией распространённости патологического процесса, размерами и локализацией узлов, возрастом,

наличием симптомов и репродуктивными планами.

Показаниями для органосохраняющей операции при аденомиозе являются: отсутствие эффекта от гормональной терапии, длительные, обильные кровотечения, приводящие к анемии различной степени тяжести, выраженный болевой синдром с диспареунией, диффузная форма аденомиоза, сочетание аденомиоза с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия, заболеваниями шейки матки и при реализованной репродуктивной функции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Аполихина И.А., Беженарь В.Ф. и др. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация: Клинические рекомендации. – М., 2014.
2. Адамян Л.В., Селезнева Н.Д., Стрижаков А.Н., Ищенко А.И. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза: Методические рекомендации. – М., 1990. – 31 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Л.: Медицина, 1990. – 240 с.
4. Капшушева Л.М., Бреусенко В.Г. Эффективность современных методов лечения внутреннего эндометриоза (аденомиоза) // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Т. LI, Вып. 3. – С. 73-77.
5. Кулаков В.И., Адамян Л. В., Мымбаев О.А. Оперативная гинекология, хирургические энергии. – М.: Медицина, 2000. – 860 с.
6. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И. Кулакова. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2007
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М. Аденомиоз: возможности и перспективы эндохирургического лечения с учетом морфологического строения миометрия, эндометрия и яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Т. LI, Вып. 3. – С. 28-31
8. Jones K.D., Sutton C. Endometriosis. Emphasis medical treatment is misleading // BMJ. – 2002. – № 12. – P. 324-329.

9. Nezhat C.H., Kane L., Abolfathian P., Nezhat F.R. et al. Successful pregnancy in a series of patients with adenomyosis // Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 97. – P. 22.

10. Parazzini F, Mais V, Cipriani S, et al.; GISE. Determinants of adenomyosis in women who underwent hysterectomy for benign gynecological conditions: results from a prospective multicentric study in Italy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;143(2):103-106. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.12.010>.

11. Vercammen E.E., D'Hooghe T.M. Endometriosis and recurrent pregnancy loss // Semin. Reprod. Med. – 2000. – Vol. 18. – P. 363-368.

Сведения об авторах:

Акилова Дилфуза Музаффаровна – заочный аспирант отделения гинекологии ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»; тел.: (+992) 110100999; e-mail: akilova_dilfuza@mail.ru

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», д.м.н., доцент

Курбанова Муборак Хасановна – руководитель отделения гинекологии ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», д.м.н., профессор

УДК 618.177+616.008+612(063)+618.2

ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б.,
Рахматова Ф.К., Давлятова Д.М.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить состояние половых органов у бесплодных женщин с метаболическим синдромом на фоне дисфункции щитовидной железы.

Материал и методы. На базе отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНИИАГиП проведено обследование 30 пациенток, из них: 21 пациентка репродуктивного возраста с метаболическим синдромом, страдающие дисфункцией щитовидной железы (основная группа); 9 условно здоровых женщин (контрольная группа).

Результаты. Уменьшение среднего объема матки у пациенток с метаболическим синдромом до $6,9 \pm 1,17$ см³. Изучение УЗИ-доплерометрии параметров яичников у женщин с бесплодием на фоне метаболического синдрома характеризуется увеличением объема яичников в основной группе, что в среднем составило $11,2 \pm 5,9$ см³. Отмечается увеличение яичниково-маточного индекса в основной группе на 33,3%. СДО яичниковых артерий в основной группе в среднем составило $6,6 \pm 3,8$. ПИ в основной группе - в среднем $0,8 \pm 0,3$.

Заключение. У пациенток с метаболическим синдромом дисгормональные процессы развиваются с одинаковой частотой как на фоне гипо-, так и на фоне гипертиреоза – 23,8%. Однако у 52,3% пациенток с метаболическим синдромом infertility формируется на фоне эутиреоидного состояния, при этом бесплодие у пациенток с метаболическим синдромом чаще всего сопровождается развитием гипоменструального синдрома вплоть до развития вторичной аменореи. При этом отмечается уменьшение среднего объема матки, увеличением среднего объема яичников и уменьшение яичниково-маточного индекса на 11,1%. Установленная в 66,7% мультикистозная трансформация яичников у пациенток с метаболическим синдромом является основой для формирования ановуляции и infertility пациенток исследованной группы.

Ключевые слова: метаболический синдром, дисгормональные процессы, поликистозная трансформация яичников, репродуктивное здоровье, бесплодие

ЗУҶУРИЯТҶОИ ДИСГОРМОНАЛИИ УЗВҶОИ ТАНОСУЛИ ЗАНОНА ДАР БЕМОРОН БО СИНДРОМИ МЕТАБОЛИКӢ ВА ВАЙРОНШАВИИ КОРИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ

Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б.,
Рахматова Ф.К., Давлятова Д.М.

МД «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» ВТҶИАҚТ

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши ҳолати узвҳои таносул дар занони беэриёт бо синдроми метаболикӣ дар заминаи вайроншавии кори ғадуди сипаршақл.

Мавод ва усулҳо. Дар шӯъбаи гинекологияи эндокринологӣ ва репродуктологии Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ 30 нафар беморон муоина карда шуданд, аз он ҷумла: 21 беморони синну соли репродуктивӣ бо синдроми метаболикӣ, ки аз вайроншавии кори ғадуди сипаршақл (гурӯҳи асосӣ) азият мекашанд, 9 зани зоҳиран солим, ки ба гурӯҳи назоратӣ дохил карда шудаанд.

Натиҷаҳо. Муайян карда шуд, ки ҳаҷми миёнаи бачадон дар беморони гирифтори синдроми метаболикӣ то $6,9 (\pm 1,17)$ см³ кам шудааст. Омӯзиши таҳлили ултрасадои доплерометрияи параметрҳои тухмдонҳо дар занони гирифтори беэриётӣ дар натиҷаи синдроми метаболикӣ

бо калоншавии ҳаҷми тухмдонҳо тавсиф мешавад, ки ба ҳисоби миёна $11,2 \pm 5,9$ см³-ро ташкил медиҳад. Афзоиши индекси тухмдону бачадон дар гурӯҳи асосӣ 33,3%-ро ташкил дод. СДО-и артерияҳои тухмдонҳо дар гурӯҳи асосӣ ба ҳисоби миёна $6,6 \pm 3,8$ буд. Индекси пулсатсионӣ дар гурӯҳи асосӣ ба ҳисоби миёна $0,8 \pm 0,3$ буд.

Хулоса. Дар беморони гирифтори синдроми метаболикӣ равандҳои дисгормоналӣ ҳам дар заминаи гипо- ва ҳам гипертиреоз бо якхел басомад инкишоф меёбанд - 23,8%. Бо вуҷуди ин, дар 52,3% беморони гирифтори синдроми метаболикӣ, безуриётӣ дар заминаи ҳолати эутиреоидӣ инкишоф меёбад. Ғайр аз ин, безуриётӣ дар беморони гирифтори синдроми метаболикӣ аксар вақт бо инкишофи синдроми гипоменструалӣ то пайдоиши аменореяи дуюмӣ ҳамроҳӣ мекунад. Дар баробари ин кам шудани ҳаҷми миёнаи бачадон, зиёд шудани ҳаҷми миёнаи тухмдонҳо ва дар 11,1% кам шудани индекси тухмдону бачадон мушоҳида карда мешавад. Таъғирёбии мултикистозии тухмдонҳо, ки дар 66,7% беморони гурӯҳи асосӣ муқаррар шудааст, барои ташаккули ановуляция ва безуриётӣ дар беморони гурӯҳи тадқиқотӣ асос шудааст.

Калимаҳои асосӣ: синдроми метаболикӣ, равандҳои дисгормоналӣ, таъғирёбии поликистозии тухмдонҳо, солимии репродуктивӣ, безуриётӣ

DISHORMONAL MANIFESTATIONS IN THE GENITAL ORGANS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AND THYROID DYSFUNCTION

*Bolieva G.U., Oshurmamadova R.B.,
Rahmatova F.K., Davlyatova D.M.*

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

Aim. To study the condition of the genital organs in infertile women with metabolic syndrome against the background of thyroid dysfunction.

Material and methods. At the Department of Gynecological Endocrinology and Reproductology of The scientific research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, 30 patients were examined, including: 21 patients of reproductive age with metabolic syndrome, suffering from thyroid dysfunction (main group), 9 apparently healthy women who were included in the control group.

Results. It was established that the average volume of the uterus in patients with metabolic syndrome decreased to $6.9 (\pm 1.17)$ cm³. The study of ultrasound Doppler measurements of ovarian parameters in women with infertility due to metabolic syndrome is characterized by an increase in ovarian volume in the main group, which averaged 11.2 ± 5.9 cm³. An increase in the ovarian-uterine index in the main group was 33.3%. The SDO of the ovarian arteries in the main group averaged 6.6 ± 3.8 . The PI in the main group was on average 0.8 ± 0.3 .

Conclusion. In patients with metabolic syndrome, dishormonal processes develop with the same frequency both against the background of hypo- and hyperthyroidism – in 23.8%. However, in 52.3% of patients with metabolic syndrome, infertility develops against the background of a euthyroid state. Moreover, infertility in patients with metabolic syndrome is most often accompanied by the development of hypomenstrual syndrome up to the development of secondary amenorrhea. At the same time, there is a decrease in the average volume of the uterus, an increase in the average volume of the ovaries and a decrease in the ovarian-uterine index of 11.1%. Multicystic transformation of the ovaries, established in 66.7% of patients of the main group, was the basis for the formation of anovulation and infertility in patients of the study group.

Key words: metabolic syndrome, dishormonal processes, polycystic ovarian transformation, reproductive health, infertility

Актуальность. Метаболический синдром представляет глобальную и серьезную медико-социальную и экономическую проблему современного общества. По прогнозам экспертов ВОЗ (2023), к 2025 г. в мире каждая вторая женщина

будет страдать метаболическими нарушениями в организме [4, 5]. В последние десятилетия кардинально изменился взгляд на метаболический синдром, так как в настоящее время это не только просто гинекологическая проблема, а

сопровождающаяся широким спектром клинических симптомов, – т.е. мультисистемное эндокринное заболевание. Метаболический синдром сопровождается дисгормональными процессами, приводящими к менструальной дисфункции, формированию поликистозных яичников, гиперпластическими процессами эндометрия и молочных желез, бесплодием, невынашиванием беременности и приводит к потере фертильности в 25-50% [1, 3, 7, 9]. Частота метаболического синдрома составляет примерно 30–35% в структуре причин нарушений репродуктивной функции и до 70% – среди пациенток с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндо- и миометрия и дисгормональными заболеваниями молочных желез (ДЗМЖ).

В гинекологической эндокринологии многие синдромы связаны с ожирением. При любой форме ожирения выявляются нарушения гипоталамо-гипофизарной системы, приводящие к яичниковой недостаточности [2, 5, 8]. При изучении менструальной функции у женщин с ожирением репродуктивного возраста установлено нарушение тонической и циклической секреции гонадотропинов, приводящее в 63% наблюдений к ановуляторным кровотечениям с последующим развитием гипоменструального синдрома, вплоть до развития аменореи и бесплодия, либо ациклических кровотечений на фоне гиперпластических процессов эндометрия. Изучение влияния дисфункции щитовидной железы на метаболические процессы в организме женщин с бесплодием позволит уточнить патогенетические механизмы развития нарушений репродуктивной функции.

Цель исследования. Изучить состояние половых органов у бесплодных женщин с метаболическим синдромом на фоне дисфункции щитовидной железы.

Материал и методы исследования. На базе отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНИИАГиП проведено обследование 30 пациенток, из них: 21 пациентка репродуктивного возраста с метаболическим синдромом, страдающие дисфункцией щитовидной железы (основная группа),

9 условно здоровых женщин, которые вошли в контрольную группу.

В объем обследования пациенток входили: антропометрия - ИМТ, окружность талии и бедер, соотношение окружности талии к окружности бедер; трансвагинальная и абдоминальная сонография тазовых органов; фолликулометрия; определение объема яичников; ультразвуковое исследование щитовидной железы и молочных желез; определение уровней гормонов тиреоидной группы - ТТГ, Т3, Т4, АПТО.

Трансвагинальным датчиком на аппарате MINDRAY DC40 с частотой акустических колебаний 7,5 МГц проводилось ультразвуковое доплерометрическое исследование органов малого таза, где определялись размеры, объем матки, яичников, толщина эндометрия, объем стромы, их гиперэхогенность, наличие количества атретичных фолликулов, их диаметр, расположение по отношению к строме яичника, СДО яичниковых артерий, пульсационный индекс яичниковых артерий.

Статистическая обработка материала выполнялась на персональном компьютере с использованием пакета программ Microsoft Office 2010, а также с использованием метода программы персонального компьютера IBM SPSS Statistics 20.

Результаты и их обсуждение. Проведено обследование пациенток с метаболическим синдромом, страдающих дисфункцией щитовидной железы, обратившихся за помощью по вопросам бесплодия. Возраст обследуемых пациенток колебался в диапазоне от 19 до 39 лет, в среднем составил $29,5 \pm 6,4$ лет. При этом наибольшая группа – это пациентки в возрасте 35-37 лет.

При объективном осмотре и измерении антропометрических параметров – избыточная масса тела обнаружена у 14,3%, ожирение 1 степени выявлено у 28,6%, второй - у 38,1%, третьей степени - у 19,6% пациенток. Наличие сосудистых звездочек указывало на появление атеросклеротических изменений сосудов при МС, при этом выявлено, что с увеличением массы тела интенсивность этих проявлений увеличивается. Сосудистые сети из варикозно-расширенных сосудов

(сосудистые звездочки) обнаружены у 28,6%. Абдоминальное ожирение было установлено измерением окружности живота - от 98 см до 112 см, с средним $105,9 \pm 0,7$ см. Окружность бедер от 108 см до 124 см, в среднем $112,1 \pm 0,5$ см. Признаки первичной артериальной гипертензии установлены более чем у половины обследуемых с МС (52,4%) пациенток.

Основной жалобой пациенток при обращении было отсутствие беременности при регулярной половой жизни, нарушения менструального цикла, избыточная масса тела, эпизоды повышения давления, повышенная потливость и чувство «прилива».

Изучение репродуктивного анамнеза обследованных с МС позволило установить, что у 47,6% пациенток имелись нарушения менструального цикла. Сохраненный регулярный менструальный цикл был у 52,4%. Гипоменструальный синдром и опсоменорея отмечены у каждой 3 пациентки, вторичная аменорея - у 3 пациенток.

Анализ репродуктивной функции в наших исследованиях установил, что 85,7% пациенток с метаболическим синдромом ранее имели беременности, при этом у 19% беременность закончилась родами. Первичное бесплодие отмечено у каждой 5-й женщины. Однако анамнез пациенток с МС характеризуется высокими репродуктивными потерями: выкидыши в сроки до 12 недель были отмечены у 42,9%, поздние самопроизвольные выкидыши - у 9,5% пациенток. Неразвивающаяся беременность установлена у 4,3%. Длительность бесплодия среди обследованных колебалась от 3 до 12 лет. Характерными были неоднократные безуспешные попытки стимуляции овуляции - 8% обследованных.

При осмотре области щитовидной железы диффузное увеличение I степени отмечалось в 5 (23,8%) случаях, 3 (14,3%) пациентки имели зоб II степени. При УЗИ исследовании у этих пациенток обнаружены гипертрофия диффузная долек щитовидной железы, у 3 (14,3%) на фоне диффузного процесса выявлены узловые включения диаметром от 3 до 7 мм. Гормональное исследование щитовидной железы позволило установить, что только

в 11 (52,3%) случаях МС развился на фоне эутиреоидного состояния, в 5 (23,8%) - на фоне гипертиреоидного состояния и у 5 (23,8%) отмечалось гипотериоидное состояние. В 10 (47,6%) случаях отмечались изменения параметров: уровень ТТГ в среднем составлял $2,66 \pm 1,3$ мЕд/л, Т3 - $2,20 \pm 1,3$ мЕд/л, Т4 - $48,98 \pm 49,1$ мЕд/л. Антитела к тиреотропину выявлены у 3 (14,3%) пациенток, что свидетельствовало о текущем воспалительном процессе в железе.

При пальпаторном обследовании молочных желез пациенток с МС у 27,8% женщин выявлены дисгормональные заболевания молочных желез. У 4% женщин установлены очаговые образования (фиброаденома), у 58% - диффузная фиброзно-кистозная мастопатия, у 42% пациенток с метаболическим синдромом имело место сочетание узловых уплотнений на фоне диффузного процесса. Данные наших исследований показали, что с увеличением репродуктивного возраста пациенток с метаболическим синдромом преобладают очаговые процессы на фоне диффузных, отмечаются более глубокие структурные изменения в молочных железах.

При УЗИ матки пациенток с метаболическим синдромом (n=21) установлена картина гипоплазии матки I степени в 3 (25%), размеры матки соответствовали 2 степени в 1 (8,3%) случае. Объем матки варьировал от $5,23 \text{ см}^3$ до $8,98 \text{ см}^3$ и в среднем составил $6,9 \pm 1,17 \text{ см}^3$. В то время как в контрольной группе средний объем матки составил $8,04 \pm 1,7 \text{ см}^3$.

Проведенный анализ позволил установить, что уменьшенный объем матки был у пациенток, страдающих метаболическими нарушениями и нарушениями цикла с пубертатного периода. В то время как максимальный размер матки встречался среди пациенток, ранее имевших нормальный менструальный цикл и эпизод беременности в анамнезе. При этом в 33,3% уменьшенные размеры матки у пациенток основной группы сочетались с гипофункцией яичников со слабо выраженным фолликулярным аппаратом яичника, без четкой дифференцировки коркового и мозгового слоёв, представлены единичными преморбидными

фолликулами диаметром от 3-х до 7 мм. Максимальный объем яичника был 22,6 м³, минимальный - 4,09 м³. В этих случаях толщина маточного эхо-сигнала не соответствовала дню цикла. У данных пациенток нарушения цикла и прибавка массы тела начались в пубертатном периоде.

У 66,7% основной группы были нормальные размеры матки, однако отмечалась мультикистозная трансформация яичников. Репродуктивный анамнез этих пациенток характеризовался наличием беременности. При УЗИ пациенток

контрольной группы в 6 (66,7%) случаях патологических изменений выявлено не было, в 3 (33,3%) отмечалась кистозные изменения яичников.

По данным УЗИ яичников в основной группе было выявлено 3 типа распределения фолликулов: периферическое, в виде «ожерелья» - у 7 (58,3%), диффузное расположение фолликулов - у 4 (33,3%) и смешанное – у 1 (8,3%) расположение.

Ультразвуковые признаки СПКЯ у обследованных пациенток с МС определяли следующие маркеры.

Параметр	Основная группа (n-21)	Контрольная группа (n-9)
Объём яичников, см ³	11,2±5,9	9,4±3,4
Гиперплазированная строма	Строма гиперплазированна в 25%	Строма не гиперплазированна
Яичниково-маточный индекс	3,2±2,18	2,11±0,6
Гиперплазия эндометрия матки	Не отмечено	Не отмечено
СДО яичниковой артерии	6,6±3,8	9,8±9,6
Пульсационный индекс	0,8 ±0,1	0,8 ±0,1

- объёмы увеличенных яичников в основной группе составили от 4,09 см³ до 22,6 см³, в среднем - 11,2±5,9 см³;

- гиперплазированная строма составляет 25% объема, с множеством атретичных фолликулов (более 10) диаметром 10-12 мм под утолщенной капсулой, при этом наличие доминантного фолликула не определялось;

- уменьшение передне-заднего размера матки и увеличение объема яичников отмечалось, яичниково-маточный индекс составляет более 2,9, в 4 (33,3%) случаях было установлено увеличение яичниково-маточного индекса – 3,2±2,18;

- гиперплазия эндометрия матки не отмечалась, однако устанавливалась несоответствие М-эхо дню менструального цикла;

При измерении СДО яичниковой артерии при доплерометрии в основной группе отмечалось его снижение до 0 и варьировало до 20,3, в среднем составило 6,6±3,8.

ПИ яичниковых артерий в основной группе также менялся в диапазоне от 0 до 0,9, в среднем 0,8 ±0,3.

Ультразвуковое исследование контрольной группы:

- объём яичников от 3,9 см³ до 14,5 см³, в среднем - 9,4±3,4 см³;

- строма яичников не гиперплазированная, отмечаются антральные фолликулы (не более 6) диаметром 4–8 мм, без утолщенной капсулы, при наличии доминантного фолликула (>10 мм) с центральным и периферическим расположением;

- уменьшение передне-заднего размера матки и увеличение объема яичников не отмечалось, яичниково-маточный индекс составляет более 2,9 (в 1 (11,1%) случае было установлено увеличение яичниково-маточного индекса – 2,11±0,6);

- гиперплазия эндометрия матки не отмечалась, М-эхо соответствовало дню менструального цикла;

СДО яичниковой артерии при доплерометрии в контрольной группе варьировало от 4,58 до 46, в среднем составило 9,8±9,6.

ПИ яичниковых артерий в контрольной группе от 0,7 до 0,92 и в среднем 0,8±0,1.

Заключение. Таким образом, проведенные нами исследования позволили

установить, что у пациентов с МС дисгормональные процессы развиваются с одинаковой частотой как на фоне гипо-, так и гипертиреоза – 23,8%. Однако у 52,3% пациенток с метаболическим синдромом инфертильность развивается на фоне эутиреоидного состояния, при этом бесплодие у пациенток с метаболическим синдромом чаще всего сопровождается тяжелыми нарушениями менструальной функции, как гипоменструальный синдром, вплоть до развития вторичной аменореи. Исследования установили уменьшение среднего объема матки у пациенток с метаболическим синдромом – $6,9 \pm 1,17 \text{ см}^3$, по сравнению со здоровыми женщинами – $8,04 \pm 1,7 \text{ см}^3$. Изучение УЗ-доплерометрии параметров яичников у женщин с бесплодием на фоне метаболического синдрома характеризуется увеличением

объема яичников в основной группе, что в среднем составило $11,2 \pm 5,9 \text{ см}^3$, в то время как в контрольной группе в среднем составило $9,4 \pm 3,4 \text{ см}^3$. Увеличение яичниково-маточного индекса в основной группе происходило в 33,3% случаях, в то время как в основной группе – лишь в 11,1%. СДО яичниковых артерий в основной группе в среднем составило $6,6 \pm 3,8$, в контрольной группе – в среднем $9,8 \pm 9,6$. ПИ в основной группе в среднем равнялся $0,8 \pm 0,3$, в контрольной группе – $0,8 \pm 0,1$. Установленная в 66,7% мультикистозная трансформация яичников у пациенток основной группы явилась основой для формирования ановуляции и инфертильности пациенток исследованной группы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению). Клинические рекомендации (протокол лечения). – М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2018
2. Косимова С.И., Ходжамуродова Д.А. Гормональный статус женщин с бесплодием при гиперпролактинемии и дисфункции щитовидной железы. // Мать и дитя. – 2021. – № 2. – С. 19-24.
3. Косимова С.И., Ходжамуродова Д.А. Эффективность лечения гиперпролактинемии у женщин с бесплодием в регионе йодной недостаточности // Доклады АНРТ. – 2019. – Т. 62, № 7 – 8. – С. 485-491.
4. Косимова Ф.О., Ходжамуродова Д.А., Ибрагимова Ф.И., Аминова Ф.Б. Отличительные особенности клинического течения маточного и цервикального фактора бесплодия у женщин репродуктивного возраста // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2019. – № 1. – С. 33-36. 11.
5. Одинаева С.Х., Болиева Г.У., Мардонова С.М. Дисгормональные заболевания молочных желез у женщин репродуктивного возраста с метаболическим синдромом (литературный обзор) // Наука и инновация. – 2020, Вып. 2
6. Amiri M., Tehrani F.R., Behboudi-Gandevani S.M., Bidhendi-Yarandi R.M., Carmina E. Risk of hypertension in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review, meta-analysis and meta-regression // Reprod. Biol. Endocrinol. – 2020. – Vol. 18 (1). – P. 23

7. Archer A.E., Rogers R.S., Wheatley J.L., White K., Rumi M.A.K., Soares M.J., Geiger P.C. Regulation of metabolism by estrogen receptor alpha // FASEB J. – 2016. – Vol. 30 (1)
8. Aversa A., Vignera S. La, Rago R., Gambineri A., Nappi R.E., Calogero A.E., Ferlin A. Fundamental concepts and novel aspects of polycystic ovarian syndrome: expert consensus resolutions // Front. Endocrinol. – 2020. – Vol. 516 (11)
9. Brutocao C., Zaiem F., Alsawas M., Morrow A.S., Murad M.H., Javed A. Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis // Endocrine. – 2018. – Vol. 62 (2)

Сведения об авторах:

Болиева Гулнора Улжаевна – руководитель гинекологической эндокринологии и репродуктологии ГУ ТНIIАГиП, к.м.н.; тел.: (+992) 907 780880; e-mail: 28082005@mail.ru

Ошурмамадова Розия Бодуровна – врач акушер-гинеколог отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ГУ ТНIIАГиП; тел.: (+992) 935222540; e-mail: rose_1119@mail.ru

Рахматова Фарангис Курбоналиевна – очный аспирант ГУ ТНIIАГиП; тел.: (+992) 0053113973; e-mail: thesafarrov@gmail.com

Давлятова Дилноза Махмадуловна – врач акушер-гинеколог отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ГУ ТНIIАГиП; тел.: (+992) 907256969

УДК 618.5-085.2/.3-089.888.61

ЧАСТОТА ТЯЖЁЛЫХ ПРЕЭКЛАМПСИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛЫХ ПРЕЭКЛАМПСИЙ В СТАЦИОНАРЕ 3-ГО УРОВНЯ ТАДЖИКИСТАНА

Камилова М.Я.,
Киёмиддинзода М., Амонова Ш.Ш.

