



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 илми 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 илми МД ПАГ ва ПТ

Муҳаррир-мушовир:

Зиё Раҳмон – н.и.б.

Муҳаррири бадеӣ:

Темурхонов Т.

Тарҷумон:

Мамедова З.Т. – н.и.т.

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

Аз 25 апрели соли 2024 ба фехристи маҷаллаҳои илми тақризшавандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон ворид карда шудааст.

Суроғаи таҳририя:

734002, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, куч. Мирзо Турсунзода 31,

Тел.: (+992 372) 213656

(+992) 907810281

E-mail: info@niiagip.tj

Муасси сони маҷалла:
Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи
акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии
Тоҷикистон”
Ҷамъияти акушер-гинекологҳои
Ҷумҳурии Тоҷикистон

МОДАР ВА КӯДАК МАТЬ И ДИТЯ MOTHER AND CHILD

Маҷаллаи илмӣ-амалӣ

№ 2, 2025

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 Марҳабо Ёдгоровна – д.и.т., профессор, МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе);
Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – д.и.т., дотсент, МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе);
Додхоев Ҷамшед Саидбобоевич – д.и.т., МДТ “Донишгоҳи тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино” (Душанбе);
Воҳидов Абдусалом Воҳидович – 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);
Узоқова Урунбиш Ҷурабоевна – н.и.т., дотсент, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино” (Душанбе);
Юнусов Абдуганӣ Ғаффорович – н.и.т., МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (Душанбе);
Қурбонов Шамсиддин Мирзоевич – н.и.т., дотсент, Маркази тиббии “Насл”



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:

Темурхонов Т.

Переводчик:

Мамедова З.Т. – к.м.н.

Основан в 2009 году. Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан 23 апреля 2018 года № 056МЧ-97

С 30 июня 2024 г. входит в перечень рецензируемых журналов ВАК Республики Таджикистан

Адрес редакции:

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

Учредители журнала:
Государственное учреждение “Таджикский
научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и перинатологии”
Общество акушеров-гинекологов
Республики Таджикистан

МОДАР ВА КЌДАК МАТЬ И ДИТЯ MOTHER AND CHILD

Научно-практически журнал

№ 2, 2025

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); Рустомова Мехриниссо Сангиновна – д.м.н., профессор, Национальная академия наук Таджикистана (Душанбе); Жук Светлана Ивановна – д.м.н., профессор, ГОУ “Национальная медицинская академия последипломного 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 Зоир 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

Кабилова Барно Хамиджановна –
к.м.н., доцент, ГОУ “Таджикский государ-
ственный медицинский университет име-
ни Абуали ибн Сино” (Душанбе)

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Киёмиддинзода М. Перинатальные исходы у женщин с преэклампсией различного срока реализации	5
Мухаммадиева С.М., Юнусова Д.З., Муминова Ш.Т., Гадоева Х.С. Результативность деятельности перинатального центра города Куляба в доступности и качестве оказания перинатальной помощи в регионе	13
Мухаммадиева С.М., Хайридинова Дж.А., Абдурахимова З.Т., Гульбекова З.К. Ранние диагностические критерии доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с гинекологической патологией	21
Насридинова Х.С., Мухаммадиева С.М., Расулова Г.Т., Менгиязова З.Г. Особенности гемодинамических нарушений в системе «мать-плацента-плод» у беременных с пороками сердца	28
Раҳматова Р.А., Раҳимов Ф.С., Набиев З.Н., Музаффаров Ш.С. Омилҳои хавфи хунрезии дохилимағзӣ дар мағзи сари кӯдакони навзод ва таъсири онҳо ба зухуроти клинӣ ва ҷамъшавии хун дар мағзи сар	36
Фозилова Н.А. Уровни маркеров воспаления до и после родов при использовании баллонного катетера	45
Хакимова Н.Т. Клинико-анамнестическая характеристика и факторы риска гиперпластических процессов эндо- и миометрия у женщин, перенесших гистерэктомию	54
Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т., Юсуфбекова У.Ю., Мамедова З.Т., Кармишева М.Н. Хирургическое лечение гиперпластических процессов эндо- и миометрия у женщин	63

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Бобоходжаева М.О., Хамдамова Д.О. Факторы риска развития соматоформных нарушений у девочек переходного возраста	70
Каримова М.Т. Современный взгляд на проблему диагностики пневмоторакса в неонатальном периоде	