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

Цель исследования. Провести анализ изменения динамики частоты тяжелых преэклампсий и осложнений тяжелых преэклампсий в стационаре 3-го уровня за последние 5 лет для установления причин развития на уровне стационара критических состояний.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ тяжелых преэклампсий в стационаре 3-го уровня за последние 5 лет.

Результаты. Частота женщин с тяжелой преэклампсией, родивших в стационаре высокого уровня, колебалась от 2,9% до 4,9%. Частота эклампсии по отношению ко всем случаям тяжелой преэклампсии за изученный период времени колебалась от 2,6% до 5,5%. В изученные годы в стационаре 3-го уровня частота острого почечного повреждения, осложнившего течение тяжелой преэклампсии, колебалась от 1% до 2,1%, частота HELLP-синдрома – от 1% до 2,7%. Отмечен постепенный рост отека легких у женщин с тяжелой преэклампсией – с 1,1% в 2019 до 3,8% в 2023 году.

Заключение. Частота женщин с тяжелой преэклампсией снизилась на 1,1% за последние 5 лет. Снижился удельный вес произошедших в стационаре таких критических осложнений тяжелых преэклампсий, как эклампсия, HELLP-синдром, отек легких. Дальнейшее изучение причин развития осложнений тяжелой преэклампсии будет способствовать улучшению качества помощи матерям и снижению частоты осложнений на уровне стационаров.

Ключевые слова: тяжелая преэклампсия, осложнения тяжелой преэклампсии, частота, стационар 3-го уровня

БАСОМАДИ ГИРИФТОРӢ БА БЕМОРИИ ВАЗНИНИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВА АВЕРИЗХОИ ШАДИДИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ДАР БЕМОРХОНАИ САТХИ 3-ЮМ ДАР ТОҶИКИСТОН

Комилова М.Я.,
Киёмиддинзода М., Амонова Ш.Ш.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Таҳлили тағйироти динамикаи басомади преэклампсияи вазнин ва аворизи преэклампсияи вазнин дар беморхонаи сатҳи 3-юм дар давоми 5 соли охир, барои муайян кардани сабабҳои инкишофи ҳолатҳои вазнин дар сатҳи беморхона.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи преэклампсияи вазнин дар беморхонаи сатҳи 3 дар 5 соли охир.

Натиҷаҳо. Давомнокии қанони гирифтори преэклампсияи вазнин, ки дар беморхонаи сатҳи баланд таваллуд кардаанд, аз 2,9% то 4,9% буд. Давомнокии эклампсия нисбат ба ҳама ҳолатҳои вазнини преэклампсия дар давраи омӯхташуда аз 2,6% то 5,5% буд. Дар солҳои таҳқиқшуда дар беморхонаи сатҳи 3-юм норасоии шадиди фатҳолияти қори гурда, ки рафти преэклампсияи вазнинро душвор мегардонад, аз 1% то 2,1%, басомади синдроми HELLP аз 1% то 2,7% буд. Афзоиши тадриҷан варами шуш дар қанони гирифтори преэклампсияи вазнин аз 1,1% дар соли 2019 то 3,8% дар соли 2023 ба назар мерасад.

Хулоса. Муайян карда шудааст, ки дар давоми 5 соли охир шумораи занони гирифтори преэклампсияи вазнин 1,1% кам шудааст. Тамоюли коҳиши чунин ҳолатҳои вазнин ба монанди эклампсия, норасоии шадиди гурда ва алоими HELLP вуҷуд дошт. Ҳиссаи преэклампсияҳои вазнин, ки дар беморхона ба вуҷуд меоянд, ба монанди эклампсия, синдроми HELLP ва варами шуш кам шудааст. Омӯзиши минбаъдаи сабабҳои аворизҳои шадиди преэклампсия ба беҳтар шудани сифати нигоҳубин ба модарон ва коҳиш додани басомади онҳо дар сатҳи беморхона мусоидат мекунад.

Калимаҳои асосӣ: преэклампсияи вазнин, аворизҳои преэклампсияи вазнин, басомад, беморхонаи сатҳи 3

FREQUENCY OF SEVERE PREECLAMPSIA AND COMPLICATIONS OF SEVERE PREECLAMPSIA IN A 3RD LEVEL HOSPITAL IN TAJIKISTAN

Kamilova M.Ya.,
Kiyomiddinzoda M., Amonova Sh.Sh.

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

Aim. To analyze changes in the dynamics of the frequency of severe preeclampsia and complications of severe preeclampsia in a 3rd level hospital over the past 5 years to establish the causes of the development of critical conditions at the hospital level.

Material and methods. Retrospective analysis of severe preeclampsia in a 3rd level hospital over the past 5 years.

Results. The incidence of women with severe preeclampsia who gave birth in a high-level hospital ranged from 2.9% to 4.9%. The incidence of eclampsia relative to all cases of severe preeclampsia during the time period studied ranged from 2.6% to 5.5%. In the years studied, in a 3rd level hospital, the frequency of acute renal failure, which complicated the course of severe preeclampsia, ranged from 1% to 2.1%, the frequency of HELLP syndrome - from 1% to 2.7%. There was a gradual increase in pulmonary edema in women with severe preeclampsia from 1.1% in 2019 to 3.8% in 2023.

Conclusion. It has been shown that the incidence of women with severe preeclampsia has decreased by 1.1% over the past 5 years. There was a trend towards a decrease in such critical conditions as eclampsia, acute renal failure and HELLP syndrome. The proportion of critical severe preeclampsias occurring in the hospital, such as eclampsia, HELLP syndrome, and pulmonary edema, has decreased. Further study of the causes of complications of severe preeclampsia will help improve the quality of care for mothers and reduce their frequency at the hospital level.

Key words: severe preeclampsia, complications of severe preeclampsia, frequency, 3rd level hospital

Актуальность. Гипертензивные нарушения во время беременности являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности во всем мире, в том числе в Таджикистане [5-9].

Таджикистан добился значительного успеха в выполнении Целей устойчивого развития тысячелетия, одной из которых являлось снижение показателя материнской смертности на 2/3 (с 97 до 24 на 100000 живорождений). Однако, преэклампсии, являясь прямыми акушерскими причинами случаев материнской смертности, следовательно, предотвратимыми, остаются ведущей причиной в структуре причин материн-

ской смертности. В Стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года установлены целевые значения показателя материнской смертности – до 20 на 100000 живорождений [1, 3, 4].

Для достижения целевых показателей планируется дальнейшее проведение научных исследований, направленных на улучшение качества помощи матерям. Исследования, посвященные преэклампсиям, не теряют актуальности, так как в структуре причин материнской смертности занимают ведущую позицию [2].

Необходимым видится изучение статистики тяжелых преэклампсий и их

осложнений в динамике последних лет. Также целесообразно выяснить, на каком уровне оказания помощи матерям развиваются осложнения тяжелой преэклампсии. Установление причин развития осложнений тяжелых преэклампсий позволит принимать решения, реализация которых будет способствовать улучшению качества помощи матерям с тяжелыми преэклампсиями.

Цель исследования. Провести анализ изменения динамики частоты тяжелых преэклампсий и осложнений тяжелых преэклампсий в стационаре 3-го уровня

за последние 5 лет для установления причин развития на уровне стационара критических состояний.

Результаты и их обсуждение. За последние 5 лет в ТНИИАГиП МЗиСЗН РТ зарегистрировано: 10023 родов - в 2018 году, 11080 – в 2019 году, 10889 – в 2020 году, 9898 – в 2021 году, 11119 – в 2022 году (рис. 1). Как видно из диаграммы, представленной на рисунке, наибольшее количество родов зарегистрировано в 2022 году, наименьшее – в 2021 году. В целом, ежегодно в учреждении происходит более 10000 родов.

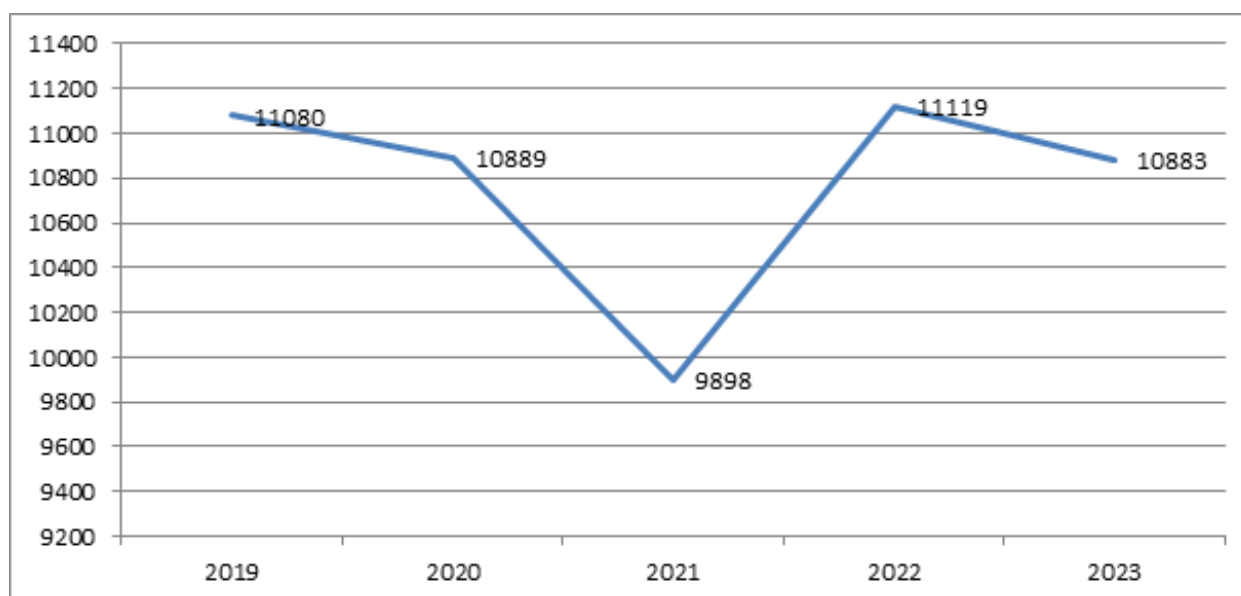


Рис. 1. Количество ежегодно зарегистрированных родов в ТНИИАГиП МЗиСЗН РТ (2019-2023 годы)

Среди родивших женщин диагноз «тяжелая преэклампсия» установлен в 2019 году у 544 (4,9%), в 2020 году – у 389 (3,6%), в 2021 году – у 291 (2,9%), в 2022 году – у 397 (3,6%), в 2023 году – у 420 (3,8%) человек. Частота женщин с тяжелой преэклампсией, родивших в стационаре высокого уровня, колебалась от 2,9% до 4,9%. Минимальным данный показатель отмечен в 2021 году. Максимальное значение зарегистрированных случаев тяжелой преэклампсии отмечено в 2019 году. По-видимому, повышение изученного показателя связано с периодом пандемии новой коронавирусной инфекции и последствий перенесенной инфекции беременными женщинами.

Одним из осложнений тяжелой преэклампсии является эклампсия. Частота случаев эклампсий по отношению к общему количеству родов составила в 2019 году 0,1%, в 2020 году - 0,2%, в 2021 году - 0,2%, в 2022 году - 0,1%, в 2023 году - 0,1%.

Частота эклампсии по отношению ко всем случаям тяжелой преэклампсии за изученный период времени колебалась от 2,6% до 5,5%. Средняя частота случаев эклампсии по отношению к общему количеству тяжелых преэклампсий в стационаре 3-го уровня за год составила 3,7%.

В изученные годы в стационаре 3-го уровня частота острого почечного повреждения (ОПП), осложнившего тече-

ние тяжелой преэклампсии, колебалась от 1% до 2,1%, частота HELLP-синдрома – от 1% до 2,7%. Отмечен постепенный

рост числа случаев отека легких у женщин с тяжелой преэклампсией - с 1,1% в 2019 до 3,8% в 2023 году.

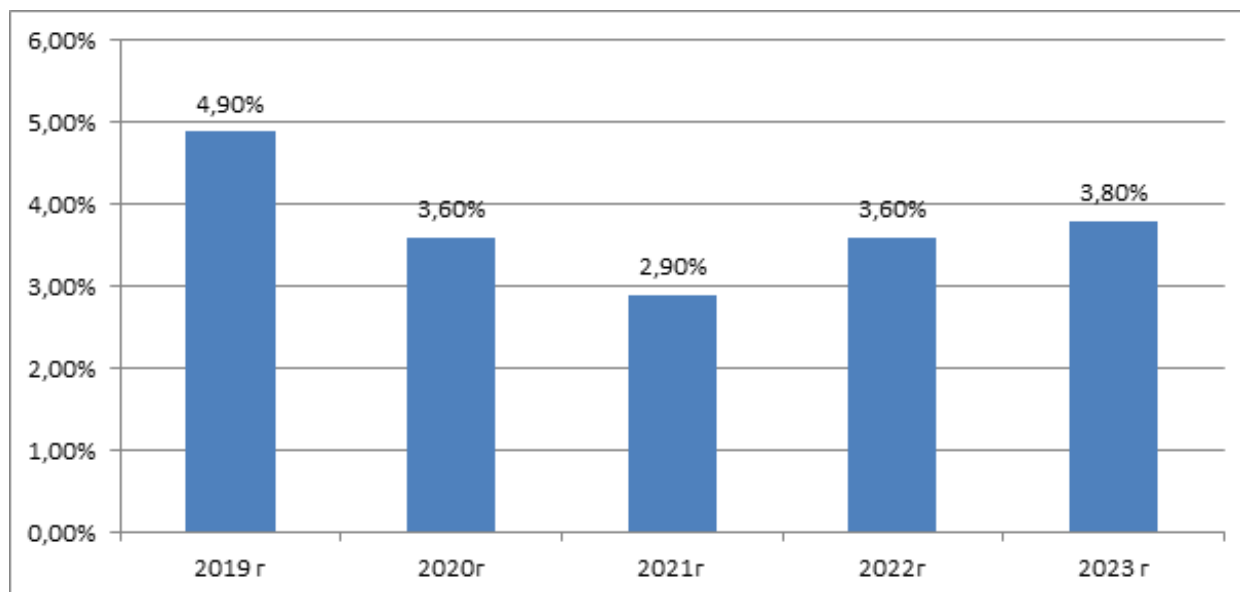


Рис. 2 Частота случаев тяжелой преэклампсии у женщин за последние 5 лет

Таблица 1

Частота критических тяжелых преэклампсий по отношению к количеству тяжелых преэклампсий по годам

Осложнение		2019	2020	2021	2022	2023
Общее количество тяжелых преэклампсий	N	544	389	291	397	420
	%	4,9±0,2	3,6±0,2	2,9±0,2	3,6±0,2	3,8±0,2
Эклампсия	N	14	18	16	15	13
	%	2,6±0,7	4,6±1,1	5,5±1,3	3,8±1	3,1±0,8
ОПП	N	5	6	6	7	9
	%	0,9±0,4	1,5±0,6	2,1±0,8	1,8±0,6	2,1±0,7
HELLP-синдром	N	6	6	8	11	16
	%	1,1±0,4	1,5±0,6	2,7±1	2,8±1	3,8±1
Отек легких	N	6	4	8	4	6
	%	1,1±0,4	1±0,5	2,7±1	1±0,5	1,4±0,6

Таким образом, за последние 5 лет отмечается тенденция снижения общей частоты (как поступивших извне, так и развившихся в стационаре) таких критических состояний, как эклампсия, ОПП и HELLP-синдром. Однако частота развития такого осложнения, как отек легких, остается на

прежнем уровне с повышением частоты в 2021 году.

Из критических осложнений тяжелой преэклампсии в стационаре развились: в 2019 году эклампсия – 6 случаев, ОПП – 2 случая, HELLP-синдром – 2 случая, отек легких – 4 случая; в 2020 году эклампсия – 6 случаев, ОПП – 2 случая, HELLP-синдром

– 1 случай, отек легких – 2 случая; в 2021 году эклампсия – 5 случаев, ОПП – 2 случая, HELLP-синдром – 2 случая, отек легких – 3 случая; в 2022 году эклампсия – 4 случаев, ОПП – 2 случая, HELLP-синдром – 2 случая, отек легких – 1 случай; в 2023 году эклампсия – 3 случая, ОПП – 3 случая, HELLP-синдром – 2 случая, отек легких – 1 случай.

В динамике изученных лет постепенно снижался удельный вес эклампсий,

произошедших в стенах учреждения, и в 2023 году этот показатель составил 23,1%. Особой динамики снижения удельного веса ОПП, развившегося в стенах учреждения, к общему количеству ОПН не отмечено. Почти в 3 раза снизился удельный вес HELLP-синдрома и в 4 раза - удельный вес отека легких в 2023 году, по сравнению с 2019 годом (таблица 2).

Таблица 2

Удельный вес критических случаев, развившихся в учреждениях 3-го уровня по отношению к общему количеству отдельных критических случаев

Осложнение	Год				
	2019	2020	2021	2022	2023
Эклампсия	42,8%	33,3%	31,3%	26,7%	23,1%
ОПП	40%	33,3%	33,3%	28,6%	30%
HELLP-синдром	33,3%	16,7%	25%	18,2%	12,5%
Отек легких	66,6%	50%	37,5%	25%	16,7%

Тяжелые преэклампсии занимают значимое место в структуре причин материнской смертности в Таджикистане. Являясь прямой акушерской причиной случаи материнской смертности, развитие тяжелой преэклампсии, тем не менее, является предотвратимым. Поэтому изучение причин развития критических случаев тяжелых преэклампсий в условиях стационара является весьма актуальным. Так, можно предположить, что эклампсии могут происходить в стационаре ввиду неправильной магнезиальной терапии, недооценки состояния женщин или задержки родоразрешения. Вероятными причинами развития ОПН в стенах стационара являются недиагностированное своевременно токсическое действие магнезии или недолжный лабораторный

контроль за функциональным состоянием почек, что приводит к запаздыванию родоразрешения. HELLP-синдром может быть также результатом неправильной оценки женщины и запоздалого родоразрешения. Отек легких развивается, как правило, в результате несоблюдения режима инфузии у женщин с тяжелой преэклампсией или повышения уровня диастолического А/Д.

Закключение. Таким образом, продолжение исследований по изучению причин развития осложнений тяжелой преэклампсии будут способствовать снижению их частоты как на догоспитальном уровне, так и на уровне стационаров.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Генеральная Ассамблея ООН «Цели устойчивого развития: глобальные усилия для изменения мира» (сентябрь, 2016). – США, Нью Йорк, 2016
2. Камилова М.Я., Мирзоева А.Б., Муминова Ш.Т Улучшение качества помощи матерям и детям – какова роль научных исследований? // Материалы 7-го съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. – Душанбе, 2022. – С. 58-67.

3. Международная конференция по народонаселению и развитию, Фонд народонаселения ООН, UNFPA. – Каир, 1994. [Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203370>.]

4. Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 г. - Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31.08.2004 г. № 348

5. Сюндюкова Е.Г., Чулков М.Г. Преэклампсия: современное состояние проблемы // Доктор. Ру. – 2021. – Т. 20, №. 1. – С. 11-16.

6. Abalos E., Cuesta C., Grosso A.L. at all. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review // European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. – 2013. – Vol. 1 (170). – P. 1–7.

7. Filipek A., Jurewicz E. Preeclampsia – a disease of pregnant women // Postepy biochemii. – 2018. – Vol. 4 (64). – P. 229–232.

8. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. // Obstetrics and gynecology. – 2020. – Vol. 6 (135). – P. e237–e260.

9. Willy D., Schmitz R., Klockenbusch W. at all. Perinatal Outcome and Its Association with Blood

Pressure Levels in Women with Preeclampsia // Journal of clinical medicine. – 2022. – Vol. 21 (11).

Сведения об авторах:

Камилова Мархабо Ядгаровна – руководитель акушерского отдела ТНIIАГиП МЗиСЗН РТ, д.м.н., доцент; тел.: (+992) 935999425; e-mail: marhabo1958@mail.ru

Мадинаи Киемиддинзода - аспирант акушерского отдела ТНIIАГиП МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 904020215; e-mail: madina9_90@mail.ru

Амонова Шахло Шодиевна – научный сотрудник акушерского отдела ТНIIАГиП МЗиСЗН РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 918969325; e-mail: amonova0702@bk.ru

УДК 618.14-002-07

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИНДОЛ ФОРТЕ» ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Курбанова М.Х., Мамедова З.Т.,
Азимова Д.А., Юсуфбекова У.Ю., Асилзода М.

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

Цель исследования. Оценка эффективности терапии индолом форте женщин, страдающих нарушением менструальной функции и тазовыми болями при аденомиозе.

Материал и методы. Обследовано 86 женщин в отделении гинекологии ТННИАГиП в возрасте от 25 до 46 лет, страдающих аденомиозом, осложненным нарушением менструальной функции и синдромом тазовой боли. Критериями включения в исследование являлись отсутствие показаний для оперативного лечения, диффузный и локальный аденомиоз. Длительность клинических проявлений заболевания была от нескольких месяцев до 10 лет.

Результаты. Клиническая активность аденомиоза обусловлена нарушениями молекулярно-биологических процессов. Полученные нами данные указывают на то, что препарат «Индол форте» предотвращает прогрессирование хронического патологического процесса в малом тазу, улучшает качество жизни пациенток и может являться альтернативой ненаркотическим анальгетикам, спазмолитикам, гормональным препаратам, а в определенных клинических ситуациях – хирургическому лечению. Использование индола форте, влияющего на основные патогенетические механизмы развития аденомиоза, открывает новые направления в терапии данного заболевания.

Заключение. Применение антипролиферативного препарата «Индол форте» позволяет уменьшить гетеротопические эндометриальные включения в миометрии, улучшить состояние архитектоники миометрия и тем самым облегчить клинические проявления заболевания, сопровождающегося изнурительными тазовыми болями.

Ключевые слова: аденомиоз, индол форте, консервативное лечение

ИСТИФОДАИ МАВОДИ ДОРУГИИ “ИНДОЛ ФОРТЕ” ДАР ТАБОБАТИ АДЕНОМИОЗ

Курбанова М.Х., Мамедова З.Т.,
Азимова Д.А., Юсуфбекова У.Ю., Асилзода М.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Самаранокии табобат бо индол форте дар занони дорои аденомиоз, ки аз вайроншавии қори ҳайз ва синдроми дардҳои қосӣ азият мекашанд, баҳо дода мешавад.

Мавод ва усулҳо. Дар шӯъбаи гинекологияи ПАГ ва П 86 зани дорои аденомиоз, ки аз вайроншавии қори ҳайз ва синдроми дардҳои қосӣ азият мекашанд, муоина карда шуданд. Синну соли занҳо аз 25 то 46 соларо дар бар гирифт. Меъёрҳои дохилишавӣ ба тадқиқот мавҷуд набудани нишондодҳои барои ҷарроҳӣ, аденомиози диффузӣ ва маҳаллӣ буданд. Давомнокии нишондодҳои клиникавии беморӣ аз якчанд моҳ то 10 солро ташкил медод.

Натиҷаҳо. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки фаъолияти клиникаи аденомиоз аз вайроншавии равандҳои молекулярӣ-биологӣ вобаста аст. Маълумоти ба дастовардаи мо нишон медиҳад, ки доруи индол форте авҷирии раванди бемории музминро дар қоси хурд нешгирӣ менамояд, сифати зиндагии беморонро беҳтар мекунад ва метавонад алтернатива ба аналгетикҳои ғайринаркотикӣ, спазмолитикҳо, доруҳои гормоналӣ ва дар баъзе ҳолатҳои клиникӣ- нешгирии ҷарроҳӣ шуда тавонад. Истифодаи доруи индол форте, ки ба механизмҳои асосии патогенетики инкишофи аденомиоз таъсир мерасонад, дар табобати ин беморӣ самтҳои нав мекушояд.

Хулоса. Тадқиқотҳои гузаронидашуда нишон медиҳанд, ки истифодаи доруи зиддипролиферативии Индол форте метавонад дохилиавии гетеротопии эндометриалиро дар миометрий коҳиш диҳад, ҳолати архитектуроникии миомериюро беҳтар кунад ва ба ин васила нишонаҳои клиникии беморию, ки бо дардҳои зиёди косӣ мушоҳида мешаванд, сабуктар кунад.

Калимаҳои асосӣ: аденомиоз, индол форте, табобати консервативӣ

USE OF THE DRAG «INDOLE FORTE» FOR ADENOMYOSIS

*Kurbanova M.Kh., Mamedova Z.T.,
Azimova D.A., Usufbekova U.Yu., Asilzoda M.*

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

Aim. To evaluate the effectiveness of Indole forte therapy in women suffering from menstrual dysfunction and pelvic pain due to adenomyosis.

Material and methods. We examined 86 women in the gynecology department of the Research Institute of Obstetrics, gynecology and Perinatology, aged from 25 to 46 years, suffering from adenomyosis, complicated by menstrual dysfunction and pelvic pain syndrome. The inclusion criteria for the study were the absence of indications for surgical treatment, diffuse and local adenomyosis. The duration of clinical manifestation of the disease ranged from several month to 10 years.

Results. The results of the study showed that the clinical activity of adenomyosis is due to violations of molecular biological processes. Our data indicate that the drag Indole prevents the progression of a chronic pathological process in the pelvis, improves the quality of life of patients and can be an alternative to non-narcotic analgesics, antispasmodics, hormonal drag and in certain clinical situations- surgical treatment. The use of the drag Indole forte, which affects the main pathogenetic mechanisms of the development of adenomyosis, opens up a direction in the treatment of this disease.

Conclusion. Conducted studies indicate that the use of the antiproliferative drug Indole forte can reduce hysterotopic endometrial inclusions in the myometrium, improve the state of myometrial architecture and thereby alleviate the clinical manifestations of the disease, accompanied by debilitating pelvic pain.

Key words: adenomyosis, Indinol, therapy

Актуальность. В структуре генитального эндометриоза аденомиоз является наиболее часто встречающейся формой, частота которого составляет от 12% до 50% [2, 3, 5, 6]. В структуре гинекологической патологии аденомиоз занимает третье место по частоте после воспалительных заболеваний и миомы матки. На основании косвенных данных рассчитано, что аденомиоз встречается у 20–25% женщин репродуктивного возраста [3, 4]. Высокая клиническая значимость аденомиоза обусловлена его влиянием на качество жизни наиболее активной части женского населения.

Лечение аденомиоза является одной из наиболее дискутируемых проблем в современной гинекологии. В связи с этим поиск новых методов или алгоритмов консервативного лечения аденомиоза является актуальным. В настоящее время

доказана роль других, ранее неизвестных факторов в развитии аденомиоза, а именно: нарушения процессов апоптоза, пролиферации, неоангиогенеза, стромообразования [1, 5].

В литературе описаны вещества, обладающие анти-пролиферативным, антиангиогенным и проапоптотическим действием, в частности индол-3-карбинол и эпигаллокатехин-3-галлат. Индол-3-карбинол обладает мощной противоопухолевой активностью, патогенетически воздействуя на основные звенья развития гиперпластических процессов в организме, а также противовоспалительным, антипролиферативным и антиангиогенным действием. Воздействие этих препаратов изучено на различных патологических моделях в исследованиях учёных разных стран [1, 5, 8, 9]. Известно, что при эндометриозе концентрация В-эндорфина

в периферических моно-нуклеарах в лютеиновую фазу достоверно снижена. Наиболее важный клинический симптом эндометриоза - болевой синдром - также свидетельствует о снижении концентрации В-эндорфина в мозге и плазме крови [1, 5, 8].

Болевой синдром, вначале четко связанный с менструальным циклом, впоследствии проявляется в любое время, что также ощутимо влияет на качество жизни женщин. Диспареуния и синдром хронической тазовой боли приводят к нарушению семейной жизни больных. Важным фактором, определяющим клиническую значимость аденомиоза, является низкая эффективность консервативной терапии.

В данном аспекте заслуживают внимания препараты «Индинол» (индол-3-карбинол), у которых отмечается способность к фармакологической коррекции молекулярно-биологических процессов. Препарат оказывает влияние на молекулярном уровне и тормозит патологическую клеточную пролиферацию и индуцирует апоптоз в опухолевых клетках.

Цель исследования. Оценка эффективности терапии индолом форте женщин, страдающих нарушением менструальной функции и тазовыми болями при аденомиозе.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 86 женщин в отделении гинекологии ТНИИАГиП в возрасте от 25 до 46 лет, страдающих аденомиозом, осложненным нарушением менструальной функции и синдромом тазовой боли. Критериями включения в исследование являлись отсутствие показание для оперативного лечения, диффузный и локальный аденомиоз. Длительность клинических проявлений заболевания была от нескольких месяцев до 10 лет.

У 86 больных в возрасте от 25 до 46 лет с помощью комплекса клинических методов исследования, гистероскопии, ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза выявлен внутренний эндометриоз тела матки разной степени распространения. Пациентки в ходе исследования получали препарат «Индол

форте» по 2 капсуле 2 раза в сутки в течение 6 месяцев.

Эффективность терапии оценивали по клиническим проявлениям и методом УЗИ. Оценивали следующие клинические симптомы: болевой синдром, альгодисменорею, диспареунию, гиперполименорею. Степень болевого синдрома определяли с помощью предложенной С. Mac Lavery, P. Shaw (1995) системы оценки выраженности болей и дисменореи в баллах: 1-3 балла - слабая боль, 4-6 - умеренная, 7-9 - сильная. Применяли тест САН (оценка самочувствия, активности, настроения).

При бимануальном исследовании матки увеличение ее размеров до 6-7 недель беременности наблюдалось у 48 (55,8%) женщин, неоднородная консистенция – у 26 (30,2%), болезненность при пальпации и попытке смещения – у 74 (86%).

Основными симптомами заболевания были скудные темно-коричневые выделения до и (или) после менструации у 62 (72,1%) женщин, болезненные менструации - у 54 (62,3%), нарушение менструальной функции – у 58 (67,4%) обследованных. У 32 (37,2%) больных отмечались хронические тазовые боли и у 16 (18,6%) женщин - диспареуния. Первичное бесплодие имело место у 16 (18,6%) женщин, вторичное - у 10 (11,6%). Менструальный цикл был не нарушен только у 28 (32,5%) женщин. Основной жалобой, обусловившей обращение за медицинской помощью, были постоянные ноющие боли внизу живота, боль во время менструации, длительные болезненные и обильные менструации.

Результаты и их обсуждение. Все обследованные больные принимали препарат «Индол форте» ежедневно по 2 капсуле 2 раза в сутки в течение 6 месяцев. Одновременно в течение 2 недель в условиях поликлиники проводилась противовоспалительная, рассасывающая терапия, которая включала иммунокорректоры, антиоксиданты, витамины, десенсибилизирующие средства. Кроме того, в динамике каждые 3 месяца оценивалась толщина стенки матки у больных аденомиозом в процессе лечения.

В результате проведенного исследования и лечения было отмечено

уменьшение проявлений клинических симптомов. Из общего числа больных, то составило 86 (100%) пациенток, по окончании лечения у 76 (88,4%) женщин наблюдалось уменьшение болей внизу живота, у 53 (61,6%) - улучшение менструальной функции. У 62 (72,1%) пациенток, у которых основными симптомами были мажущие темно-коричневые выделения из половых путей до и после месячных, на фоне проводимой терапии отмечено полное исчезновение основного симптома через 6 месяцев, а в последующие 12 месяцев наблюдения темно-коричневые выделения из половых путей до и после месячных их не беспокоили. У 54 (62,3%) пациенток с основными симптомами в виде альгодисменореи и у 16 (18,6%) женщин, у которых отмечалась диспареуния, на фоне проводимого лечения наблюдалось практически полное исчезновение симптомов.

Неэффективность консервативной терапии аденомиоза - постоянные ноющие боли внизу живота - сохранились у 8 (9,3%) женщин, боль во время менструации - у 6 (6,9%), длительные и обильные менструации - у 5 (5,8%), болезненный половой акт - у 4 (4,6%). Как следует из этих данных, показатели качества жизни увеличились и, соответственно, уменьшилась выраженность перемен настроения у 51 (59%) больной, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

В целом, после курса терапии наблюдалось достоверное снижение показателей клинической симптоматики. После лечения у пациенток, продолживших терапию индолом форте, после шестимесячного курса наблюдалась положительная клиническая динамика.

Результаты исследований показали, что клиническая активность аденомиоза обусловлена нарушениями молекуляр-

но-биологических процессов. Полученные нами данные указывают на то, что препарат «Индол форте» предотвращает прогрессирование хронического патологического процесса в малом тазу, улучшает качество жизни пациенток и может являться альтернативой ненаркотическим анальгетикам, спазмолитикам, гормональным препаратам, а в определенных клинических ситуациях - хирургическому лечению. Использование препарата «Индол форте», влияющего на основные патогенетические механизмы развития аденомиоза, открывает новые направления в терапии данного заболевания.

Заключение. Таким образом, наиболее важным аспектом особенностей патогенеза аденомиоза является возможность определения фармакологической коррекции путем ингибирования пролиферации, неоангиогенеза, экспрессии факторов роста. Проведенное исследование свидетельствует, что применение антипролиферативного препарата «Индол форте» позволяет уменьшить гетеротопические эндометриальные включения в миометрии, улучшить состояние архитектоники миометрия и тем самым облегчить клинические проявления заболевания, сопровождающегося изнурительными тазовыми болями. Гетеротопии при аденомиозе являются производными базального, а не функционального слоя эндометрия. Использование препарата «Индол форте», тормозящего патологическую пролиферацию, для лечения женщин с синдромом тазовой боли при внутреннем эндометриозе тела матки является эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. и др. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. - 2011. - № 6. - С. 78-81.
2. Киселев В.И., Лященко А.А. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов. - М., 2015. - 348 с.

3. Стрижаков А.Н. и др. Доброкачественные заболевания матки. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 312 с.
4. Adamyan L.V. et al. Medical and social aspects of genital endometriosis // Reproduction Problems. - 2015. - № 6. - P. 78-81.
5. Brandi G. et al. A new indole-3-carbinol tetrameric derivative inhibits cyclin-dependent kinase 6 expression,

and induces G1 cell cycle arrest in both estrogen-dependent and estrogen-independent breast cancer cell lines // Cancer Res. - 2016. - Vol. 63 (14). - P. 399-403.

6. Fassina G. et al. Mechanisms of Inhibition of tumor angiogenesis and vascular tumor growth by Epigallocatechin-3-Gallate // Clinical Cancer Research. - 2004. - Vol. 10. - P. 4865-4873.

7. Kiselyov V.I., Lyashchenko A.A. Molecular mechanisms of a regulation of hyperplastic processes. - M., 2012. - 348 p.

8. Mastuda M. et al. Increased invasion activity of endometrial stromal cells and elevated expression of matrix metalloproteinase messenger RNA in the uterine tissues of mice with experimentally induced adenomyosis // Am. J. of Obstetrics and Gynecology. - 2015. - Vol. 185 (6). - P. 1374-1380.

. Сведения об авторах:

Курбанова Муборак Хасановна – руководитель гинекологического отдела ГУ ТНIIАГиП. д.м.н., профессор

Мамедова Зеварой Туракуловна – старший научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНIIАГиП, к.м.н.

Азимова Дилором Амиркуловна – к.м.н., старший научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНIIАГиП, к.м.н.; e-mail: azimovadilya77@mail.ru

Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна – старший научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНIIАГиП, к.м.н.; yusumeda@gmail.com

Асилзода Махастии – научный сотрудник гинекологического отдела ГУ ТНIIАГиП, к.м.н.

УДК 618.1-089

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И МИКРОФЛОРЫ У ЖЕНЩИН С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ

Ниязова С.Дж., Хушвахтова Э.Х.

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

Цель исследования. Определить особенности микрофлоры влагалищного содержимого и отделяемого шейки матки у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза в сочетании с дисгормональными заболеваниями молочных желёз.

Материал и методы. Проведено проспективное обследование 213 пациенток с воспалительным заболеванием органов малого таза.

После клинического, лабораторного, инструментальных методов обследования и консультации онкомаммолога из 213 женщин у 127 (59,6%) были выявлены различные виды дисгормональных заболеваний молочных желёз.

Больные распределены на 2 группы: Ia - женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза и дисгормональными заболеваниями молочных желёз (127/59,6%); Ib - женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза без патологии молочных желёз (86/40,3%).

Анализ на инфекции, передаваемые половым путём, брали во время осмотра шейки матки в зеркалах.

Результаты. Преобладающее большинство женщин были домохозяйками – 157 / 73,7±3,0%, каждая пятая - служащими 38 / 17,8±2,6%, студентами – 18 / 8,4±1,9%. Большинство обследованных проживали в сельской местности – 141 / 66,2±3,2%, каждая третья 72 / 33,8±3,2% - жительницы городов Таджикистана. У более половины (124 / 58,2%) женщин супруги были трудовыми мигрантами.

В Ia группе моноинфекция установлена у 3 / 2,3±1,3% пациенток, сочетание двух инфекций - в 15 / 11,8±2,8% случаях, 3-х инфекций - у каждой третьей (43 / 33,8±4,1%), 4-х инфекций - у 57 / 44,8±4,4%, более чем 4-и инфекции имели 9 / 7,0±2,2% женщин. В Ib группе моноинфекция имела место у 4 / 4,6±2,2%, сочетание двух инфекций - у 6 / 6,9±2,7%, сочетание 3-х и 4-х инфекций - у 45 / 52,3±5,3 и 11 / 12,7±3,6% соответственно, более 4-х - у 20 / 23,2±4,5% пациенток. В Ia группе сочетание трёх и четырёх инфекций достоверно ($p < 0,001$) выше, чем других сочетаний.

Заключение. При воспалительных заболеваниях органов малого таза моноинфекция встречается в единичных случаях. Наиболее часто выявлено сочетание 3-х и 4-х инфекций, передаваемым половым путём. Верификации нозологии инфекций, передаваемым половым путём, решает проблемы назначения антибактериальной терапии с целью успешного лечения заболеваний органов малого таза.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, дисгормональные заболевания молочных желёз, социальный статус, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), микс-инфекции, бактериологический анализ

ХУСУСИЯТҲОИ ҲОЛАТИ ГИНЕКОЛОҒИ ВА МИКРОФЛОРА ДАР ЗАНОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ДИСГОРМОНАЛИИ ҒАДУДҲОИ ШИРӢ ДАР ЗАМИНАИ БЕМОРИҲОИ ИЛТИҲОБИИ УЗВҲОИ ТАНОСУЛ

Ниязова С.Дж., Хушвахтова Э.Х.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани хусусиятҳои микрофлораи занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд дар якҷоягӣ бо бемориҳои дисгормоналии гадудҳои ширӣ.

Мавод ва усулҳо. Муоинаи перспективи 213 нафар беморони илтиҳоби коси хурд гузаронида шуд. Пас аз гузаронидани муоинаи клиникӣ, лабораторӣ, инструменталӣ ва машварати духтури онкомаммолог аз 213 нафар занон дар 127 нафар (59,6%) намуудҳои гуногуни бемориҳои дисгормоналии гадудҳои ширӣ муайян карда шуданд.

Беморон ба 2 гуруҳ тақсим карда шуданд: гуруҳи I а (занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси коси ва дисгормоналии гадуди шир (127/59,6%)), гуруҳи I б (занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси коси бе патологияи шир. гадудҳо (86/40,3%)) ҳангоми муоинаи спекулии гарданаки бачадон санҷиши барои сироятҳои ҷинсӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Тадқиқоти таърихи иҷтимоии занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси кос нишон дод, ки аксарияти кулли занон 157/73,7±3,0% занҳои хонашин ва тақрибан ҳар панҷяки муоинашудагон 38/17,8±2,6% коргарон мебошанд. ва 18 /8,4±1,9% занон донишҷӯ буданд. Аксарияти занони муоинашуда дар деҳот зиндагӣ мекарданд (141/66,2±3,2%), ҳар сеюмин 72/33,8±3,2% беморони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул сокинони шаҳрҳои Тоҷикистон мебошанд. Аз анамнез муайян карда шуд, ки зиёда аз нисфи занон (124/58,2%) ҳамсарони муҳоҷири меҳнатӣ доранд.

Пас аз муоинаи беморон басомади зерини омезиши сироятҳо дар гуруҳи Iа муқаррар карда шуд: моноинфексия танҳо дар 3/2,3±1,3% беморон, маҷмӯи ду сироят дар 15/11,8±2,8% ҳолатҳо, 3 сироят дар ҳар сеюмин бемор (43/33,8±4,1%). Сатҳи баландтарини сирояти маҷмӯи 4 сироят 57/44,8±4,4% ва зиёда аз 4 сироят дар 9/7,0±2,2% занон ба қайд гирифта шудааст. Дар гуруҳи Iб, моноинфексия дар 4/4,6±2,2% беморон, омезиши ду сироят дар 6/6,9±2,7% ҳолатҳо рух додааст. Маҷмӯи сироятҳои 3 ва 4 дар 45/52,3±5,3 ва 11/12,7±3,6% ҳолатҳо ба амал омадаанд. Ва зиёда аз 4 - дар 20/23,2±4,5% ҳолатҳо.

Дар гуруҳи Iа, омезиши се ва чор сироят ба таври назаррас ($p < 0.001$) нисбат ба дигар комбинатсияҳо зиёдтар буд.

Хулоса. Натиҷаҳои таъқиқот нишон медиҳанд, ки бо бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд, моноинфексия дар ҳолатҳои алоҳида ба амал меояд. Аксар вақт омезиши 3 ва 4 сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда муайян карда мешаванд. Санҷиши нозологияи сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда мушкilotро дар таъини терапияи антибактериалӣ бо мақсади табобати бомуваффақияти бемориҳои узвҳои коси хурд ҳал мекунад.

Калимаҳои асосӣ: бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд, бемориҳои дисгормоналии гадудҳои ширӣ, вазъи иҷтимоӣ, бемориҳои гузаранда бо роҳи алоқават ҷинсӣ, сироятҳои омехта, таҳлили бактериологӣ

FEATURES OF GYNECOLOGICAL STATUS AND MICROFLORA IN WOMEN WITH DISHORMONAL DISEASES OF THE MAMMARY GLANDS AGAINST THE BACKGROUND OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL ORGANS

Niyazova S.Dzh., Khushvakhtova E.Kh.

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

Aim. To determine the characteristics of the microflora of women with inflammatory diseases of the pelvic organs in combination with dishormonal diseases of the mammary glands.

Material and methods. A prospective examination was carried out on 213 patients with pelvic inflammatory disease. After clinical, laboratory, instrumental examination methods and consultation with an oncologist, out of 213 women, 127 (59.6%) were diagnosed with various types of dishormonal diseases of the mammary glands

After clinical, laboratory, instrumental examination methods and consultation with an oncologist, out of 213 women, 127 (59.6%) were diagnosed with various types of dishormonal diseases of the mammary glands.

The patients were divided into 2 groups: Group I (women with inflammatory diseases of the pelvic organs and dishormonal diseases of the mammary glands (127/59.6%), Group I b (women with inflammatory diseases of the pelvic organs without pathology of the mammary glands (86/40.3%). Analysis for sexually transmitted infections was taken during examination of the cervix in the speculum.

Results. A study of the social history of women with inflammatory diseases of the pelvic organs found that the vast majority of women were housewives $157/73.7 \pm 3.0\%$ and almost every fifth of those examined were employees $38/17.8 \pm 2.6\%$ and $18/8.4 \pm 1.9\%$ women were students. The majority of the women examined lived in rural areas ($141/66.2 \pm 3.2\%$), every third $72/33.8 \pm 3.2\%$ patient with inflammatory diseases of the genital organs turned out to be residents of cities in Tajikistan. From the anamnesis it was established that more than half ($124/58.2\%$) of women had spouses who were labor migrants.

After examining the patients, the following frequency of combination of infections in group Ia was established: monoinfection in only $3/2.3 \pm 1.3\%$ of patients, combination of two infections in $15/11.8 \pm 2.8\%$ of cases, 3 infections in every third patient ($43/33.8 \pm 4.1\%$). The highest incidence of a combination of 4 infections was $57/44.8 \pm 4.4\%$, and more than 4 infections occurred in $9/7.0 \pm 2.2\%$ of women. In group Ib, monoinfection occurred in $4/4.6 \pm 2.2\%$ of patients, a combination of two infections in $6/6.9 \pm 2.7\%$ of cases. A combination of 3 and 4 infections occurred in $45/52.3 \pm 5.3$ and $11/12.7 \pm 3.6\%$ of cases, respectively. And more than 4 - in $20/23.2 \pm 4.5\%$ of cases.

In group Ia, the combination of three and four infections was significantly ($p < 0.001$) greater than the other combinations.

Conclusion. The results of the study show that with inflammatory disease of the pelvic organs, monoinfection occurs in isolated cases. Combinations of 3 and 4 sexually transmitted infections are most often identified. Verification of the nosology of sexually transmitted infections solves problems in prescribing antibacterial therapy for the purpose of successful treatment of diseases of the pelvic organs.

Key words: inflammatory diseases of the pelvic organs, dishormonal diseases of the mammary glands, social status, STIs, mixed infections, bacteriological analysis

Актуальность. Заболевания, передаваемые половым путём, а также осложнения перенесенной генитальной инфекции определяют наиболее частую причину обращаемости к врачам и составляет значимую экономическую часть в бюджете здравоохранения стран и семей.

Воспалительные процессы органов гениталий занимают первое место в структуре гинекологических заболеваний, последствиями которых являются нарушения менструальной, детородной и сексуальной функций [8 - 13].

По данным статистического медицинского центра России, воспалительные заболевания органов малого таза регистрируются у 60-70% женщин, обратившихся в женские консультации, и у 30%, госпитализированных в гинекологические стационары. Наиболее частой причиной в генезе бесплодия являются воспалительные заболевания органов малого таза. Такие патологические процессы, как внематочная и неразвивающаяся беременность, невынашивание беременности, внутриутробные пороки развития плода также чаще всего обусловлены воспалительными заболеваниями органов малого таза [8 - 13].

Хронические воспалительные заболевания гениталий, особенно при частых рецидивах, приводят к нарушениям

гормональной функции яичников. Вследствие развития спаечного процесса, дистрофических изменений происходят нарушения кровоснабжения придатков матки яичников, что приводит к гипofункции яичников [12, 13, 14].

Исследования показали, что у женщин с патологией молочных желез диагностируется та или иная гинекологическая патология. В случаях обращения женщин к гинекологам и выявления гинекологических заболеваний более чем в 90% случаев обнаруживаются доброкачественные заболевания молочных желез. Доброкачественные новообразования молочных желез также связаны с воспалительными заболеваниями половых органов, вызванными инфекциями, передаваемыми половым путём [6, 7].

У женщин с ДЗМЖ с гинекологической патологией, учитывая их установленную связь, скрининг заболеваемости органов половой сферы и молочных желез должен проводиться по перекрестному принципу: женщин с ДЗМЖ, кроме маммологов, нужно также обследовать у гинекологов, а женщин с гинекологической патологией – у онкомаммологов.

Лекарственная форма антибиотиков – суппозитории имеют такие характеристики, как отсутствие вкуса и запаха, удобство применения и более быстрое поступление в кровоток. В виде суппо-

зиториев антибиотики при лечении урогенитального кровотока целесообразно назначать пациентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Терапия, направленная на повышение иммунитета у женщин с урогенитальными инфекциями, осложнениями которых явились воспалительные заболевания органов малого таза, в последние годы широко изучается. Согласно мнению одних исследователей, назначение иммуномоделирующих средств допустимо после лабораторного исследования, подтверждающего иммунодефицит. Другие исследователи считают, что сочетание антибиотиков с препаратами, повышающими иммунитет, при урогенитальных заболеваниях неэффективно и нерационально.

Цель исследования. Определить особенности микрофлоры шейки матки женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза в сочетании с дисгормональными заболеваниями молочных желёз.

Материал и методы исследования. Обследованы 213 женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Все обследованные пациентки обратились в стадии хронического течения процесса. Анализ на инфекции, передаваемые половым путем, брали во время осмотра шейки матки в зеркалах и включал микроскопию и исследование полимеразной цепной реакции в реальном времени. Больные

распределены на 2 группы: Ia группа (женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза и дисгормональными заболеваниями молочных желёз), Ib группа (женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза без патологии молочных желёз).

Согласно поставленной цели исследования, были анализированы результаты бактериологического посева влагалищного содержимого у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, госпитализированных в гинекологическое отделение ГУ «ТНИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» в период с 2015 по 2022 годы.

Результаты и их обсуждение. При первичном осмотре пациентки обеих групп жаловались на боли внизу живота тянущего характера - соответственно в 35 / 27,5±3,9% и 15 / 17,4±4,0% случаях. При двуручном исследовании определялись размеры матки, наличие болезненности или неприятных ощущений при пальпации, наличие гнойных выделений из половых путей.

При изучении структуры и частоты гинекологической патологии установлено, что такие воспалительные заболевания шейки матки, как цервицит, эктопия, а также ЖМГ и рубцовая деформация встречаются более чем у каждой второй у женщины Ia группы и почти у половины пациенток Ib группы (55,1±4,4% и 47,7±5,3% соответственно) (таблица 1).

Таблица 1

Структура и частота гинекологических заболеваний у обследованных женщин

Нозология	Группа			
	Ia (n - 127)		Ib (n - 86)	
	абс.	M±m	абс.	M±m
Заболевание шейки матки (цервицит, эктопия, ЖМГ, рубцовая деформация)	70	55,1±4,4*	41	47,7±5,3
Хронический метроэндометрит	70	55,1±4,4*	60	69,8±4,9
Хронический сальпингоофорит	35	27,5±3,9	15	17,4±4,0
НМЦ	30	23,6±3,7	10	11,6±3,4
Сочетание двух нозологий	53	41,7±4,8	49	56,9±5,3
Сочетание трёх нозологий	14	11,02±2,8	12	13,9±3,7

Примечание: р - статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Хронический воспалительный процесс матки встречается в 3,2 раза достоверно ($p < 0,001$) чаще среди больных Ia группы (70 / 55,1±4,4%).

По частоте встречаемости воспалительных заболеваний придатков матки достоверных различий в исследуемых группах не выявлено. Показатели сочетания двух нозологий воспалительных процессов органов малого таза достоверно ($p < 0,001$) выше (3,6 и 4,5 раза соответственно) у пациенток Ia и Ib (53 / 41,7±4,8% и 49 / 56,9±5,3%) групп соответственно. А сочетание трех и более воспалительных заболеваний органов гениталий имело место более чем у каждой десятой пациентки Ia и Ib (14 / 11,02±2,8% и 12 / 13,9±3,7%) групп соответственно. Различ-

ные виды НМЦ имели место более чем у каждой пятой пациентки Ia группы – 30 / 23,6±3,7%; среди больных Ib группы установлено более чем в каждом десятом случае – 10 / 11,6±3,4%.

Выявлена корреляционная зависимость между ДЗМЖ и ВЗОМТ. Установлена корреляционная зависимость сочетания 3 нозологий ВЗОМТ с заболеванием молочных желёз ($r = 0,5$; $p < 0,05$); корреляция с наличием позднего менархе, болей и уплотнений молочных желез ($r = 0,3$; $p < 0,04$); рубцовая деформация и железисто-мышечной гипертрофией шейки матки ($r = 0,3$; $p < 0,05$), ОРВИ ($r = 0,4$; $p < 0,06$), самопроизвольными абортами ($r = 0,3$; $p < 0,04$), ациклическим кровотечением ($r = 0,3$; $p < 0,001$; $p \leq 0,05$) и заболеванием молочных желёз.

Таблица 2

Зависимость частоты заболевания молочных желёз от нозологии гинекологической патологии

Нозология	Ia группа ВЗОМТ и ДЗМЖ	
	нормированное значение коэффициента Пирсона	сила связи
Сочетание 3-х нозологий	0,5	Средняя
Позднее менархе	0,3	Слабая
Уплотнения в м/ж	0,3	Слабая
Р/д железисто-мышечная гипертрофия ш/м	0,3	Слабая
ОРВИ	0,4	Слабая
Самопроизвольный аборт	0,3	Слабая
НМЦ по типу ациклических кровянистых выделений	0,3	Слабая
Анемия	0,1	Слабая
Заболевание гепатобилиарной системы	0,2	Слабая
Сердечно-сосудистые заболевания	0,1	Очень слабая
Аппендэктомия	0,1	Очень слабая
Кольпит/кандидоз	0,2	Слабая

Результаты исследования показали, что в обеих группах наиболее часто выявлены II и III степени чистоты мазка на флору (таблица 3).

Как видно из представленных в таблице 3 данных, наиболее часто встречались II и III степени чистоты влагалищного содержимого у женщин с воспалитель-

ными заболеваниями органов малого таза. Общее количество женщин со II степенью чистоты влагалищного содержимого составило 90 человек, с III степенью чистоты влагалищного содержимого – 108 человек. Кокки и слизь обнаружены у всех женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

I степень чистоты влагалищного содержимого диагностирована только у 2 женщин Ia группы, IV степень - у 13 обследованных женщин. Результаты обследования мазка на флору из содержимого влагалища показали, что в обеих группах женщин на первом месте III степень чистоты (63 / 45,8% и 45 / 52,3%)

соответственно. На втором месте - более чем у каждой третьей (52 / 40,9% и 38 / 44,1% соответственно) пациентки Ia и Ib групп выявлена II степень чистоты мазка влагалищного содержимого. IV степень установлена более чем у каждой десятой (10 / 13,8%) женщины Ia группы и у 3 / 9,3% - Ib группы.

Таблица 3

Сравнительная частота различных степеней чистоты мазка на флору среди обследованных женщин с ВЗОМТ

Степень чистоты мазка	Группа	
	I (а)-группа n=127	I (б) -группа n=86
I	2 (2,7%)	0
II	52 (40,9%)	38 (44,1%)
III	63 (45,8%)	45 (52,3%)
IV	10 (13,8%)	3 (9,3%)
Всего	127 (100%)	86 (100%)

В обеих группах степень чистоты влагалищного содержимого была примерно одинаковой и не имела статистически значимых различий

Все пациентки были обследованы на наличие урогенитальной инфекции.

Материал на анализ ЗППП брали во время осмотра шейки матки в зеркалах, он включал микроскопию и исследование полимеразной цепной реакции в реальном времени.

Бактериоскопическое исследование цервико-вагинального отделяемого проводили из цервикального канала, заднего свода влагалища и уретры, взятый материал переносили на предметное стекло, который фиксировали 96° спиртом и проводили окраску по Грамму. Полученные мазки смотрели под микроскопом (5 полей зрения).

Полимеразная цепная реакция (режим реального времени) представляет собой анализ, который позволяет опознавать ДНК вирусов и микробов. Забор материала осуществляли специальными зондами, помещали в культуральную транспортную среду, диагностика проводилась в научной лаборатории ГУ ТНИИАГиП МЗиСЗН РТ.

Установлена следующая частота сочетания инфекций в Ia группе:

моноинфекция имелась только у 3 / 2,3±1,3% пациенток, сочетание двух инфекций - в 15 / 11,8±2,8% случаях, 3-х инфекций - у каждой третьей больной 43 / 33,8±4,1%. Самая высокая частота встречаемости выявлена при сочетании 4-х инфекций – 57 / 44,8±4,4% и более чем 4-е инфекции имели 9 / 7,0±2,2% женщин. В Ib группе моноинфекция встречалась у 4 / 4,6±2,2% пациенток, сочетание двух инфекций – у 6 / 6,9±2,7%, сочетание 3-х и 4-х инфекций имели 45 / 52,3±5,3 и 11 / 12,7±3,6% женщин соответственно.

В Ia группе сочетание трёх и четырёх инфекций достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в Ib группе.

Все случаи облигатно-патогенной флоры (*Trichomonas vaginalis*) и большинство случаев условно-патогенной флоры (*U. urealyticum*, *M. hominis*) сочетались с вирусными ассоциациями (*Cytomegalovirus* и *Herpes simplex I* и II типов) и в 3 раза реже, чем при сочетании с одним видом инфекции.

При бактериологическом посеве мазка на флору из цервикального канала определение чувствительности флоры к антибиотикам проведено у 96 (75%) пациенток Ia группы и у 51 (59,3%) женщины Ib группы.

Таблица 4

**Сочетание возбудителей ИППП
в цервикальном канале у пациенток**

Сочетание возбудителей ИППП	Ia группа – ВЗОМТ и ДЗМЖ (n=127) 100%		Iб группа – ВЗОМТ (n=86) 100%	
	абс.	%	абс.	%
ЦМВ	1	1,8±1,8	3	3,4±1,9
ВПГ	2	3,7±2,5	1	1,1±1,1
ЦМВ +ВПГ	15	11,8±2,8	6	6,9±2,7
ЦМВ+ВПГ+ХЛ	5	9,2±3,9	18	20,9±4,3
ЦМВ+УР+МК	3	5,5±3,1	1	1,1±1,1
ЦМВ+УР+МК+ ГАРД	14	11,0±2,7	-	-
ВПГ+УР+МК+ ГАРД	13	10,2±2,6	-	-
ЦМВ+ВПГ+УР+ ГАРД+ТР	9	7,0±2,2	20	23,2±4,5
ЦМВ+ВПГ+МК+ ТР	8	6,2±2,1	-	-
ЦМВ+УР+МК+ТР	12	9,4±2,5	-	-
УР+МК+ТР	12	9,4±2,5	-	-
ЦМВ+ВПГ+СА	3	5,5±3,1	-	-
ЦМВ+ВПГ+УР+ МК	3	5,5±3,1	1	1,1±1,1
ЦМВ+ВПГ+УР	9	16,6±5,0	15	17,4±4,0
ЦМВ+УР+ГАРД+ТР	7	5,5±2,0	10	11,6±3,4
ХЛ+МК+ТР	11	8,6±2,4	10	11,6±3,4
Степень чистоты м/ф	127	100%	86	100%

При этом в Ia группе выявлены: *Stafylococcus haemolyticus* – у 8 / 8,3±2,8%, *Stafylococcus epidermidis* – у 23 / 23,9±4,3%, *Stafylococcus saprophyticus* – у 26 / 27,0±4,5%, *Escherichia Coli* – у 29 / 30,2±4,6%, *Stafylococcus aureus* – у 3 / 3,1±1,7% и *Corynebacterium* – у 6 / 6,25±2,4% пациенток. В Iб группе: *Stafylococcus haemolyticus* – у 3 / 5,8±3,2%, *Stafylococcus epidermidis* – у 14 / 27,4±6,2%, *Stafylococcus saprophyticus* – у 9 / 17,6 ±5,3%, *Escherichia Coli* – у 18 / 35,2±6,6%, *Stafylococcus aureus* – у 3 / 5,8±3,2% и *Corynebacterium* – у 4 / 7,8±3,7% обследованных. У 35 / 36,4% пациенток Ia группы имелись сочетания с *Candida albicans*, у I бгруппы - в 17 / 33,3±6,6 случаях.

Данное исследование доказало необходимость применения в комплексной терапии антибиотиков с учетом выявлен-

ного возбудителя и их чувствительности к препаратам, и противовирусных средств, стимулирующих специфическую сопротивляемость организма.

Исследования по эффективности антибактериальных препаратов, которые назначали при лечении ИППП, показали одинаковую эффективность вильпрафена и азитромицина [1, 3, 5, 6, 11].

Чаще ИППП вызывают воспаление в ассоциации, что также является фактором, способствующим хронизации воспалительного процесса и развитию осложнений. При лечении микст-инфекций необходим подбор антибиотиков, обладающих этиотропным действием по отношению ко всем видам выявленной инфекции. Обоснование этиотропной терапии воспалительных процессов половых органов предусматривает с какими

видами ЗППП ассоциируют патологический процесс [1, 3, 5, 6]. Эффективность антибактериальной терапии повышается и при этом снижается риск повторного заражения в случаях воздержаний от половых контактов в течение всего периода терапии вильпрафена и азитромицина. Важный момент, который необходимо принимать во внимание при любых ИППП, - обследование и лечение всех половых партнеров, если последний половой акт имел место менее чем за 60 дней до появления клинических признаков заболевания либо лабораторной верификации активной инфекции.

Вильпрафен - макролидный антибиотик, имеющий 16-лактановое кольцо, соединенное с длиной боковой цепочкой, содержащий амино-гликозид эстерифицированный с алифатической угольной кислотой, блокирует транслокацию рибосом и тем самым нарушает синтез белка микробной клетки. Является бактериостатическим препаратом, обладает бактерицидным действием в отношении широкого спектра возбудителя (включая *N. gonorrhoeae*, *M. Hominis*, *M. genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*). Вильпрафен имеет один из лучших показателей МИК (минимальная ингибирующая концентрация). Обследованным женщинам назначали внутрь 500 мг × 2 раза сутки в течение 15 дней при хронических инфекции, передаваемым половым путем. Он выводится с мочой, что важно при лечении инфекций урогенитального тракта.

Трипсин кристаллический – активизирует антибактериальную защиту, уменьшает воспаление. Обладает протеолитическим, противовоспалительным и противоотечным действием. Назначали внутрь по 5-10 мг 1-2 раза в день за полчаса до еды в течение 1 недели, затем по 5 мг 1 раз в день в течение 3 недель. Системная энзимотерапия используется для лечения воспалительных заболеваний. Эффект основан на комплексном воздействии целенаправленно составленных смесей протеолитических ферментов (энзимов) на весь организм в целом. Известно, что ферменты влияют на различные компоненты иммунной системы на клеточном и молекулярном уровнях.

В настоящее время наиболее изучены *иммуномодулирующие препараты* - интерферон и индукторы интерферона – лейкоинтерферон, реферон, интерлок, амексин, неовир, ридостин, полиоксидоний. Длительность лечения иммуномодулирующими инъекционными препаратами составляет не менее 2 - 3 недель. Из малоинвазивных препаратов интерферона широко применяется виферон в свечах. Дозы назначаемых иммуноактиваторов зависят от стадии заболевания - острый процесс, хронический или персистенция инфекции. Данная часть рекомендаций терапии урогенитальных заболеваний требует дальнейшего изучения в связи с наличием версий и контрверсий, неоднозначностью результатов научных исследований. Иммуномодулирующая терапия, воздействующая на цитокиновое звено местного иммунитета, требует дальнейших научных исследований. Одним из моментов, определяющих четкое понимание необходимости иммуномоделирующей терапии при урогенитальных заболеваниях, является высокая стоимость этой группы препаратов и увеличение длительности терапии.

Флуконазол - распространённый синтетический противогрибковый препарат группы триазолов для лечения и профилактики кандидоза и некоторых других микозов. Его действующее вещество – флуконазол - проникает в ткани организма, убивает возбудителя заболевания и предотвращает его размножение. При применении антибактериальных препаратов, наряду с патогенными бактериями, погибает и полезная микрофлора кишечника, которая контролирует рост и развитие грибов *Candida*. С этой целью флуконазол назначали в зависимости от продолжительности антибактериальной терапии в дозировке 150 мг от двух и более раз на курс терапии.

Методы физической терапии применяют как компоненты комплексной, так и как методы монотерапии с целью достижения противорецидивного эффекта. Электрофорез объединяет в себе введение в ткани ионов лечебных веществ и воздействие на организм слабых электрических импульсов. При процедуре электрофореза на гидрофильные тканевые

прокладки электродов наносили мумие, который под действием электрического поля доставлялся к пораженному органу, через кожу к внутренним половым органам. Обследованные женщины получали 10 сеансов электрофореза.

Комбинированные оральные контрацептивы – гормональные препараты, использованы в нашем исследовании пациенткам с нарушениями менструального цикла. Использовали линдинет-20 в циклическом режиме в течение 6 месяцев.

Причинами неэффективности антибактериальной терапии при урогенитальной инфекции являются развитие антибиотикорезистентности и сниженный иммунитет женщин. Инфекции, передаваемые половым путём, обладают способностью воздействия на гуморальный и клеточный иммунитет, выражающийся в ослаблении этих звеньев. Поэтому необходимо назначение антигрибковых и вирусных иммуномодуляторов.

Заключение. Особенности гинекологического статуса женщин с ИППП является нарушение менструального цикла более чем у каждой 4-ой женщины Ia группы (30 / 23,6±3,7%) и у каждой десятой (10 / 11,6 ±3,4%) Ib группы.

Проведенным исследованием установлено, что бактериальная инфекция у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов представлена условно-патогенной и облигатно-патогенной флорой. Микст-инфекции диагностированы в сочетании с вирусной инфекцией. Своевременное выявление инфекции, передаваемой половым путём, позволяет проводить лечение заболеваний органов малого

таза на ранних стадиях, что приводит к снижению частоты заболеваний половых органов и связанных с ними осложнений, а также патологии других систем.

Эффективность лечения воспалительных заболеваний органов малого таза зависит от точной диагностики этиологии, соблюдения последовательной этапности и принципа комплексного подхода к диагностике и терапии. При лечении необходимо учитывать соблюдение этиотропности препаратов при сочетанных инфекциях. Учитывая низкий иммунный статус женщин с инфекцией, передаваемой половым путём в комплекс терапии необходимо включать системную энзимотерапию, которая потенцирует лечебный эффект антибиотиков, а также противовирусных препаратов, антибиотиков и иммуномодуляторов. В случаях отсутствия эффекта необходимо повторное применение курса этиотропной терапии в усиленном режиме с использованием электрофореза. Это способствует укреплению эффективности этиотропной и патогенетической терапии. Необходимо параллельное проведение терапии установленной патологии шейки матки и молочных желёз.

Своевременная точная диагностика ИППП, проведение полноценной терапии последствий перенесенной инфекции, таких как воспалительные заболевания половых органов, бесплодие и патология молочной железы с последующей реабилитацией будут способствовать улучшению качества помощи женщинам репродуктивного возраста.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврукевич Е.А. Трубно-перитонеальное бесплодие: диагностика и лечение // Смоленский медицинский альманах. - 2017. - №1. - С. 17-20.
2. Ахадова Г.И. Особенности микрофлоры женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов // Симург. – 2023. – № 17(1). - С. 69- 73.
3. Балущкина А.А., Меджидова М.К., Тютюнник В. Л. Рациональная терапия урогенитальных инфекций у беременных // Российский меди-

цинский журнал. Мать и дитя. - 2013. - № 23. - С. 1105-1109.

4. Волкова Е.Н. и др. Исследование влияния инфекций, передаваемых половым путем, и сопутствующей патологии у беременных на гуморальный аутоиммунитет // Рос. журн. кожных и венерических болезней. - 2011. - № 3. - С. 56-59.

5. Гарифуллова Ю.В. Особенности гормонального статуса пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желёз при различных типах гинекологической патологии.

// Практическая медицина. – 2018. – Т. 16, № 6. – С. 135-140.

6. Гинекология: национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манушина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 704 с.

7. Данусевич И.Н., Шолохов Л.Ф., Сухинина К.В., Дружинина Е.Б., Семендяев А.А. Патология молочных желёз при хроническом эндометрите у женщин с репродуктивными нарушениями // Acta biomedical scientifica. – 2018. -Т. 3, № 3.

8. Калинина Н.С., Петров Ю.А. Использование вспомогательных репродуктивных технологий и малоинвазивной хирургии при лечении бесплодия воспалительного генеза. // Главный врач Юга России. - 2019. - № 5. – С. 69

9. Кулагина Н.В. Фитотерапия циклической масталгии у пациенток с диффузной доброкачественной дисплазией молочных желёз и предменструальным синдромом // Акушерство, Гинекология, Репродуктология. – 2019. - № 3 (35)

10. Молочков А.В., Мураков С.В., Константинова З.Е., Кузнецов Р.Э. и др. Урогенитальный хламидиоз. Учебное пособие. - М.: МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2014. – 40 с.

11. Широкова Д.В., Калинина Е.А., Полина М.Л., Петров Ю.А. Морфофункциональная вариабельность эндометрия как основа дифферен-

цированного лечения бесплодия // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 6. - С. 270.

12. Baud D., Goy G., Jatou K., Osterheld M.C., Blumer S., Borel N. et al. Role of Chlamydia trachomatis in miscarriage // Emerg Infect Dis. - 2011. - Vol. 17(9). – P. 1630-1635.

13. Carlos F. Grillo-Ardila, Marcela Torres Hernando G. Gaitán Rapid point of care test for detecting urogenital Chlamydia trachomatis infection in nonpregnant women and men at reproductive age // Affiliations expand. - 2020. - Vol. 1 (1). - P. 11708.

14. Zuppa A.A. et al. Ophthalmia neonatorum: what kind of prophylaxis? // J Matern Fetal Neonatal Med. - 2011. - Vol. 24, № 6. - P. 769-773.

Сведения об авторах:

Ниязова Сайёра Джумаевна – научный сотрудник гинекологического отдела ТННИАГиП; тел.: (+992) 901720088; e-mail: niazovasajera284@gmail.com

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – ведущий научный сотрудник гинекологического отдела ТННИАГиП, д.м.н.; тел.: (+992) 901115999; e-mail: hushvaxtova@mail.ru

УДК 618.2-053.6

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С РАННЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Пулодзода Ф.П., Ибодуллозода М.И.,
Алиева Р.Я., Курбонова О.А., Бойматова З.К.

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

Цель исследования. Изучить медико-социальную характеристику подростков с ранней беременностью.

Материал и методы. Проспективные исследования 102 подростков с ранней беременностью (основная группа) и 30 женщин активного репродуктивного возраста (группа сравнения).

Результаты. Результаты исследования показали, что благоприятный исход беременности зависит от физического развития подростка, соматического статуса и материально-бытового статуса.

Заключение. Высокая частота экстрагенитальных заболеваний (85,2%) среди подростков оказывает неблагоприятное влияние на их физическое развитие и перинатальные исходы. Социальными особенностями подростков с ранней беременностью являются высокий процент девочек и девушек, проживающих в сельской местности с неудовлетворительными материально-бытовыми условиями (33,3%), и низкая информированность о репродуктивном здоровье.

Ключевые слова: физическое развитие, беременность, подростки

ТАВСИФИ ТИББИЮ-ИЌТИМОИИ НАВРАСОНИ ДОРОИ ҲОМИЛАГИИ БАРМАҲАЛ

Пулодзода Ф.П., Ибодуллозода М.И.,
Алиева Р.Я., Курбонова О.А., Бойматова З.К.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши тавсифи тиббию-иҷтимоии наврасони дорои ҳомилагии бармаҳал.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили проспективи 102 нафар наврасон бо ҳомиладории бармаҳал гузаронида шудааст (гуруҳи асосӣ) ва 30 зани ҳомилаи синну соли репродуктиви фаъол (гуруҳи назоратӣ).

Натиҷаҳо. Таҳқиқот нишон дод, ки басомади мусбӣи ҳомиладорӣ аз инкишофи ҷисмонии наврасон, ҳолати соматикӣ ва иҷтимоӣ вобастаги дорад.

Хулоса. Нишондоди баланди бемориҳои экстрагениталӣ (85,2%) дар байни наврасони ҳомиладор ба инкишофи ҷисмонии онҳо ва оқибатҳои перинаталӣ таъсири манфӣ мерасонад. Вижҷаҳои иҷтимоии наврасони ҳомиладор ин баланд будани шумораи духтарони наврас, ки бештар дар деҳот дар шароити номусоиди иҷтимоӣ зиндагонӣ мебаранд (33,3%) ва омилҳои дигар ин паст будани маърифатнокии наврасон оиди солимии репродуктивӣ мебошад.

Калимаҳои асосӣ: инкишофи ҷисмонӣ, ҳомиладорӣ, наврасон

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH EARLY PREGNANCY

Pulodzoda F.P., Ibodullozoda M.I.,
Alieva R.Ya., Kurbanova O.A., Boymatova Z.K.

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

Aim. To study the medical and social characteristics of adolescents with early pregnancy.

Material and methods. Prospective studies of 102 adolescents with early pregnancy (main group) and 30 women of active age (comparison group).

Results. The results show that favorable outcome depends on adolescent physical development, somatics and financially – household status.

Conclusion. The high frequency of extragenital diseases (85,2%) among adolescents has an adverse effect on their physical development and perinatal outcomes. Social characteristics of adolescents with early pregnancy are a high percentage of girls and young women living in rural areas with unsatisfactory material and living conditions (33,3%) and low.

Key words: physical development, pregnancy, adolescents, childbirth

Актуальность. Беременность и роды в подростковом периоде в настоящее время представляют актуальную проблему во всем мире в связи с увеличением распространенности ранних браков в развивающихся странах и странах бывшего СНГ.

В Таджикистане ранние браки широко распространенная, но мало обсуждаемая проблема, и, по данным разных исследований, частота ранних официальных браков в возрасте 15-19 лет в Таджикистане составляет от 6,4% до 13%. Исследование, проведенное МЗиСЗН РТ и ЮНФПА в Республике Таджикистан, показало зависимость возраста заключения браков от уровня образования, места жительства и пола. Так, среди опрошенных, вступивших в брак до 16 лет, на момент опроса 14,3% имели начальное образование, 1% - среднее незаконченное, 1,6% - среднее законченное, 2,8% - средне-специальное и 2,6% - высшее.

Низкий уровень образования в сельской местности у беременных подростков выше в 2,5 раза, чем в городе, кроме того, среди девочек-подростков в ранние браки вступали 7,2% юных женщин, причем преимущественно большинство из них - по требованию родителей [2, 3].

Частота осложнений беременности и родов у подростков превышает соответствующие показатели у женщин репродуктивного возраста [1].

Цель исследования. Изучить медико-социальную характеристику подростков с ранней беременностью.

Материал и методы исследования. Всего проспективно исследованы 102 подростка с ранней беременностью - основная группа, которые были разделены

на 1 группу (подростки в возрасте 16-17 лет) и 2 группу (подростки в возрасте 18-19 лет), а также 30 женщин активного репродуктивного возраста (группа сравнения).

Критерием включения в основную группу были: подростки с ранней беременностью 16-19 лет.

Критерием исключения явились: многоплодная беременность; резус-отрицательная принадлежность крови; сахарный диабет, тяжелые экстрагенитальные заболевания.

Критерии включения в контрольную группу: нормальное течение беременности и родов, активный репродуктивный возраст.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что физическое развитие беременных женщин напрямую зависит от возраста беременной: чем юнее беременная, тем недостаточнее её физическое развитие.

Результаты исследования индекса массы тела на момент становления на учёт показали, что у 21 (29,1%) юной беременной диагностирован дефицит массы тела, который, в основном наблюдался среди девочек в возрасте 16-17 лет. Нормальная масса тела имела у 42 (58,3%) пациенток основной группы.

Избыточная масса тела (ожирение 1 степени) наблюдалось у 9 (12,5%) пациенток основной группы. Из 9 пациенток основной группы с ожирением 1 степени 6 (66,6%) были жительницы города, 3 (33,4%) - села.

Исследованием установлено, что среди обследованных участниц основной группы первобеременных было 70,8%, повторобеременных – 29,2%, среди контрольной группы - 26,6% и 73,4% соответственно.



Распределение пациенток с ранней беременностью по ИМТ

Таблица 1

Распределение обследованных беременных женщин по паритету

Паритет	1-я группа (n=30)	2-я группа (n=42)	Контрольная группа (n=30)
Первобеременные	30	21 (50,0%)	8 (26,6%)
Повторнобеременные	-	21 (50,0%)	22 (73,4%)

Примечание: % от количества исследованных в группе

Проведенный сравнительный анализ показателей размеров таза среди исследуемых групп показал, что, чем моложе возраст беременной, тем ниже индекс развития.

Показатели Distantia Spinarum, Cristarum, Trochanterica и C. Externa среди младшей возрастной группы достоверно ниже ($p < 0,05$), по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2

Сравнительный анализ размеров таза среди исследуемых групп

Наименование	16-17 лет	18-19 лет	Контрольная группа	Р
Distantia Spinarum	24,8±0,3	25,2±0,5	26,2±0,4	$p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$
Distantia Cristarum	27,3±0,3	27,8±0,2	28,3±0,1	$p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$
Distantia Trochanterica	29,2±0,31	31,4±0,2	32,4±0,2	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$
C. Externa	19,1±0,22	20,5±0,3	21,6±0,3	$p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$

Примечание: р - статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной групп (по критерию χ^2 с поправкой Йетса)

Анализ историй родов (обменная карта) поступивших на роды беременных подростков показал, что из 72 пациенток до 12 недель беременности были взяты на учет 55 (70,8%), после 12 недель - 17 (23,6%)

из них, что не может не отразиться на исходе беременности.

Результаты исследования показали, что в младшей возрастной группе дородовое наблюдение запоздалое из-за

несвоевременного становления на учет беременных подростков на антенатальном уровне. Проведенный анализ становления на учет беременных подростков показал, что в младшей возрастной группе срок по первой явке составил $13,1 \pm 1,7$ недель, в старшей возрастной группе данный показатель - $11,9 \pm 2,0$. Также выявлено, что сельские жительницы становятся на учет позже, чем жительницы города.

Проведенное исследование показало, что среди подростков с ранней беременностью 13 (18,1%) не состояли в официальном браке, из них 9 (12,5%) находились в возрастной группе 16-17

лет и 4 (5,5%) - в возрастной группе 18-19 лет. Из 13 беременных 11 (84,1%) были жительницами села. В группе контроля все беременные (100%) состояли в браке. Исходя из этого, можно сделать вывод, что сельские жительницы гораздо позже становятся на учет, чаще не состоят в официальном браке.

Из анамнестических данных выявлены перенесенные заболевания в детстве среди исследуемых групп.

Результаты анализа анамнестических данных показали, что отличительной разницы перенесенных в детстве заболеваний среди исследуемых групп не выявлено, $p > 0,05$.

Таблица 3

*Перенесенные в детстве заболевания
среди исследуемых групп*

Нозология	Основная группа (n=72)	Контрольная группа (n=30)	χ^2 с поправкой Йетса	P
Грипп	68 (94,44 $\pm$ 2,7)	26 (86,6 $\pm$ 6,2)	1,159	>0,05
Паротит	8 (11,11 $\pm$ 3,7)	2 (6,66 $\pm$ 4,5)	0,763	>0,05
Корь	12 (16,67 $\pm$ 4,39)	5 (16,6 $\pm$ 6,8)	0,008	>0,05
Краснуха	6 (8,33 $\pm$ 3,26)	2 (6,66 $\pm$ 4,5)	0,311	>0,05
Ветряная оспа	34 (47,22 $\pm$ 5,88)	18 (60,0 $\pm$ 8,9)	1,198	>0,05
Гепатит	1 (15,2 $\pm$ 4,2)	4 (13,3 $\pm$ 6,2)	0,253	>0,05
Прочие заболевания	2 (30,5 $\pm$ 5,4)	8 (26,6 $\pm$ 8,07)	0,401	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса)

Проведенное исследование профессиональной занятости пациенток основной группы показало, что, в основном, более 55 (76,3%) оказались домохозяйками. Учащиеся составили 10 (13,8%), служащие - 7 (9,7%).

В структуре экстрагенитальной патологии у подростков с ранней беременностью преобладала анемия, которая была выявлена у 17 (56,6%) беременных в возрасте 16-17 лет и у 16 (38,0%)

беременных возрастной группы 18-19 лет. Заболевания мочевыделительной системы (обострения хронического пиелонефрита при беременности или гестационный пиелонефрит) выявлены у 16 (53,3%) беременных младшей возрастной группы и у 18 (42,8%) беременных старшей возрастной группы, заболевания щитовидной железы - у 9 (30,0%) и 16 (38,0%) соответственно, заболевания сердечно-сосудистой системы

(различные варианты вегето-сосудистой дистонии) - у 4 (13,3%) и у 4 (9,5%) соответственно.

Здоровыми были 5 (16,6%) пациенток в возрасте 16-17 лет и 10 (23,8%) пациенток

старшей возрастной группы. Различные виды урогенитальных инфекций были впервые выявлены у 5 (16,6%) пациенток 1-й группы и у 8 (19,0%) пациенток 2-й группы.

Таблица 4

*Частота экстрагенитальной патологии
среди обследуемых групп*

Нозология	Основная группа (n=72)	Контрольная группа (n=30)	χ^2 с поправкой Йетса	P
Заболевания мочевыводящей системы	39 (54,1±5,8)	8 (26,6±8,3)	2,790	<0,05
Анемия	33 (45,8±5,8)	12 (40,0±8,9)	0,545	>0,05
Заболевание щитовидной железы	24 (33,3±5,6)	17 (56,6±9,04)	2,198	>0,05
ССС (вегето-сосудистая дистония)	8 (11,1±3,7)	-		<0,05
Урогенитальная инфекция	17 (23,6±5,0)	6 (20,0±7,3)	0,406	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса)

Результаты сравнительной оценки экстрагенитальных заболеваний показали, что заболевания мочевыводящей системы и ССС (вегето-сосудистая дистония) достоверно чаще наблюдалось среди основной группы – χ^2 с поправкой Йейтса 2,790 (p<0,05). Достоверной разницы не выявлено среди пациенток с заболеваниями щитовидной железы, анемией и урогенитальными инфекциями среди исследуемых групп (p>0,05).

Проведенный анализ осложнений в первой половине беременности показал, что рвота беременных наблюдалась у каждой третьей – 32 (44,4%) пациентки, беременность протекала на фоне угрозы прерывания до 12 недель у каждой пятой 17 (23,6%) беременной.

Проведенный анализ частоты осложнений беременности у подростков с ранней беременностью во второй половине беременности показал, что умеренная преэклампсия наблюдалась

у 16 (22,2%), тяжелая преэклампсия - у 6 (8,3%), гестационная гипертензия - у 8 (11,1%). Маловодие диагностировано у 9 (12,5%), многоводие - у 8 (11,1%) и СЗРП - у 9 (12,5%) подростков с ранней беременностью.

Заключение. Результаты наших исследований показывают, что медицинскими особенностями подростков с ранней беременностью являются высокая частота экстрагенитальных заболеваний, оказывающих неблагоприятное влияние на их физическое развитие. Социальными особенностями подростков с ранней беременностью являются высокий процент девочек и девушек, проживающих в сельской местности с неудовлетворительными материально-бытовыми условиями и низкая информированность о репродуктивном здоровье.

*Авторы заявляют об отсутствии
конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадырова С.Г. и др. Течение родов и послеродового периода у подростков // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. – С. 112.
2. Гоибзода М.А. и др. Некоторые причины ранних браков и их социальные последствия в Таджикистане // Вестник Таджикского национального университета: серия социально-экономических и общественных наук. – 2018. - № 1. - С. 199-203.
3. Гаилов А.Г. и др. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек - подростков в Республике Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана. - 2017. - № 1. - С. 38-43.
4. Гаилов А.Г., Ганиева М.Х., Вохидов А.В. Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения республики Таджикистан // Вестник Авиценны. - 2016. - № 4. - С. 52-54.

Сведения об авторах:

Пулодзода Фавзияхонум Пулод – научный сотрудник акушерского отдела ТННИАГиП, к.м.н.; тел.: (+992) 7910161

Ибодуллозода Махинбону – научный сотрудник акушерского отдела ТННИАГиП; тел.: (+992) 938181870

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

Курбонова Озодамо Асадуллоевна – зав. гинекологическим отделением ТННИАГиП; тел.: (+992) 987584242

Бойматова З.К. – старший научный сотрудник акушерского отдела ТННИАГиП, к.м.н.; тел.: (+992) 935354535

УДК 618.3–008

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН - НОСИТЕЛЕЙ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИЙ И ФОЛАТНОГО ЦИКЛА

Расулова Г.Т., Саидова М.И.,
Кенджаева Г.К., Зокирова Ф.Ф., Каримова З.С.

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

Цель исследования. Изучить состояние новорожденных, родившихся от матерей - носителей генов тромбофилий и фолатных нарушений.

Материал и методы. В статье представлены результаты проспективного наблюдения и лечения 59 женщин с тромбофилиями и нарушениями обмена фолатов и проведена оценка течения беременности и исходов родов у данной категории; проведена антропометрия при рождении и оценка состояния их новорожденных по шкале Апгар, оценено течение раннего неонатального периода и сроки пребывания в стационаре.

Результаты. Анализ показал, что течение гестационного процесса у пациенток с тромбофилиями и нарушениями фолатного обмена осложняется угрозой прерывания беременности в 30% случаях, нарушением кровотока в системе «мать-плацента-плод» - в 42%, патологией околоплодной среды - в 55% и СЗРП - в 10% случаев. Все вышеперечисленное может негативно влиять на состояние внутриутробного плода и новорожденного.

В зависимости от выявленных нарушений проведена специфическая терапия и изучены исходы родов и состояние новорожденных при различных формах нарушений фолатного обмена и тромбофилий.

Заключение. Нарушения гемостазиологических показателей вследствие полиморфизма генов тромбофилий и фолатов представляют серьезный риск для исхода беременности и зачастую определяют неонатальную заболеваемость и смертность. Примененные схемы терапии позволяют значительно улучшить перинатальные исходы и состояние новорожденных при рождении.

Ключевые слова: тромбофилии, обмен фолатов, новорожденные, терапия

БАҲОДИҶИИ САМАРАНОКИИ ТАБОБАТ ВА ҲОЛАТИ КЌДАКНИ НАВЗОД АЗ МОДАРОНИ ИНТИҚОЛДИҲАНДАИ ПОЛИМОРФИЗМИ ГЕНҲОИ ТРОМБОФИЛИЯ ВА СИКЛИ ФОЛАТ

Расулова Г.Т., Саидова М.И.,
Кенджаева Г.К., Зокирова Ф.Ф., Каримова З.С.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши ҳолати кўдакони навзод, ки аз модарони дорои генҳои тромбофилия ва ихтилоли фолат доранд таваллуд шудаанд.

Мавод ва усулҳо. Дар мақола натиҷаҳои мушоҳида ва табобати ояндаи 59 занҳои гирифтори тромбофилия ва ихтилоли мубодилаи фолат оварда шуда, рафти ҳомиладорӣ ва натиҷаи таваллуд дар ин тоифа арзёбӣ шудааст; Антропометрия ҳангоми таваллуд ва арзёбии ҳолати кўдакони навзоди онҳо аз рӯи ҷадвали Апгар гузаронида шуда, ҷараёни давраи аввали навзодон ва мӯҳлати будубош дар беморхона арзёбӣ шудааст.

Натиҷаҳо. Таҳлилҳо нишон доданд, ки ҷараёни ҳомиладорӣ дар беморони гирифтори тромбофилия ва ихтилоли мубодилаи фолат бо таҳдиди қатъи шудани ҳомиладорӣ дар 30% ҳолатҳо,

вайрон шудани гардиши хун дар системаи модар-хамроҳак-тифл дар 42% ҳолатҳо, патологияи моеъи амниотикӣ дар 55% ҳолатҳо ва ССИДБТ дар ҳар 10% ҳолатҳо авориз меёбад. Ҳамаи чизҳои дар боло зикршуда метавонанд ба ҳолати ҳомила ва навзод таъсири манфӣ расонанд. Вобаста ба ихтилоли муайянишуда табобати мушаххас гузаронида шуда, натиҷаи таваллуд ва ҳолати кӯдакони навзод дар шаклҳои гуногуни ихтилоли мубодилаи фолӣ ва тромбофилия омӯхта шуд.

Ҳулоса. Вайроншавии нишондодҳои гемостатикӣ бо сабаби полиморфизми генҳои тромбофилия ва фолӣ барои натиҷаи ҳомиладорӣ хатари ҷиддӣ эҷод мекунад ва аксар вақт бемориҳо ва фавти навзодонро муайян мекунад. Реҷаҳои табобати истифодашуда метавонанд натиҷаҳои перинаталӣ ва ҳолати кӯдакони навзодро ҳангоми таваллуд ба таври назаррас беҳтар созанд.

Калимаҳои асосӣ: тромбофилияҳо, мубодилаи фолатҳо, навзодон, табобат

EVALUATION THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT AND NEONATAL STATUS IN FEMALE CARRIERS OF THROMBOPHILIA AND FOLATE CYCLE GENE POLYMORPHISM

Rasulova G.T., Saidova M.I.,
Kendzhaeva G.K., Zokirova F.F., Karimova Z.S.

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

Aim. Study the condition of newborns born to mothers carrying thrombophilia and folate disorders genes.

Material and methods. The article presents the results of prospective observation and treatment of 59 women with thrombophilia and folate metabolism disorders and assessed the course of pregnancy and birth outcomes in this category; anthropometry at birth and assessment of the state of their newborns according to the Apgar scale were carried out, and the course of the early neonatal period was also assessed.

Results. The analysis showed that the course of the gestational process in patients with thrombophilia and folate metabolism disorders is complicated by the threat of termination of pregnancy in 30% of cases, impaired blood flow in the mother-placenta-fetus system in 42%, amniotic fluid pathology in 55% of cases and IUGR in every 10% of cases. All the above can negatively affect the condition of the intrauterine fetus and newborn. Depending on the identified disorders, specific therapy was carried out and the outcomes of childbirth and the state of newborns in various forms of folate metabolism and thrombophilia disorders were studied.

Conclusion. Hemostasiological abnormalities due to thrombophilia and folate gene polymorphisms pose a serious risk to pregnancy outcome and often determine neonatal morbidity and mortality. The applied therapy regimens can significantly improve perinatal outcomes and the condition of newborns at birth.

Key words: thrombophilia, folate exchange, newborns, therapy

Актуальность. Вопросам качества оказания услуг матерям и детям посвящены многие исследования сообществ акушеров-гинекологов многих стран мира. Это обусловлено значимостью состояния населения как генофонда любой нации. Оценка развития страны и службы ее здравоохранения - в частности, во многом определяется показателями в области родовспоможения. Данные показатели напрямую зависят от индекса здоровья женского населения, профилактики и лечения всевозможных осложнений при беременности и родах, готовности учреж-

дений к оказанию квалифицированной помощи, поиску новых инновационных методов диагностики и лечения.

Исследования последних лет показали, что в структуре неонатальной и младенческой заболеваемости и смертности один из определяющих факторов принадлежит наличию тромбофилий у матери.

Известно, что тромбофилии характеризуются склонностью к образованию внутрисосудистых тромбов при отсутствии каких-либо заболеваний. Тромбофилические состояния чаще всего

дебютируют во время беременности [2, 5]. Также важна роль фолатного обмена в обеспечении равновесия в системе гемостаза [4]. Генетически детерминированные нарушения системы гемостаза и фолатного обмена провоцируют возникновение сосудистой катастрофы в сосудах плаценты в связи с развитием венозных и артериальных тромбозов [3, 7].

В результате носительства генов, определяющих способность к тромбообразованию, течение гестации осложняется преждевременными родами, синдромом задержки развития плода, преждевременной отслойкой нормальной расположенной плаценты [1, 6, 8]. Данные патологические состояния в свою очередь определяют неблагоприятные условия внутриутробного плода и неудовлетворительное состояние новорожденного вследствие этого.

Цель исследования. Изучить состояние новорожденных, родившихся от матерей - носителей генов тромбофилий и фолатных нарушений.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование и наблюдение 59 женщин с тромбофилиями в сочетании с нарушениями обмена фолатов и их 60 новорожденных за период с 2019 по 2022 годы.

Женщины были носителями мутированных генов серпаина (PAI-1) - 66,6%, интегрин $\alpha 2$ (ITGA2) - 53,3%, фибриногена (FGB) - 40%, проконвертина (F7) - 38,3%, фибриназы - 26,6%, Лейденской мутации 5% и протромбина - 1,7%. Из генов фолатного цикла 72% женщин имели нарушения гена метионин – синтазы - редуктазы (MTRR), метилтетрогидрофолатредуктазы (MTHFR) - 56,6% и метионин-синтазы (MTR) – 50%. Изменения чаще носили мультигенный характер.

В антенатальном периоде в качестве патогенетической терапии этим женщин были назначены следующие препараты: ацетилсалициловая кислота и эноксапарин натрия, начиная с 12 недель беременности. Дозировки и курсы терапии зависели от вида мутированных генов и показателей гемостазиограммы – фибриногена, АЧТВ, тромбоцитов и Д-димера.

При выявлении мутации генов рецепторов тромбоцита (ITGA2, ITGB3) у 32

беременных назначали ацетилсалициловую кислоту в дозе 150 мг per os, так как данная мутация усиливает агрегацию и адгезию тромбоцитов. Остальные 28 пациенток получили его в дозе 100 мг per os. Прием препарата был ежедневным и начинался в большинстве случаев с 12 недели гестации до полных 37 недель.

Дополнительно к основной терапии назначался низкомолекулярный гепарин курсами по 10 дней в зависимости от выраженности изменений системы гемостаза. В нашей работе мы использовали эноксапарин натрия в суточной дозе 4000 МЕ (40 мг) подкожно.

Терапия НМГ проведена 30 (50%) беременным. Эноксапарин натрия у 22 (73,3%) пациенток был назначен при дозе ацетилсалициловой кислоты 150 мг, а у остальных 8 (26,7%) пациенток - при дозе аспирин 100 мг.

Всем беременным была назначена активная форма фолиевой кислоты - метафолин в дозировке 400 мкг/сутки в непрерывном режиме, начиная в большинстве случаев с прегравидарного периода или с начала гестации, либо сразу с момента выявления и взятия в исследование и до родов.

Новорожденные включены в две группы с учетом патогенетической терапии у матерей во время беременности. Первую группу (I) составили 30 младенцев, чьи мамы получали в качестве терапии ацетилсалициловую кислоту и метафолин. Во вторую группу включены 30 новорожденных от матерей, получавших ацетилсалициловую кислоту, эноксапарин натрия и метафолин.

Методы исследования включали общеклинические лабораторные исследования, антропометрические исследования новорожденных, оценку новорожденных по шкале Апгар в конце первой и пятой минуты.

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин варьировал от 20 лет до 41 года и в среднем составил $26,1 \pm 1,2$ лет.

Анализ соматического статуса показал, что 36 (61,0%) женщин страдали анемией, из них подавляющая часть женщин имела анемию легкой степени (Hb 90-110 г/л). Каждая третья женщина указывала на наличие йоддефицитного состояния в

анамнезе 19 (32,2%), на наличие в анамнезе хронического пиелонефрита, мочекаменной болезни указывали 22 (37,2%) женщины.

Течение настоящей беременности при наличии тромбофилий и нарушений обмена фолатов осложнилось угрозой ее прерывания в 18 (30%) случаях, нарушением кровотока в системе мать-плацента-плод - в 25 (42%) случаях и СЗРП - в каждом 10 случае (10%). Другим осложнением гестационного процесса явились гипертензивные нарушения, которые составили 5%. Патология околоплодной среды выявлена в 33 (55%) случаях. В ее структуре у 8 женщин (13,3%) установлено маловодие, у 4 (6,6%) - многоводие, у 19 (31,6%) преждевременное созревание плаценты и по одному случаю (1,6%) выявлены отек плаценты и пуповины соответственно.

Средний срок родоразрешения составил $38,18 \pm 0,69$ недель, отражая тем самым подавляющее преобладание количества срочных родов. В 3 (5%) наблюдениях развились спонтанные преждевременные роды в сроках 31, 32 и 36 недель. Запоздалые роды составили 2 (3%) случая.

Индукция родов проведена каждой шестой пациентке. Показаниями для индукции были: СЗРП в сочетании с маловодием и нарушением кровотока в маточно-плодово-плацентарном звене -

в 4 (6,6%) наблюдениях, в 2 (3,3%) случаях - неблагоприятные внутриутробные условия плода, в 2 (3,3%) наблюдениях индукция проведена при дородовом излитии околоплодных вод и в 1 (1,7%) случае - при перенесенной беременности.

Течение родов осложнилось дистрессом плода в 3 (5%) случаях, причем в 2 наблюдениях дистресс плода возник во втором периоде родов и в одном случае - в первом периоде родов. В двух первых случаях роды завершились вакуум-экстракцией плодов, а в последнем случае было проведено экстренное кесарево сечение.

Через естественные родовые пути было родоразрешены 43 (72,8%) женщины, путем кесарева сечения - 16 (26,2%) пациенток.

Показаниями для оперативного родоразрешения явились множественные неблагоприятные перинатальные исходы в анамнезе и сумма относительных показаний у данных пациенток.

Анализ антропометрических показателей новорожденных выявил задержку внутриутробного развития у 6 новорожденных второй группы. Следует отметить, что мультигенное наследование тромбофилий и фолатных нарушений у матерей этих новорожденных более часто сопровождалась фетоплацентарной недостаточностью, негативно влияющей на развитие плода.

Росто-весовые показатели, состояние новорожденных по шкале Апгар и пребывание в стационаре (в сутках)

Показатели	I группа (n=30)	II группа (n=30)	p
Средняя масса тела новорожденных детей, г	$3265,9 \pm 146,84$	$2930 \pm 134,33$	$<0,05$
Средний рост новорожденных, см	$49,35 \pm 1,74$	$47,7 \pm 1,74$	$>0,05$
Оценка по Апгар Конец 1 минуты Конец 5 минуты	$8,19 \pm 0,29$ $8,71 \pm 0,27$	$7,18 \pm 0,28$ $8,56 \pm 0,27$	$<0,01$ $>0,05$
Пребывание в родильном доме, сутки	$4,67 \pm 0,67$	$3,96 \pm 0,45$	$<0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса)

Как показано в таблице, масса новорожденных в первой группе в среднем составила $3265,9 \pm 146,84$ грамм, а во второй группе - $2930 \pm 134,33$ грамм, что достоверно ниже в сравнении с первой группой ($p < 0,05$).

Во второй группе имела тенденция к более низким весовым показателям, что, по-видимому, обусловлено тем, что течение беременности у женщин данной группы сопровождалось СЗРП на фоне мультигенных гемостазиологических нарушений.

Средний рост новорожденных по группам составил $49,35 \pm 1,74$ см и $47,7 \pm 1,74$ см ($p > 0,05$) соответственно.

Оценка по шкале Апгар в конце первой минуты у новорожденных первой группы в среднем составила $8,19 \pm 0,29$ баллов, второй группы - $7,18 \pm 0,28$ баллов ($p < 0,01$). В конце 5 минуты средний балл по Апгар в первой и во второй группах составили $8,71 \pm 0,27$ и $8,56 \pm 0,27$ баллов соответственно ($p > 0,05$).

Оценка по шкале Апгар ниже 6 баллов отмечена в одном случае во второй группе при индуцированных преждевременных родах в 31 неделю гестации, которые произошли на фоне нарушений маточно-плацентарного кровотока, мало-водия и СЗРП.

В интенсивной терапии нуждалось 2 (3,3%) новорожденных второй группы.

Перинатальных потерь не наблюдалось.

При анализе среднего пребывания родильниц и новорожденных в стационаре было установлено, что в I группе среднее пребывание ($4,67 \pm 0,67$ суток) было больше, чем во II группе ($3,96 \pm 0,45$ суток) ($p < 0,05$). Это обусловлено тем, что частота кесарева сечения в первой группе была в 1,5 раза больше, чем во второй группе, и продолжительность койко-дней у этих новорожденных составляла от 5 до 7 суток.

Большинство новорожденных в родильном стационаре находились исключительно на грудном вскармливании. Вакцинация всех новорожденных проведена в рекомендованные сроки и не имела осложнений.

Заключение. Таким образом, при наличии у женщин тромбофилий и фолатных нарушений необходимо проведение специфической терапии, направленной на улучшение состояния внутриутробного плода, нормализацию реологии крови, оптимизацию маточно-плацентарного кровотока. Начатая с ранних сроков гестации, терапия позволяет увеличить количество срочных родов, улучшить состояние новорожденных, тем самым снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Демина Т.Н., Железная А.А., Шаповалов А.Г. и др. Анализ частоты наследственных форм тромбофилий и полиморфизма генов фолатного цикла в развитии акушерской патологии // Медико-социальные проблемы семьи. – 2021. – Т. 26, № 1. – С. 11-15.
2. Зотова И.В., Затеищikov Д.А. Наследственная тромбофилия и венозные тромбоэмболические осложнения: правила тестирования в клинической практике // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 35. – С. 55-61.
3. Иванов О.Ю., Иванов А.В., Коростелева Е.С. Морфологические особенности плаценты при синдроме потери плода // Новый день в медицине. – 2020. – Т. 30, № 2. – С. 365-367.
4. Иванов А.М., Гильманов А.Ж., Малютина Н.Н. и др. Полиморфизм генов фолатного цикла как фактор риска формирования гипергомоци-

стеинемии // Анализ риска здоровью. – 2020. – № 4. – С. 137-146.

5. Croles F.N., Nasserinejad K., Duvekot J.J. et al. Pregnancy, thrombophilia, and the risk of a first venous thrombosis: systematic review and bayesian meta-analysis // The BMJ. – 2017. – Vol. 359. – P. j4452.

6. Donmez H.G., Beksac M.S. Association of single nucleotide polymorphisms (4G/5G) of plasminogen activator inhibitor-1 and the risk factors for placenta-related obstetric complications // Blood Coagulation and Fibrinolysis. – 2023. – Vol. 34, № 6. – P. 396-402.

7. Nichols K.M., Henkin S., Creager M.A. Venous thromboembolism associated with pregnancy: JACC focus seminar // Journal of the American College Cardiology. – 2020. – Vol. 76. – P. 2128-2141

8. Wu H., Zhu P., Geng X., Liu Z. et. al. Genetic polymorphism of MTHFR C677T with preterm birth

and low birth weight susceptibility: a meta-analysis
// Archives of Gynecology and Obstetrics. – 2017.
– Vol. 295, № 5. - P. 1105–1118.

Сведения об авторах:

Расулова Гульнора Таиржоновна – зав. отделением патологии беременности № 2 ТННИАГиП МЗиСЗН РТ, к.м.н., доцент; тел: (+992) 918610409; e-mail: g_rasulova@list.ru

Саидова Мавзуна Исломудинова – научный сотрудник акушерского отдела ТННИАГиП МЗиСЗН

РТ; тел: (+992) 988887574; e-mail: mavzuna_88@list.ru

Кенджаева Гулафруз Кенчаевна – акушер-гинеколог отделения патологии беременности № 2 ТННИАГиП МЗиСЗН РТ; тел: (+992) 559003131

Зокирова Фируза Фазилджановна – неонатолог родильного отделения ТННИАГиП МЗиСЗН РТ; тел: (+ 992) 988887574; e-mail: Zakirova_Firuz@mail.ru

Каримова Зухра Салимовна – неонатолог отделения «Мать и дитя» ТННИАГиП МЗиСЗН РТ; тел: (+992) 000606363

УДК 618.396

АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПОЗДНИМИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

¹Сармисокова Х.Дж.,

²Абдулазизова Ф.А., ²Мухтоджова Г.А.

¹Государственное учреждение «Хатлонский медицинский университет»

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

Цель исследования. Изучить акушерские исходы поздних самопроизвольных преждевременных родов у жительниц Хатлонской области в зависимости от срока гестации.

Материал и методы. Обследованы 146 женщин с поздними самопроизвольными преждевременными родами от срока гестации, при котором произошли роды: подгруппа А – срок гестации 34 недели + 6 дней (27 женщин), подгруппа Б – срок гестации 35 недель + 6 дней (51 женщина), подгруппа В – срок гестации 36 недель + 6 дней (68 женщин). Критериями включения женщин в обследование явились: жительницы Хатлонской области Таджикистана, репродуктивный возраст, беременность, начало спонтанных родовых схваток в сроки от 34 недель + 6 дней до 36 недель + 6 дней. Критериями исключения явились: другое место жительства, срочные роды, индуцированные преждевременные роды, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии или тяжелых осложнений беременности, являющихся показанием для досрочного родоразрешения.

Методы исследования включали общеклиническое обследование, акушерское обследование, подсчет срока гестации, оценку наличия осложнений беременности, статистические методы обработки полученных данных. Дизайн исследования – ретроспективный анализ.

Результаты. Частота кесарева сечения у обследованных женщин составила 2,7%, течение родов осложнилось аномалией родовой деятельности в 3,4%, травмами родовых путей – в 4,1%, акушерскими кровотечениями – в 6,2%, послеродовыми септическими осложнениями – в 5,5% случаях. При поздних самопроизвольных преждевременных родах частота осложнений в родах и послеродовом периоде не превышает показатели в общей популяции беременных. При распределении осложнений в родах и послеродовом периоде при поздних самопроизвольных преждевременных родах в зависимости от срока гестации статистически значимых различий между соответствующими показателями не установлено.

Заключение. Таким образом, нами не установлена какая-либо закономерность частоты осложнений в родах и послеродовом периоде в зависимости от срока гестации поздних самопроизвольных преждевременных родов. Полученные результаты определяют целесообразность одинаковых подходов ведения родов и послеродового периода женщин с самопроизвольными поздними преждевременными родами, независимо от сроков гестации.

Ключевые слова: поздние преждевременные самопроизвольные роды, срок гестации, акушерские кровотечения, аномалии родовой деятельности, септические послеродовые осложнения, травмы родовых путей

НАТИЧАҶОИ АКУШЕРӢ ДАР ЗАНОНЕ БО ТАВАЛЛУДИ ДЕРИ СТИХИЯВИИ ПЕШ АЗ МУХЛАТ

¹Сармисокова Х.Ч.,

²Абдулазизова Ф.А., ²Мухточова Г.А.

¹Муассисаи давлатии «Донишгоҳи тиббии Хатлон»

²Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои акушерии дер стихиявии бармаҳал таваллуди сокинони вилояти Хатлон вобаста ба муҳлати хомиладори.

Мавод ва усулҳо. 146 зане, ки дер стихиявии пеш аз мухлат таваллуд кардаанд, муоина карда шудаанд. Аз давраи хомиладори, ки дар он таваллудшави ба амал омадааст: зергуруҳи А - давраи хомиладори 34 ҳафта + 6 рӯз (27 зан), зергуруҳи Б - давраи хомиладори 35 ҳафта + 6 рӯз (51 зан), зергуруҳи В - давраи хомиладори 36 + 6 рӯз (68 зан). Меъёрҳои ҷалби занон ба таҳқиқот инҳо буданд: сокинони вилояти Хатлони Тоҷикистон, синну соли репродуктиви, хомиладори, фарорасии дарди зоиш дар давраи аз 34 ҳафта + 6 рӯз то 36 ҳафта + 6 рӯз. Меъёрҳои истисноии инҳо буданд: ҷойи истикомати дигар, таваллуди мухлатнок, таваллуди бармахал, мавҷудияти патологияи шадиди экстрагенитали ё мушкilotи шадиди хомиладори, ки нишондихандаи таваллуди барвақт мебошанд. Усулҳои таҳқиқот аз муоинаи умумии клиники, муоинаи акушерӣ, ҳисобкунии синну соли хомиладори, арзёбии мавҷудияти мушкilotи хомиладори ва усулҳои омории коркарди маълумоти гирифташуда иборат буданд.

Натиҷаҳо. Нишон дода шудааст, ки дар занони муоинашуда суръати ҷарроҳии ҷарроҳии ҷарроҳӣ 2,7%, ҷараёни таваллуд бо аномалияи таваллуд 3,4%, осеби канали таваллуд 4,1%, хунравии акушерӣ 6,2%, мушкilotи септикий баъди таваллуд мушкilot шудааст. - дар 5,5% ҳолатҳо. Дар таваллуди дер стихиявии бармахал, басомади мушкilotи дар давраи таваллуд ва давраи баъди таваллуд аз сатҳи шумораи умумии занони хомиладор зиёд нест. Дар тақсими мушкilotи хангоми таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар таваллудҳои дер стихиявии бармахал вобаста ба синну соли хомиладори фарқияти аз ҷиҳати омори муҳим байни нишондихандаҳои мувофиқ ошкор карда нашудааст.

Ҳулоса. Хамин тариқ, мо дар басомади мушкilot дар давраи таваллуд ва давраи баъди таваллуд вобаста ба синну соли хомиладори дер стихиявии таваллуди бармахал ягон намунае муқаррар накардаем. Натиҷаҳои ба даст овардашуда имконпазир будани якхела усулҳои идоракунии меҳнат ва давраи баъди таваллудро барои заноне, ки стихиявии дер бармахал таваллуд шудаанд, сарфи назар аз синну соли гестационии муайян мекунам.

Қалимаҳои асосӣ: таваллуди дер стихиявии бармахал, давраи хомиладорӣ, хунравии акушерӣ, аномалияи таваллуд, авризиҳои септикий баъди таваллуд, осеби канали таваллуд

OBSTETRIC OUTCOMES IN WOMEN WITH LATE SPONTANEOUS PREMATURE BIRTH

¹Sarmisokova H.Dzh.,

²Abdulazizova F.A., ²Muhtodzhova G.A.

¹State Establishment «Khatlon Medical University»

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

Aim. To study the obstetric outcomes of late spontaneous premature birth of residents of the Khatlon region, depending on the gestational age.

Material and methods. 146 women with late spontaneous preterm birth were examined. From the gestational age at which the birth occurred: subgroup A – gestational age 34 weeks + 6 days (27 women), subgroup B – gestational age 35 weeks + 6 days (51 women), subgroup C – gestational age 36 weeks + 6 days (68 women). The criteria for including women in the survey were: residents of the Khatlon region of Tajikistan, reproductive age, pregnancy, the onset of spontaneous labor pains in periods from 34 weeks + 6 days to 36 weeks + 6 days. Exclusion criteria were: another place of residence, term birth, induced premature birth, the presence of severe extragenital pathology or severe pregnancy complications, which are an indication for early delivery.

Research methods included general clinical examination, obstetric examination, calculation of gestational age, assessment of the presence of pregnancy complications, and statistical methods for processing for data obtained. The study design was a retrospective analysis.

Results. It was shown that the rate of cesarean section in the examined women was 2.7%, the labor was complicated by an anomaly of labor in 3.4%, trauma to the birth canal in 4.1%, obstetric hemorrhage in 6.2%, postpartum septic complications – in 5.5% of cases. In late spontaneous premature birth, the frequency of complications during childbirth and the postpartum period does not exceed the rates in the general population of pregnant women. In the distribution of complications during childbirth and the postpartum period in late spontaneous premature births depending on the gestational age, no statistically significant differences were found between the corresponding indicators.

Conclusion. Thus, we have not established any pattern in the frequency of complications during childbirth and the postpartum period depending on the gestational age of late spontaneous premature birth. The results obtained determine the feasibility of the same approaches to the management of labor and the postpartum period for women with spontaneous late preterm birth, regardless of gestational age.

Key words: late premature spontaneous birth, gestational age, obstetric hemorrhage, labor anomalies, septic postpartum complications, birth canal injuries.

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) являются большой медико-социально-экономической проблемой современного акушерства. Частота преждевременных родов составляет 11-12% и тенденции к снижению данного показателя не отмечается. Поздние преждевременные роды составляют самый большой удельный вес среди всех преждевременных родов, составляя около 80% от всех ПР и 6% от всех родов в доношенном и недоношенном сроках [3, 6, 9].

Преждевременные роды, являясь основным фактором, способствующим перинатальной заболеваемости и смертности, составляют более 50% перинатальных смертей. К поздним преждевременным родам относятся роды, произошедшие в сроки беременности 34+6 дней – 36+6 дней гестации. Показатель перинатальной смертности при поздних ПР ниже, чем при экстремально ранних преждевременных родах, однако этот показатель выше при, чем у доношенных новорожденных [2, 4].

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].

В основном, заболеваемость детей, родившихся в сроки 34-37 недель беременности, обусловлена незрелостью ряда органов и систем органов, что повышает риск развития РДС, снижение сахара крови до состояний гипогликемии, нарушения функций печени, неврологических расстройств. 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 новорожденных, в 13% - затруднения кормления, в 8% - полицитемия, в 4% - гипогликемия [5].

Дети от поздних преждевременных родов подвергаются риску неврологических нарушений, отклонений в развитии, неуспеваемости в школе, поведенческих и психических проблем. На интеллектуальном развитии детей, родившихся недоношенными, отражаются нарушения сна характерные для недоношенных новорожденных [7, 8].

Большинство исследований, посвященных преждевременным родам, рассматривают их перинатальные исходы. Практически отсутствуют исследования, посвященные акушерским исходам поздних самопроизвольных преждевременных родов.

Цель исследования. Изучить акушерские исходы поздних самопроизвольных преждевременных родов у жительниц Хатлонской области в зависимости от срока гестации.

Материал и методы исследования. Обследованы 146 женщин с поздними самопроизвольными преждевременными родами от срока гестации, при котором произошли роды: подгруппа А – срок гестации 34 недели + 6 дней (27 женщин), подгруппа Б – срок гестации 35 недель + 6 дней (51 женщина), подгруппа В – срок гестации 36 недель + 6 дней (68 женщин).

Критериями включения женщин в обследование явились: жительницы Хатлонской области Таджикистана, репродуктивный возраст, беременность, начало спонтанных родовых схваток в сроки от 34 недель + 6 дней до 36 недель + 6 дней. Критериями исключения явились: другое место жительства, срочные роды, индуцированные преждевременные роды, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии или тяжелых осложнений беременности, являющихся

показанием для досрочного родоразрешения.

Методы исследования включали общеклиническое обследование, акушерское обследование, подсчет срока гестации, оценку наличия осложнений беременности, статистические методы обработки полученных данных. Дизайн исследования – ретроспективный анализ.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин с самопроизвольными поздними преждевременными родами составил $30,2 \pm 0,5$ лет.

Нами проведен анализ акушерских исходов женщин, родивших в сроках от 34 недель + 6 дней до 36 недель + 6 дней в зависимости от срока гестации. Среди женщин с самопроизвольными поздними преждевременными родами у 27 (18,5%) женщин роды произошли в сроке 34 недели + 6 дней, у 51 женщины (34,9%) – в сроке 35 недель + 6 дней, у 68 (46,6%) – в сроке 36 недель + 6 дней.

Роды естественным путем проведены у 142 (97,3%) обследованных, операция кесарево сечение произведена 4 (2,7%) женщинам. Показанием к операциям кесарево сечение во всех случаях абдоминального родоразрешения явилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, которая осложнила течение начавшихся самопроизвольно преждевременных родов. В двух случаях кесарево сечение выполнено в группе Б, в двух случаях – в подгруппе В.

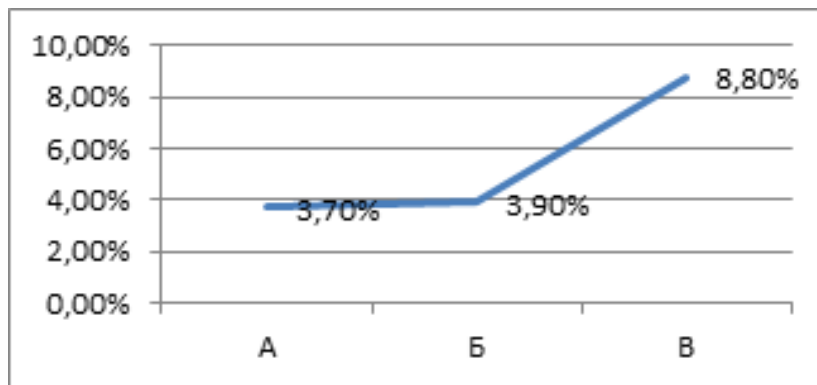
Роды через естественные родовые пути в 5 ($3,4 \pm 1,5\%$) случаях осложнились аномалией родовой деятельности. Среди них в 3 случаях диагностированы быстрые роды, в 2 случаях – затянувшаяся активная фаза ввиду слабых схваток. Распределение случаев аномалий родовой деятельности среди женщин с самопроизвольными поздними преждевременными родами показало, что в группе А имел место 1 ($3,7 \pm 3,7\%$) случай быстрых родов, в группе Б – 1 ($1,9 \pm 1,9$) случай быстрых родов, в группе В – 1 ($1,5 \pm 1,5\%$) случай быстрых родов и 2 ($2,9 \pm 2,0\%$) случая - удлинение активной фазы за счет слабой родовой деятельности.

Особенностями ведения родов через естественные родовые пути является ведение родов без защиты промежно-

сти. Несмотря на небольшие размеры плодов, у обследованных женщин имели место случаи травм промежности. Травмы родовых путей диагностированы у 6 ($4,1 \pm 1,6\%$) женщин после поздних самопроизвольных преждевременных родов. Разрыв промежности имел место у 1 ($3,7 \pm 3,7\%$) женщины группы А, у 1 ($1,9 \pm 1,9$) женщины группы Б и у 4 ($5,9 \pm 2,9\%$) женщин группы В.

В 9 случаях диагностированы акушерские послеродовые кровотечения. У 4 ($2,7 \pm 1,4\%$) женщин причиной кровотечения в родах была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, еще у 4 ($2,7 \pm 1,4\%$) причиной послеродового кровотечения было гипотоническое кровотечение, в 1 ($0,7 \pm 0,7\%$) случае – задержка частей последа. Распределение женщин с акушерскими кровотечениями по группам в зависимости от срока гестации показало, что 2 (22,2%) случая отслойки плаценты произошли в группе Б и 2 случая (22,2%) – в группе В, 3 (33,3%) случая гипотонических кровотечений – в группе В, 1 (11,1%) случай – в группе В, 1 (11,1%) случай задержки частей последа – в группе А. Всего в группе А диагностирован 1 ($3,7 \pm 3,6\%$) случай акушерского кровотечения, в группе Б – 2 ($3,9 \pm 2,7\%$) случая, в группе В – 6 ($8,8 \pm 3,4\%$) случаев (рисунок). Несмотря на трехкратное увеличение частоты кровотечений у женщин с родами в сроке 36 недель + 6 дней, по сравнению с соответствующим показателем у женщин с родами в сроке 35 недель + 6 дней и 6-кратное увеличение, по сравнению с группой женщин с родами в сроке 34 недель + 6 дней, статистически значимых различий в этих показателях не установлено.

Послеродовый период осложнился септическими осложнениями у 8 ($5,5 \pm 1,9\%$) женщин с поздними самопроизвольными преждевременными родами. Среди послеродовых септических осложнений эндометрит диагностирован в 2 ($25 \pm 15,3\%$) случаях (1 случай после операции кесарево сечение и 1 случай после родов через естественные родовые пути), обострение хронического пиелонефрита диагностировано в 5 ($62,5 \pm 17,1\%$) случаях, расхождение шва на промежности – в 1 ($12,5 \pm 11,7\%$) случае.



*Динамика частоты акушерских кровотечений
в зависимости от срока гестации
при поздних самопроизвольных преждевременных родах*

Наиболее частым септическим послеродовым осложнением был пиелонефрит, удельный вес которого был в 2,5 раза больше, чем эндометрита, и в 5 раз больше, чем инфекции раны. Распределение женщин с послеродовыми септическими осложнениями по группам в зависимости от срока гестации показало, что 2 случая эндометрита отмечены у женщин группы Б, обострение хронического пиелонефрита в 1 случае диагностировано у женщин группы Б, в 4 случаях – у женщин группы А, расхождение шва на промежности диагностировано в группе В. Распределение женщин в процентном отношении к общему количеству женщин в подгруппах не выявило какой-либо закономерности: эндометрит в группе Б составил $3,9 \pm 2,7\%$, обострение хронического пиелонефрита – $1,9 \pm 1,9\%$ в группе Б, $5,9 \pm 2,9\%$ в группе А, расхождение шва на промежности – $1,5 \pm 1,5\%$.

При поздних самопроизвольных преждевременных родах частота осложнений в родах и послеродовом

периоде не превышает показатели в общей популяции беременных. При распределении осложнений в родах и послеродовом периоде при поздних самопроизвольных преждевременных родах в зависимости от срока гестации статистически значимых различий между соответствующими показателями не установлено.

Заключение. Таким образом, нами не установлена какая-либо закономерность частоты осложнений в родах и послеродовом периоде в зависимости от срока гестации при поздних самопроизвольных преждевременных родах. Полученные результаты определяют целесообразность одинаковых подходов ведения родов и послеродового периода женщин с самопроизвольными поздними преждевременными родами, независимо от сроков гестации.

*Авторы заявляют об отсутствии
конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова А.В., Андрияшина И.В., Быкадорова О.Л. и др. Особенности «поздних» недоношенных детей, родившихся в условиях регионального (областного) перинатального центра // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – Т. 4 (40). – С. 124-130.
2. Фомина А.С. Преждевременные роды, современные реалии // Научные результаты биологических исследований. – 2020. – Т. 6 (3). – С. 434-446.

3. 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
4. Jacobsson B., Pettersson K., Modzelewska D. et al. Preterm delivery: an overview on epidemiology, pathophysiology and consequences for the individual and the society // Lakartidningen. – 2019. – Vol. 116. – FR6F.
5. Lockyear C., Coe K., Greenberg et al. Trends in morbidities of late preterm infants in the neonatal

intensive care unit // RGJ Perinatol. – 2023. – Vol. 43 (11). – P. 1379-1384

6. Martin J.A., Hamilton B.E., Osterman M.J.K., Driscoll A.K. Births: Final Data for 2019. // Natl Vital Stat Rep. – 2021. – Vol. 70 (2). – P. 1-51

7. Saha A.K., Mukherjee S. Neurodevelopment outcome of late prematurity: a retrospective cohort study from a developing country. // Eur J Pediatr. – 2023. – Vol. 182 (6). – P. 2715-2722.

8. Visser S.S.M., van Diemen W.J.M., Kervezee L. et al. The relationship between preterm birth and sleep in children at school age: A systematic review. // Sleep Med Rev. – 2021. – Vol. 57. – P. 101447.

9. Vogel J.P., Chawanpaiboon S., Moller A.B. et al. The global epidemiology of preterm birth //

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2018. – Vol. 52. – P. 3-12.

Сведения об авторах:

Сармисокова Холида Джойлобовна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии Хатлонского медицинского университета; тел.: (+992) 901078726

Абдулазизова Фарида Абдурахимовна – научный сотрудник акушерского отдела ТННИАГиП, аспирант; тел.: (+992) 886731919; e-mail: farida.abdu89@mail.ru

Мухтодзова Гулдаста Абдуллаевна – научный сотрудник акушерского отдела ТННН АГиП; тел.: (+992) 907095968; e-mail: guldastamuhtodzova@gmail.com

УДК 618.14-006.5

СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТКИ (МИОМА МАТКИ, АДЕНОМИОЗ, ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ)

Юсуфбекова У.Ю., Курбанова М.Х.,
Мамедова З.Т., Азимова Д.А., Асилзода М.М.

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

Цель исследования. Выявление клинико-морфологических особенностей изменений шейки матки у больных с сочетанными заболеваниями тела матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия).

Материал и методы. Исследованы 46 пациенток, находившихся на лечении в гинекологическом отделе ТННИАГиП.

Критерием включения в исследование было наличие сочетанной патологии матки — два заболевания и более (гиперплазия эндометрия, миома матки и аденомиоз) у пациенток в возрасте от 35 до 45 лет с продолжительностью заболевания от 1 года до нескольких лет.

После комплексного обследования все больные были разделены на четыре группы: I - 16 (34,7%) больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза; II - 12 (26%) больных с сочетанием миомы матки и гиперпластических процессов в эндометрии; III - 10 (21,7%) больных с сочетанием аденомиоза и гиперпластических процессов в эндометрии; IV - 8 (17,3%) больных с сочетанием всех трех заболеваний (миома матки, аденомиоз и гиперпластические процессы в эндометрии). У пациенток оценивали состояние шейки матки. При обследовании использовали следующие методы диагностики: общеклиническое и гинекологическое исследования с анализом менструальной и репродуктивной функций, соматического и наследственного анамнезов. Для оценки состояния матки и органов малого таза всем пациенткам выполнена трансабдоминальная и трансвагинальная эхография органов малого таза.

Результаты. У женщин репродуктивного возраста с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки (миома матки, аденомиоз и гиперплазия эндометрия) в 46% диагностируется патология шейки матки.

Комплексное обследование больных с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки с применением неинвазивных (УЗИ, расширенная кольпоскопия) и инвазивных (раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия) методов исследования позволяет установить характер сочетанной патологии матки, определить тактику ведения больной.

В связи с изложенным становится очевидной необходимостью дальнейшего изучения причинных факторов, клинических проявлений, морфологических и иммуногистохимических особенностей патологии шейки матки в сочетании с заболеваниями матки с целью формирования унифицированного подхода к диагностике и лечению.

Заключение. Установлено, что у женщин репродуктивного возраста с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки (миома матки, аденомиоз и гиперплазия эндометрия) в 47,8% диагностируется патология шейки матки. Комплексное обследование больных с сочетанными доброкачественными заболеваниями тела и шейки матки с применением неинвазивных и инвазивных методов исследования позволяет установить характер сочетанной патологии, определить тактику ведения больной.

Ключевые слова: миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия

ҲОЛАТИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ХАНГОМИ ПОТОЛОГИЯИ ОМЕХТАИ БАЧАДОН (МИОМАИ БАЧАДОН, АДЕНОМИОЗ, ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИИ)

Юсуфбекова У.Ю., Курбанова М.Х.,
Мамедова З.Т., Азимова Д.А., Асилзода М.М.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани хусусиятҳои клиникию морфологии тағйироти гарданаки бачадон дар беморони гирифтори бемориҳои ҳамроҳи бадани бачадон (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия).

Мавод ва усулҳо. Дар тадқиқоти мазкур 46 нафар беморон, ки дар шӯъбаи гинекологии ПАГ-ваП шаҳри Душанбе муолиҷа мешуданд, дохил карда шуданд. Меёри дохил шудан ба тадқиқот мавҷудияти патологияи омехтаи бачадон - ду ё зиёда бемориҳо (гиперплазия эндометрия, миомаи бачадон ва аденомиоз) дар беморони аз 35 то 45 сола бо давомнокии беморӣ аз 1 то чанд сол буд.

Пас аз муоинаи ҳамаҷониба, ҳамаи беморон ба чаҳор гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1 аз 16 (34,7%) беморони омехтаи миомаи бачадон ва аденомиоз; Гурӯҳи 2 - 12 (26%) беморони омезиши миомаи бачадон ва равандҳои гиперпластикӣ дар эндометрия; Гуруҳи 3 - 10 (21,7%) беморони омехтаи аденомиоз ва равандҳои гиперпластикии эндометрия; Гуруҳи 4 - 8 (17,3%) беморони дорои маҷмӯи ҳар се беморӣ (миомаи бачадон, аденомиоз ва равандҳои гиперпластикӣ дар эндометрия). Дар ин беморон ҳолати гарданаки бачадон баҳо дода шуд.

Ҳангоми муоина усулҳои зерини таъхис истифода шуданд: муоинаи умумии клиникӣ ва гинекологӣ бо таҳлили функсияи ҳайз ва репродуктивӣ, таърихи соматикӣ ва ирсӣ. Барои арзёбии ҳолати бачадон ва узвҳои коси хурд, ҳамаи беморон эхографияи трансабдоминалӣ ва трансвагиналии узвҳои коси хурдро гузарониданд.

Натиҷаҳо. Дар занони синну соли репродуктивӣ бо бемориҳои ҳамроҳикунандаи бачадон (миомаи бачадон, аденомиоз ва гиперплазия эндометрия) дар 46% ҳолатҳо патологияи гарданаки бачадон таъхис карда мешавад.

Муоинаи ҳамаҷонибаи беморони гирифтори бемориҳои ҳамзадаи бачадон бо истифода аз усулҳои ғайриинвазивӣ (ультрасадо, колпоскопияи васеъ) ва инвазивӣ (куретажи алоҳидаи таъхисии эндосервик ва эндометрия) имкон медиҳад, ки хусусияти патологияи якҷояи бачадон муайян карда шавад. ва тактикаи идоракунии беморонро муайян кунед. Вобаста ба гуфтаҳои боло маълум мегардад, ки барои ташиаккули муносибати ягона ба таъхис ва табобат зарурати омӯзиши минбаъдаи омилҳои сабабдор, зӯҳуроти клиникӣ, хусусиятҳои морфологӣ ва иммуногистохимикии патологияи гарданаки бачадон дар якҷоягӣ бо бемориҳои бачадон вуҷуд дорад.

Хулоса. Муайян карда шуд, ки дар занони синну соли репродуктивӣ бо бемориҳои ҳамроҳаки бачадон (миомаи бачадон, аденомиоз ва гиперплазия эндометрия) патологияи гарданаки бачадон дар 22 ҳолат (47,8%) таъхис карда мешавад. Муоинаи ҳамаҷонибаи беморони гирифтори бемориҳои ҳамроҳи бадан ва гарданаки бачадон бо истифода аз усулҳои тадқиқоти ғайриинвазивӣ ва инвазивӣ имкон медиҳад, ки табиати патологияи якҷоя муайян карда шавад ва тактикаи табобати беморон муайян карда шавад.

Калимаҳои асосӣ: миома бачадон, аденомиоз, гиперплазия эндометрий

CONDITION OF THE CERVIX WITH COMBINED PATHOLOGY OF THE UTERUS (UTERINE FIBROIDS, ADENOMYOSIS, ENDOMETRIAL HYPERPLASIA)

Yusufbekova U.Yu., Kurbanova M.Kh.,
Mamedova Z.T., Azimova D.A., Asilzoda M.M.

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

Aim. In identifying clinical and morphological features of changes in the cervix in patients with concomitant diseases of the uterine body (fibroids, adenomyosis, endometrial hyperplasia).

Materials and methods. The present study included 46 patients who were treated in the gynecological department of the Research Institute of Gynecology and Pediatrics in Dushanbe. The criterion for inclusion in the study was the presence of combined pathology of the uterus - two or more diseases (endometrial hyperplasia, uterine fibroids and adenomyosis) in patients aged 35 to 45 years with a disease duration of 1 to several years. After a comprehensive examination, all patients were divided into four groups: group 1 consisted of 16 (34.7%) patients with a combination of uterine fibroids and adenomyosis; Group 2 - 12 (26%) patients with a combination of uterine fibroids and hyperplastic processes in the endometrium;

Group 3—10 (21.7%) patients with a combination of adenomyosis and hyperplastic processes in the endometrium; Group 4 - 8 (17.3%) patients with a combination of all three diseases (uterine fibroids, adenomyosis and hyperplastic processes in the endometrium). In these patients, the condition of the cervix was assessed.

During the examination, the following diagnostic methods were used: general clinical and gynecological examinations with analysis of menstrual and reproductive function, somatic and hereditary history. To assess the condition of the uterus and pelvic organs, all patients underwent transabdominal and transvaginal echography of the pelvic organs.

Results. In women of reproductive age with concomitant benign diseases of the uterus (uterine fibroids, adenomyosis and endometrial hyperplasia), cervical pathology is diagnosed in 46% of cases.

A comprehensive examination of patients with concomitant benign diseases of the uterus using non-invasive (ultrasound, extended colposcopy) and invasive (separate diagnostic curettage of the endocervix and endometrium) research methods makes it possible to establish the nature of the combined pathology of the uterus and determine the tactics of patient management.

In connection with the above, it becomes obvious that there is a need for further study of causative factors, clinical manifestations, morphological and immunohistochemical features of cervical pathology in combination with uterine diseases in order to form a unified approach to diagnosis and treatment.

Conclusion. It was found that in women of reproductive age with concomitant benign diseases of the uterus (uterine fibroids, adenomyosis and endometrial hyperplasia), cervical pathology is diagnosed in 22 (47.8%) cases. A comprehensive examination of patients with concomitant benign diseases of the body and cervix using non-invasive and invasive research methods makes it possible to establish the nature of the combined pathology and determine the tactics of patient management.

Key words: uterine fibroids, adenomyosis, endometrial hyperplasia

Актуальность. Миома матки и аденомиоз относятся к наиболее распространенным гинекологическим заболеваниям; причем, многие авторы отмечают высокую частоту (до 85%) сочетания этих болезней, нередко возникающих на фоне гиперплазии эндометрия [1, 2, 8, 9].

Развитие молекулярной биологии, медицинской генетики, клинической иммунологии позволило доказать значение генетических, гормональных и иммунных нарушений в патогенезе миомы матки, аденомиоза и гиперпластических процессов в эндометрии [2, 8, 12].

Несмотря на значительное количество работ, свидетельствующих о высокой частоте сочетанных заболеваний матки, и попыток выяснить патогенез общих патофизиологических процессов в гормонально-зависимых тканях матки до настоящего времени не изучено состояние шейки матки [3, 5, 6, 7]. Являются ли изменения, характерные для миометрия и эндометрия, подобными для изменений ткани шейки матки, которая отличается большим содержанием соединительнотканного компонента [2, 4, 11].

У данного контингента больных имеются более выраженная наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями, высокая частота перенесенных

оперативных вмешательств, хронические длительно текущие воспалительные процессы в органах малого таза, гормонально-зависимая патология молочных желез [1, 10]. Это свидетельствует о выраженном системном характере патологии, которая одновременно обнаруживается в миометрии, эндометрии, ткани молочной железы и шейке матки.

Один из важных аспектов необходимости тщательного изучения состояния шейки матки при сочетанной патологии матки заключается в том, что многие специалисты, как гинекологи, так и онкологи, при комбинированной патологии матки рекомендуют расширять объем хирургического вмешательства до ее экстирпации. Эта необходимость обусловлена тем, что у 0,02 – 1,5% пациенток через 2—17 лет после оперативного лечения в оставленной шейке возникает раковый процесс. В то же время Graziano A, Lo Monte G, Piva I. считают, что удаление шейки матки, особенно у женщин молодого возраста, значительно ухудшает качество их жизни, изменяет анатомию тазового дна [8].

Цель исследования. Выявление клинико-морфологических особенностей изменений шейки матки у больных с сочетанными заболеваниями тела матки

(миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия).

Материал и методы исследования. В настоящее исследование были включены 46 пациенток, находившихся на лечении в гинекологическом отделе ТНИИАГиП МЗиСЗН РТ.

Критерием включения в исследование было наличие сочетанной патологии матки - два заболевания и более (гиперплазия эндометрия, миома матки и аденомиоз) у пациенток в возрасте от 35 до 45 лет с продолжительностью заболевания от 1 года до нескольких лет.

После комплексного обследования все больные были разделены на четыре группы:

I группу составили 16 (34,7%) больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза;

II группу - 12 (26%) больных с сочетанием миомы матки и гиперпластических процессов в эндометрии;

III группу - 10 (21,7%) больных с сочетанием аденомиоза и гиперпластических процессов в эндометрии;

IV группу - 8 (17,3%) больных с сочетанием всех трех заболеваний (миома матки, аденомиоз и гиперпластические процессы в эндометрии).

У всех пациенток оценивали состояние шейки матки.

При обследовании использовали следующие методы диагностики: общеклиническое и гинекологическое исследования с анализом менструальной и репродуктивной функций, соматического и наследственного анамнезов.

Для оценки состояния матки и органов малого таза всем пациенткам выполнена трансабдоминальная и трансвагинальная эхография органов малого таза.

С целью уточнения состояния эндометрия всем пациенткам производилось раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия под контролем с последующим патоморфологическим исследованием полученного материала. Путем кюретажа получали раздельный соскоб из цервикального канала и полости матки.

Всем больным для диагностики патологии шейки матки, кроме осмотра с помощью зеркал, осуществляли кольпоскопическое, цитологическое, бактерио-

логическое и бактериоскопическое исследование. Для определения характера патологического процесса использовали кольпоскопическое исследование.

Расширенную кольпоскопию проводили по общепринятой методике. При этом 6(13%) больным с атипической кольпоскопической картиной произведена прицельная биопсия шейки матки. После полного клинического обследования пациенток и установления окончательного диагноза патологии шейки матки и матки определялась тактика ведения больных по отношению к основному заболеванию и патологии шейки матки.

Результаты и их обсуждение. При первичном осмотре обследованные пациентки предъявляли различные жалобы: нарушение менструального цикла по типу мено- и менометроррагии отмечали 20 (43,4%) больных, боли различной локализации - 12 (26%). Эктопия шейки матки выявлена ранее у 20 (43,4%), полип цервикального канала - у 6 (13%), деформация шейки матки - у 8 (17,3%) пациенток. Длительность заболевания шейки матки от момента его выявления у 30 (65,2%) составляла менее 5 лет. Анализ перенесенной гинекологической патологии показал наличие кольпитов различной этиологии у 16 (34,7%) больных, хронического воспаления придатков матки - у 18 (39%). Миома матки в прошлом была выявлена у 20 (43,4%) больных. Длительность заболевания составила от 3 до 7 лет. Раздельное диагностическое выскабливание по поводу нарушения менструального цикла было произведено ранее (1-3 года назад) 22 (47,8%) больным, из них у 10 (45,4%) был диагностирован аденомиоз, у 6 (27,2%) - полип эндометрия, у 6 (27,2%) - гиперплазия, по поводу чего всем проводилась гормональная терапия в течение 3-6 мес с временным положительным эффектом. Оценивая информативность всех используемых методов диагностики, можно отметить, что данные осмотра при помощи зеркал позволили диагностировать гипертрофию и деформацию шейки матки в сочетании с ретенционными кистами у 10 пациенток; эктопию - у 20 (43,4%); гиперкератоз - у 6 (13%), полипы церви-

кального канала - у 6 (13%) пациенток. Истинные размеры гиперкератоза имели возможность оценить только при расширенной кольпоскопии. Кольпоскопия дала возможность во всех наблюдениях подтвердить диагноз эктопии, гиперкератоза, ретенционных кист шейки матки и полипов цервикального канала, а атипической васкуляризации эпителия - у 6 (13%) пациенток; последняя, по данным гистологического исследования, была обусловлена наличием цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) I-III степеней. При двуручном исследовании миома матки, соответствующая по величине матки при 5-16 нед беременности, была диагностирована у 22 (47,8%) женщин. Ультразвуковое сканирование позволило оценить характер слизистой оболочки цервикального канала, а также уточнить данные осмотра и кольпоскопии в отношении локализации полипов шейки матки у 10 (21,7%) обследуемых. У 6 (13%) пациенток основание полипа локализовалось в области наружного зева, у 4 (8,6%) - в верхней трети цервикального канала. Проведенное исследование подтвердило значимость ультразвукового метода в оценке структуры матки и эндометрия. В дополнение к данным двуручного исследования УЗИ позволило у одной обследуемой выявить субмукозный узел, у 14 (30,4%) - диффузную и узловую формы аденомиоза, у 6 (13%) - полип эндометрия (образование средней эхогенности диаметром 0,7-1,5 см), у 6 (13%) больных была предположена гиперплазия эндометрия.

При цитологическом исследовании признаки пролиферации цилиндрического эпителия выявлены у всех 6 (13%) пациенток с эктопией шейки матки; цитограммы воспаления (большое количество лейкоцитов) - у 8 (17,3%), цитограммы вирусного поражения (койлоцитоз) - у 4 (8,6%) пациенток с положительной реакцией на вирусную инфекцию, выявленную методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), цитограммы типа паракератоз и гиперкератоз клеток многослойного плоского эпителия - у 7 (15,2%) обследованных. Цитологические признаки CIN были выявлены у 4 (8,6%) обследуемых (у дво-

их I - II степеней и ещё у двоих II - III степеней), у всех диагноз был подтвержден при гистологическом исследовании. Прицельная ножевая биопсия шейки матки в качестве диагностической манипуляции произведена у 7 пациенток с гиперкератозом и с CIN I - III степеней, с длительно существующей эктопией с атипической васкуляризацией эпителия. У 20 (43,4%) пациенток по данным гистологического заключения обнаружена простая и сложная гиперплазия без атипии. При бактериоскопическом исследовании мазков содержимого влагалища и цервикального канала нами выявлено, что у 22 (47,8%) пациенток определялись III и IV степени чистоты влагалищных мазков. Бактериологическое исследование влагалищного содержимого и отделяемого шейки матки показало, что чаще других возбудителей у обследуемых с доброкачественными заболеваниями шейки матки высевали *Staphylococcus epidermidis* (42%), *Streptococcus epidermidis* (29%), *Staphylococcus aureus* (31%). При исследовании методом ПЦР вирус папилломы человека (ВПЧ) выявлен у 16 (34,7%) наблюдаемых, хламидии - у 10 (21,7%), ВПЧ высокого онкогенного риска (типы 16-й, 18-й) встречался у 6 (13%) пациенток.

Анализируя диагностируемые изменения шейки матки по группам, мы пришли к выводу, что чаще патология была обнаружена во 2-й группе (миома + гиперплазия эндометрия) и в 4-й (сочетание трех заболеваний), причем в этих же группах чаще встречались предраковые изменения шейки матки - CIN I - III степеней.

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки (миома матки, аденомиоз и гиперплазия эндометрия) в 47,8% диагностируется патология шейки матки.

Комплексное обследование больных с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки с применением неинвазивных (УЗИ, расширенная кольпоскопия) и инвазивных (раздельное диагностическое выскабливание эндометрия и цервикса) методов исследова-

дования позволяет установить характер сочетанной патологии матки, определить тактику ведения больной.

В связи с изложенным становится очевидной необходимость дальнейшего изучения причинных факторов, клинических проявлений, морфологических и иммуногистохимических особенностей патологии шейки матки в сочетании с заболеваниями матки с целью формирования унифицированного подхода к диагностике и лечению.

Заключение. Установлено, что у женщин репродуктивного возраста с сочетан-

ными доброкачественными заболеваниями матки (миома матки, аденомиоз и гиперплазия эндометрия) в 47,8% случаев диагностируется патология шейки матки.

Комплексное обследование больных с сочетанными доброкачественными заболеваниями тела и шейки матки с применением неинвазивных и инвазивных методов исследования позволяет установить характер сочетанной патологии, определить тактику ведения больной.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). - М., 2007. - 208 с.
2. Гинекология: Национальное руководство. / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. - М., 2007. - 1072 с.
3. Унанян А.А. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин. // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2010. - № 3. - С. 6-11.
4. Gordts S., Grimbizis G., Campo R. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. // Fertil Steril. - 2018. - Vol. 109 (3). - P. 380-8.e1.
5. Aleksandrovych V., Basta P., Gil K. Current facts constituting an understanding of the nature of adenomyosis. // Adv Clin Exp Med. - 2019. - Vol. 28 (6). - P. 839-46.
6. Donnez J., Donnez O., Dolmans M.M. Introduction: Uterine adenomyosis, another enigmatic disease of our time. // Fertil Steril. - 2018. - Vol. 109 (3). - P. 369-70.
7. García-Solares J., Donnez J., Donnez O., Dolmans M.M. Pathogenesis of uterine adenomyosis: invagination or metaplasia? // Fertil Steril. - 2018. - Vol. 109 (3). - P. 371-379.
8. Graziano A., Lo Monte G., Piva I. Diagnostic findings in adenomyosis: A pictorial review on the major concerns. // Eur Rev Med Pharmacol Sci. - 2015. - Vol. 19 (7). - P. 1146-1154.
9. Parazzini F., Mais V., Cipriani S. et al. Determinants of adenomyosis in women who underwent hysterectomy for benign gynecological conditions:

results from a prospective multicentric study in Italy. // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. - 2009. - Vol. 143 (2). - P. 103-106.

10. Riggs J.C., Lim E.K., Liang D., Bullwinkel R. Cesarean section as a risk factor for the development of adenomyosis uteri. // J Reprod Med. - 2014. - P. 59. - P. 20-24.

11. Templeman C., Marshall S.F., Ursin G. et al. Adenomyosis and endometriosis in the California Teachers Study. // Fertil Steril. - 2008. - Vol. 90. - P. 415-424.

12. Varras M., Polyzos D., Akrivis C. Effects of tamoxifen on the human female genital tract: review of the literature. // Eur J Gynaecol Oncol. - 2003. - Vol. 24. - P. 258-268.

Сведения об авторах:

Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна – старший научный сотрудник отделения гинекологии ТНIIА-ГиП, к.м.н.; тел.: (+992) 917681155; e-mail: yusumeda@gmail.com

Курбанова Муборак Хасановна – руководитель гинекологического отдела ТНIIАГиП, д.м.н., профессор

Мамедова Зеварой Туракуловна – старший научный сотрудник отделения гинекологии ТНIIАГиП, к.м.н.

Азимова Дилором Амиркуловна – старший научный сотрудник отделения гинекологии ТНIIАГиП, к.м.н.; e-mail: azimova@mail.ru

Асилзода Махасту – научный сотрудник отделения гинекологии ТНIIАГиП, к.м.н.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-008.9;616-056.5;618.3

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ошурмамадова Р.Б., Махмадалиева М.У.,
Гулакова Д. М., Джабарова Н.С.

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

В статье приведены исследования разных авторов по методам профилактики и терапии метаболического синдрома (МС) и восстановлению репродуктивной функции женщин. С увеличением частоты метаболического синдрома растут нарушения репродуктивной функции женщин, что создаёт необходимость организации профилактических и лечебных мероприятий по МС. Терапия бесплодия у пациенток с метаболическим синдромом представляет определенные трудности и требует индивидуального подхода. С каждым годом появляются новые исследования и мета-анализы, позволяющие принимать взвешенное решение и проводить эффективное и безопасное лечение у таких пациенток.

Ключевые слова: метаболический синдром, нарушение репродуктивной функции, бесплодие, профилактика и лечение метаболического синдрома, коррекция репродуктивной функции, мио-инозитол

ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ СИНДРОМИ МЕТАБОЛИКӢ ДАР ЗАНОН БО ВАЙРОНШАВИИ ФУНКСИЯИ РЕПРОДУКТИВӢ

Ошурмамадова Р.Б., Махмадалиева М.У.,
Гулакова Д.М., Джабарова Н.С.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дар мақола тадқиқоти муаллифони гуногун оид ба усулҳои пешгирӣ ва табобати синдроми метаболикӣ ва барқарорсозии функсияи репродуктивии занон оварда шудааст. Афзоиши шумораи синдроми метаболикӣ, инчунин зиёд шудани вайроншавии функсияи репродуктивии занон, ки дар натиҷаи синдроми метаболикӣ ба вуҷуд омадааст, зарурати ташкили чораҳои пешгирикунанда ва табобатиро барои синдроми метаболикӣ ба вуҷуд меорад. Табобати безуриётӣ дар беморони гирифтори синдроми метаболикӣ мушкилоти муайянеро пеш меорад ва муносибати инфиродӣ талаб мекунад. Ҳар сол тадқиқотҳо ва мета-таҳлилҳои нав пайдо мешаванд, ки имконият медиҳанд, ки қарори оқилона қабул карда, табобати муассир ва беҳатар дар ҷунин беморон гузаронида шаванд.

Калимаҳои асосӣ: синдроми метаболикӣ, вайроншавии функсияи репродуктивӣ, безуриётӣ, пешгирӣ ва табобати синдроми метаболикӣ, коррексияи функсияи репродуктивӣ, мио-инозитол

FEATURES OF THE TREATMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH REPRODUCTIVE DISORDERS

Oshurmamadova R.B., Mahmadaliev M.U.,
Gulakova D.M., Dzhaborova N.S.

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

The article presents studies by different authors on methods of prevention and treatment of metabolic syndrome and restoration of reproductive function of women. An increase in the number of metabolic syndrome, as well as violations of the reproductive function of women caused by metabolic syndrome, also increases, creating the need to organize preventive and therapeutic measures for metabolic syndrome. Infertility therapy in patients with metabolic syndrome presents certain difficulties and requires an individual approach. Every year, new studies and meta-analyses appear that make it possible to make an informed decision and conduct effective and safe treatment in such patients.

Key words: Metabolic syndrome, reproductive dysfunction, infertility, prevention and treatment of metabolic syndrome, correction of reproductive function, myo-inositol

Актуальность. Проблема ожирения представляет угрозу здоровью населения. Когда же началась эта проблема? Многие считают, что она появилась в 80-х годах XX века. Однако еще 2500 лет назад Гиппократ предупреждал, что внезапная смерть чаще происходит у толстых от природы, чем у худых. Согласно данным ВОЗ, 1,7 млрд человек на планете имеет избыточный вес, а к 2025 г. 40% мужчин и 50% женщин будут страдать ожирением. Метаболический синдром (МС) представляет глобальную и серьезную медико-социальную и экономическую проблему современного общества, и по своей распространенности достигает масштаба пандемии. По прогнозам экспертов ВОЗ, к 2025 г. в мире каждая вторая женщина будет страдать метаболическими нарушениями в организме [1-6]. Доказана прямая зависимость между увеличением массы тела и репродуктивной дисфункцией в виде бесплодия [7-12].

Однако это проблема двоякая. С одной стороны, все процессы и компоненты метаболического синдрома обратимы при своевременной диагностике и началом лечения. С другой стороны, все компоненты метаболического синдрома приводят к заболеваниям с крайне опасными последствиями и резко ухудшают качество жизни пациентов. Метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста практикующие врачи знали ранее как нейро-эндокринный синдром. У женщин репродуктивного возраста метаболический синдром является одной из наиболее частых причин ановуляторного бесплодия, ранних потерь беременности.

МС рассматривается как комбинация нарушений, комплекс которых ассоциируется с повышением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Ожирение влияет

на гипоталамо-гипофизарную ось на протяжении всей жизни женщины, оказывая влияние на процессы полового созревания и будучи ассоциированным с повышенным риском гиперандрогении и дисфункции яичников. Признаки МС, в первую очередь ожирение и инсулинорезистентность, часто встречаются у пациенток, страдающих синдромом поликистозных яичников (СПКЯ); ассоциация гиперинсулинемии и гиперандрогении при СПКЯ хорошо известна [13-15].

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – одно из самых распространенных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Это комплексное заболевание, которое оказывает влияние на разные сферы жизни женщины и провоцирует различные проблемы – метаболические, репродуктивные, эстетические, психологические, сексуальные, поэтому может серьезно ухудшать качество жизни. Известно, что СПКЯ негативно влияет на фертильность женщины и является ведущим фактором бесплодия эндокринного генеза. Существуют различные методы лечения для достижения беременности у данной категории пациенток, как консервативные, так и хирургические, направленные на восстановление фолликулогенеза и индукцию овуляции, в случае отсутствия эффективности перечисленных методов также применяются вспомогательные репродуктивные технологии.

Анализ современных и актуальных публикаций, посвященных проблеме ожирения как важного компонента метаболического синдрома, является задачей многих исследований. На основе анализа исследований последних лет освещен современный взгляд на этиологию и патогенез метаболического синдрома и ожирения, оценено влияние этих

патологических состояний на развитие синдрома поликистозных яичников и бесплодия. Во многих статьях дано обоснование проведения ранней диагностики и профилактики метаболического синдрома и ожирения в детском и подростковом возрастах. Показана важность своевременного лечения метаболического синдрома как социально значимой патологии [3, 7, 12, 23].

В связи с лавинообразным ростом метаболического синдрома во всех странах и социальных слоях общества проблема своевременной диагностики и лечения метаболического синдрома стоит перед всем врачебным сообществом.

Сведения о качестве жизни (КЖ), связанном с компонентами метаболического синдрома (МС), немногочисленны как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Проблема КЖ, связанного со здоровьем (КЖСЗ), начала активно изучаться только в последние годы.

S. Slader и соавт. (2016) провели в Нидерландах широкомасштабное исследование когорты лиц с ожирением разной степени тяжести, с кластером ассоциированных с МС заболеваний. Ученые пришли к заключению, что чем выше индекс массы тела (ИМТ), тем ниже оценка КЖ; при этом если ожирение сопровождается бесплодием, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) или сахарным диабетом типа 2 (СД2), резко ухудшаются все показатели КЖ. При МС страдания больного больше связаны с психическими последствиями высокой массы тела, и именно это отражается в оценке КЖ (низкие баллы). По мере прогрессирования ожирения и развития в последующем ассоциированных с ожирением заболеваний (МС, ССЗ, СД2, синдром поликистозных яичников, бесплодие) к страданиям в эмоциональной сфере присоединяются ухудшение физического здоровья, снижение КЖ по шкалам общего состояния и физического функционирования. У больных с МС, ожирением и сопряженными с МС заболеваниями, как правило, оценка КЖ очень низкая, что связано с ограничением физических нагрузок, развитием депрессии, тревоги и чувства неполноценности. Для эффективности лечебных мероприятий и

восстановления у женщин фертильности клиницистам необходимо выработать индивидуальный алгоритм обследования с учетом ассоциированных с бесплодием заболеваний и психоэмоционального состояния. Женщина с бесплодием в течение всего периода обследования и лечения infertility нуждается в психологической помощи. По данным Н.В. Дейнеки (2001), КЖ пациенток при бесплодии зависит от его длительности. Так, бесплодие, длящееся 1-3 года, пациентками не воспринимается как патология, влияющая на КЖ. Кризисный период наступает, когда бесплодие длится 7-9 лет. Н.В. Дейнека считает, что в это время усиливаются признаки дезадаптации. Пациентки недовольны собой в связи с несвоевременным обращением к врачу, упущенным временем и наступлением возраста, ограничивающего рождение ребенка. У них начинают наблюдаться тревожно-депрессивные состояния, чувство неполноценности. Они уstraняются от активной социальной жизни (среди пациенток со сроком бесплодия 7-9 лет 60% неработающих, при этом 100% больных уверены в том, что заболевание влияет на работоспособность). Практически все женщины с бесплодием считают причиной неполноценности жизни infertility. Однако, по наблюдениям большинства авторов, при длительности бесплодия >10 лет женщины начинают адаптироваться к бесплодию; начинаются компенсаторные реакции, активизация профессиональной деятельности. Пациентки сожалеют об отсутствии детей, но уже не так остро драматизируют бездетность, жизнь перестает казаться им бессмысленной и безрадостной. Исследования бесплодия по этническому признаку в разных регионах и странах показывают, что infertility женщины в странах Востока (Иран, Турция, Египет, Индия и др.) наиболее драматично воспринимают бесплодие и отмечают значительное большее снижение КЖ, чем женщины Европы и США [16-19]. В исследование были включены 150 женщин с бесплодием, ассоциированным с МС. В начале исследования и после проведения лечебно-профилактических мероприятий все пациентки заполняли специаль-

но разработанные анкеты и опросники по КЖ, прошедшие валидацию в Российской Федерации. Анкетирование и заполнение опросников проводилось для определения КЖСЗ. Опросник содержал 19 вопросов, ответы на которые дают достаточную информацию о КЖ по следующим аспектам: физическая активность; ролевое функционирование; наличие телесных болей; жизнеспособность; социальная активность; оценка своих физических и антропометрических данных; оценка собственного пищевого поведения. В течение 6 месяцев пациентки получали медикаментозную терапию метформином (по 2500 мг/сут) и сибутрамином (по 10 мг/сут) [4, 5, 6].

После проведения этой терапии А. Гордеева и соавт. пришли к заключению, что эффективность лечения метаболического синдрома и ассоциированного с ним бесплодия метформином и сибутрамином в комплексе с профилактическими мерами, направленными на снижение массы тела, обоснована. Достоверно показано, что снижение массы тела пациенток на фоне лечебно-профилактических мероприятий способствовало значительному улучшению не только показателей липидного и углеводного обмена, восстановлению овуляторных циклов, но и значительному улучшению качества жизни [4, 5, 6].

Проблема метаболического синдрома (МС) во всех странах имеет острую социальную значимость. Висцеральное ожирение связано с комплексом гормональных и метаболических нарушений, приводящих у женщин к целому кластеру патологических событий - это олиго- и ановуляторные нарушения менструального цикла, синдром поликистозных яичников, бесплодие, которые ассоциированы с нарушениями секреции половых гормонов и гиперпластическими изменениями эндометрия [23-27].

Согласно исследованию, профилактика и лечение бесплодия, ассоциированного с метаболическим синдромом и ожирением, должны быть направлены на формирование принципов здорового питания с обязательным ведением пищевого дневника, с анализом пищевого поведения совместно с лечащим врачом.

В программу лечения рекомендуется включать препарат «Редуксин» как эффективное средство для снижения веса и улучшения метаболического статуса [2].

После шестимесячного курса лечения редуксином на фоне коррекции образа жизни и пищевого поведения наблюдалось существенное улучшение ИМТ. Количество пациенток с ожирением III степени с очень высоким и крайне высоким риском развития осложнений уменьшилось с 19 (12,7%) до 3 (2%), со II степенью ожирения – с 48 (32%) до 30 (20%), с I степенью ожирения – с 46 (30,7%) до 36 (24%).

При этом значительно увеличилось число пациенток с ИМТ 25,0–29,9 (избыточная масса тела), до начала лечения эта цифры наблюдались у 25 (16,7%) пациенток, после лечения 51 (34%) пациентка перешла в категорию с избыточной массой тела со средним риском развития осложнений [7-16].

Существенно увеличилось число пациенток с нормальным весом - от 12 (8%) до 30 (20%). Следует отметить, что ИМТ улучшался быстрее, чем показатели ОТ/ОБ.

Проведенное исследование показало, что лечение редуксином (сибутрамин + микрокристаллическая целлюлоза) у пациенток с компонентами МС в сочетании с бесплодием приводит к выраженному снижению ИМТ, ОТ, АД и улучшению показателей липидного и углеводного обменов, способствует восстановлению овуляторных циклов (в 95,3% случаев) и наступлению беременности. Таким образом, включение препарата «Редуксин» в схему коррекции МС и ассоциированного с ним бесплодия является обоснованным.

Повышение двигательной активности рекомендовано также всем больным с МС в исследованиях Рустамовой М.С. и соавт. (2021) в виде активной физической нагрузки по 4-5 занятий в неделю в течение 30 минут в день [17].

Ключевую связующую роль между компонентами МС играет ИР. В качестве патогенетического лечения в исследованиях как зарубежных, так и отечественных авторов [7-17] предложены препараты, улучшающие инсулиночувствительность

тканей, - инсулиносенситайзеры, к которым относится метформин. Основное действие этого лекарственного вещества направлено на преодоление ИР и улучшение показателей липидного спектра. Метформин назначался в зависимости от степени выявленных нарушений (от 500 мг до 1500 мг) в течение от 3 до 6 месяцев. Побочным эффектом при длительном назначении инсулиносенситайзеров является нарушение всасывания витаминов группы «В», в связи с чем рекомендовано восполнять уровень витаминов данной группы путем назначения витаминных комплексов типа «Мильгамма» по 1,0 мл 1 раз в/м - 10 дней с периодичностью раз в три месяца.

При применении инсулиносенситайзеров рекомендуется использование КОК при СПКЯ, так как инсулиносенситайзеры не восстанавливают ритмичность менструального цикла. С этой целью при МС, что чаще всего появляется андрогенизацией организма гестогеном, препаратом выбора будет дроспиренон, который обладает антиандрогенным эффектом. Рекомендовано его применение до 6 месяцев. Необходимо отметить, что нет возможности окончательно вылечить СПКЯ, однако после отмены приёма КОК у женщин может наступит спонтанная овуляция [12].

Полученные данные указывают на необходимость проведения обследования данного контингента больных на выявление метаболического синдрома, так как его своевременная диагностика и правильное ведение с использованием немедикаментозных и медикаментозных средств, направленных на все звенья патогенеза, в том числе коррекцию липидного обмена, позволят повысить эффективность лечения больных с бесплодием [28-33].

Ткачева М.А. и соавт. в заключении своего исследования отмечают, что в связи с лавинообразным ростом метаболического синдрома во всех странах и социальных слоях общества проблема своевременной диагностики и лечения метаболического синдрома стоит перед всем врачебным сообществом [20].

В последние годы возрос интерес научного сообщества к проблеме применения

инозитолов при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), обусловленных метаболическими нарушениями. После публикации первого международного консенсуса о роли инозитолов в акушерстве и гинекологии в 2015 г. произошел значительный прогресс в экспериментальных и клинических исследованиях биохимической и физиологической активности основных стереоизомеров инозитола, мио-инозитола (МИ) и D-хиро-инозитола (ДХИ), и их терапевтических возможностей не только в акушерско-гинекологической практике (в частности, при бесплодии), но и в эндокринологии [28].

Доказано, что применение добавок МИ и ДХИ увеличивает внутриклеточное высвобождение фосфолипидов инозитола (МИ-ИФГ и ДХИ-ИФГ), что сопровождается снижением уровня инсулина и индекса НОМА в крови. Восстановление чувствительности тканей к инсулину на фоне применения инозитолов является ключевым звеном в улучшении гормональных, антропометрических и метаболических показателей при заболеваниях, обусловленных инсулинорезистентностью, таких как СПКЯ, метаболический синдром и сахарный диабет 2-го типа [28].

Сравнительный анализ клинических эффектов мио-инозитола с метформином у женщин с СПКЯ показывает сопоставимое влияние на такие параметры гомеостаза, как уровень инсулина натощак, индекс НОМА, тестостерон, андростендион, ГСПГ и индекс массы тела (ИМТ) [29, 30].

Комбинация мио-инозитола и фолиевой кислоты является безопасным и эффективным инструментом для улучшения прогноза при бесплодии, вызванном различными причинами, в том числе у пациенток с СПКЯ [1-6].

Эффективность и безопасность мио-инозитола в комбинации с фолиевой кислотой доказаны не только в отдельных клинических исследованиях, но и в метаанализах. Это комбинация повышает вероятность зачатия, улучшает исходы беременности, положительно влияет на инсулинорезистентность и ожирение [6, 11-16].

Таким образом, по мере увеличения количества метаболического синдрома, также увеличиваются нарушения репродуктивной функции женщин, обусловленные этим состоянием, в связи с чем появляется необходимость создания профилактических и лечебных мероприятий по МС. Терапия бесплодия у пациенток с метаболическим синдромом представляет определенные

трудности и требует индивидуального подхода. С каждым годом появляются новые исследования и мета-анализы, позволяющие принимать взвешенное решение и проводить эффективное и безопасное лечение у таких пациенток.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аганезова Н.В., Аганезов С.С. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и Гинекология. - 2016. - № 6.
2. Анциферов М.Б., Маркова Т.Н. Современные возможности медикаментозного лечения ожирения. // Доктор.Ру. – 2021. – Т. 20 (2). – С. 45–50.
3. Бурлакова Е.С., Меркулова А.Е., Логинова Е.А., Кшнясева С.К., Константинова О.Д. Связь инсулинорезистентности и синдрома поликистозных яичников: влияние на репродуктивную функцию женщины. // Проблемы репродукции. – 2022. – Т. 28 (2). – С. 47–52.
4. Гордеева А., Ткачева М., Белостоцкий А., Чилова Р., Мазур С. Лечебно-профилактические мероприятия у женщин с бесплодием, ассоциированным с метаболическим синдромом // Врач. – 2017. - № 4.
5. Гордеева А.Ю., Ткачева М.В., Чилова Р.А., Проклова Г.Ф., Мазур С.И. Лечение пациенток с бесплодием, ассоциированным с метаболическим синдромом, и его влияние на качество жизни. // РМЖ. – 2017. - № 1. – С. 41-45.
6. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетрашвили Н.К. Роль мио-инозитола в поддержании репродуктивного здоровья женщины. Повышение эффективности технологий экстракорпорального оплодотворения. // РМЖ. Мать и дитя. – 2018. - № 1 (1). – С. 88-95.
7. Доброхотова Ю.Э., Громова О.А., Духанин А.С., Кумыкова З.Х., Шереметьева Е.В., Табеева Г.И. Инозитолы: фармакология и данные клинических исследований. Современное состояние вопроса и перспективы. // РМЖ. Мать и дитя. – 2022. – Т. 5 (4). – С. 309-319.
8. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Метаболический синдром и гинекологические заболевания // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. - № 2 (29). – С. 27-38.
9. Ильина И.Ю. Особенности лечения пациенток с синдромом поликистозных яичников и метаболическим синдромом // РМЖ. Мать и дитя. – 2020. - Т. 3, № 4. - С. 254
10. Калашникова М.Ф. Метаболический синдром: современный взгляд на концепцию, методы профилактики и лечения // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. – 2020. - № 6 (55)
11. Костантино Д., Миноцци Г., Миноцци Э., Гваральди К. Метаболические и гормональные эффекты мио-инозитола у женщин с синдромом поликистозных яичников: двойное слепое исследование. // Европейский обзор медицинских и фармакологических наук. – 2009. – Т. 13 (2). – С. 105-110.
12. Мендоса Н., Галан М. И., Молина С. и др. Высокая доза D-хиро-инозитола улучшает качество ооцитов у женщин с синдромом поликистозных яичников, перенесших ИКСИ: рандомизированное контролируемое исследование. // Гинекологическая эндокринология. – 2019. - № 1. – С. 4.
13. Нахаренько Т.А., Исакова К.М. Влияние инозитола на состояние репродуктивной системы пациентов с бесплодием, на качество гамет и эмбрионов (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2018. - № 4. – С. 33-36.
14. Оранская А.Н., Мкртумян А.М., Камалов А.А., Вартанян Э.В., Цатурова К.А., Левин В.А. Эффективность и безопасность комбинации мио-инозитола и фолиевой кислоты в восстановлении фертильности// клинические случаи // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. – 2018. - № 2 (18)
15. Папалео Э., Унфер В., Байержо Ж.П. и др. Мио-инозитол у пациенток с синдромом поликистозных яичников: новый метод индукции овуляции. // Гинекологическая эндокринология. – 2007. – Т. 23 (12). – С. 700- 703.
16. Пустотина О.А. Применение инозитолов при синдроме поликистозных яичников // Эффективная фармакотерапия. - 2020. - Т. 16, № 28. - С. 24–34.
17. Рустамова М.С., Мухамадиева С.М., Рахмонова С.И., Чалова О.Д., Орипова Г.Н. Коррекция липидного обмена у женщин, страдающих

бесплодием, при метаболическом синдроме // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2016. – № 4

18. Тельнова М.Э., Гончарова Е.В., Мартиросян Н.С., Кузина И.А. Комплексный подход к ведению пациентов с ожирением и инсулинорезистентностью // Эффективная фармакотерапия. – 2023. – Т. 19 (12). – С. 30–34.

19. Титова М.С., Колодина М.И., Ляшенко А.С., Ляшенко Е.Н. Применение мио-инозитола у женщин с синдромом поликистозных яичников при вспомогательных репродуктивных технологиях. // Медицинский совет. – 2022. – Т. 16 (16). – С. 50–56.

20. Ткачева М.В., Гордеева А.Ю., Белостоцкий А.В., Чилова Р.А., Кочарян Р.А., Жукова Э.В., Трифонова Н.С. Этиология и патогенез бесплодия при ожирении как компонент метаболического синдрома // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 5. – С. 75–79.

21. Унфер В., Факкинетти Ф., Оппу Б., Джордани Б., Нестлер Дж. Эффекты мио-инозитола у женщин с СПКЯ: мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований. // Эндокринные связи. – 2017. – Т. 6 (8). – С. 647–658.

22. Чиу Т.Т.И., Рождерс М.С., Лоу Э.Л.К., Брайтон-Джоунс К.М., Чен Л.П., Хайнс К.Дж. Фолликулярная жидкость и сывороточная концентрация мио-инозитола у пациенток, подвергающихся ЭКО: взаимосвязь с качеством ооцитов. // Репродукция человека. – 2002. – Т. 17 (6). – С. 1591–1596.

23. Шнайдер С. Белки-переносчики инозитола // Журнал FEBS Letters. – 2015. – Т. 589 (10). – С. 1049–1058.

24. Янушевский М., Исат Т., Якимюк А. А., Сантор-Зачинска М., Якимюк А. Й. Метаболические и гормональные эффекты комбинированной терапии мио-инозитолом и D-хиро-инозитолом у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) // Польская гинекология. – 2019. – Т. 90 (1). – С. 7–10.

25. Abrao M.S., Muzii L., Marana R. Anatomical causes of female infertility and their management // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2013. – Vol. 123 (2). – P. 18–24

26. Agarwal A., Mulgund A., Hamada A., Chyatte M.R. A unique view on male infertility around the globe // Reprod. Biol. Endocrinol. – 2015. – Vol. 13. – P. 37

27. Allaway H.C.M., Southmayd E.A., De Souza M.J. The physiology of functional hypothalamic amenorrhea associated with energy deficiency in exercising women and in women with anorexia nervosa // Horm. Mol. Biol. Clin. Invest. – 2016. – Vol. 25 (2). – P. 91–119.

28. Amiri M., Tehrani F.R., Behboudi-Gandevani S.M., Bidhendi-Yarandi R.M., Carmina E. Risk of hypertension in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review, meta-analysis and meta-regression // Reprod. Biol. Endocrinol. – 2020. – Vol. 18 (1). – P. 23.

29. AsSanie S., Black R., Giudice L.C. et al. Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2019. – Vol. 221 (2). – P. 86–94

30. Aversa A., La Vignera S., Rago R. et al. Fundamental concepts and novel aspects of polycystic ovarian syndrome: expert consensus resolutions // Front. Endocrinol. – 2020. – Vol. 516 (11)

31. Brutocao C., Zaiem F., Alsawas M. et al. Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis // Endocrine. – 2018. – Vol. 62 (2). – P. 318–325

32. Chitme H.R., Al Azawi E.A.K., Al Abri et al. Anthropometric and body composition analysis of infertile women with polycystic ovary syndrome // J. Taibah Univ. Med. Sci. – 2017. – Vol. 12 (2). – P. 139–145

33. Fontana R., Della Torre S. The deep correlation between energy metabolism and reproduction: a view on the effects of nutrition for women fertility // Nutrients. – 2016. – Vol. 8 (2).

Сведения об авторах:

Ошурмамадова Розия Бодуровна – врач акушер-гинеколог отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНИИАГиП; тел.: (+992) 935222540; e-mail: rose_1119@mail.ru

Махмадалиева Мохсафар Умаралиевна – врач акушер-гинеколог отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНИИАГиП; тел.: (+992) 501230989

Гулакова Дилбар Мухаммедовна – старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНИИАГиП; тел.: (+992) 918687595

Джабарова Наргис Сулаймонкуловна – научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНИИАГиП; тел.: (+992) 918616114

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

Уважаемые авторы!
**Редакция журнала «Мать и дитя» просит Вас придерживаться
следующих правил оформления рукописи**

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

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

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

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

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

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

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

материал – 3 страницы. Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру: **УДК; инициалы и фамилии автора/ов; полное название рукописи; аннотация (резюме); введение (актуальность); цель исследования; основная часть, которая содержит разделы: «Материал и методы»; «Результаты» и «Обсуждения»; выводов (заключение) и списка литературы.**

На титульной странице даётся следующая информация: полное название статьи; инициалы и фамилии автора/ов; официальное название и местонахождение (город, страна) учреждения (учреждений), в которых выполнялась работа. Ключевые слова (не более 6), сведения об авторах.

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

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

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

тации (резюме) оригинальной научной статьи обязательно следует выделить разделы «Цель», «Материал и методы», «Результаты», «Заключение».

Аннотация предоставляется на русском, таджикском и английском языках (250-300 слов) и должна быть пригодной для опубликования отдельно от статьи.

Аннотации кратких сообщений, обзоров, случаев из практики не структурируются, объём их должен составлять не менее 150 слов. Аннотация, ключевые слова, информация об авторах и библиографические списки отсылаются редакцией в электронные информационные базы для индексации.

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

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

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

В экспериментальных работах с использованием лабораторных животных обязательно даётся информация о том, что содержание и использование лабораторных животных при проведении исследования соответствовало международным, национальным правилам или

же правилам по этическому обращению с животными того учреждения, в котором выполнена работа.

В конце раздела даётся подробное описание методов статистической обработки и анализа материала. Раздел «Результаты» должен корректно и достаточно подробно отражать как основное содержание исследований, так и их результаты. Для большей наглядности полученных данных последние целесообразно предоставлять в виде таблиц и рисунков.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. **Фото таблиц не принимаются!** Таблицы должны быть размещены в тексте статьи непосредственно после упоминания о них, пронумерованы и иметь название, а при необходимости – подстрочные примечания. Таблицы должны быть набраны в формате Microsoft Office Word 2007.

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

Ответственность за правильность и полноту всех ссылок, а также точность цитирования перво-источников возложена на авторов

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

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

Направление рукописи:

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

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

- о инициалы и фамилии авторов
- о название статьи информация о том, что статья не была ранее опубликована, а также не представлена другому журналу для рассмотрения и публикации
- о обязательство авторов, что в случае принятия статьи к печати, они предоставят авторское право издателю
- о подтверждение того, что авторы ознакомлены с договором и дают своё согласие подписать указанный договор одному из выбранных из их числа автору
- о заявление об отсутствии финансовых и других конфликтных интересов
- о свидетельство о том, что авторы не получали никаких вознаграждений ни в какой форме от фирм-производителей, в том числе конкурентов, способных оказать влияние на результаты работы
- о информация об участии авторов в создании статьи. Наряду с вышеперечисленными документами авторы должны предоставить подписанный договор о передаче издателю своих авторских прав.

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

Порядок рецензирования рукописей

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

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

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

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

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

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

Редакция также обязуется направлять копии рецензий на опубликованный материал в Высшую аттестационную комиссию при Президенте Республики

Таджикистан при поступлении в редакцию издания соответствующего запроса.

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

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

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

Рецензии хранятся в редакции издания в течение 5 лет.

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

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

Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.

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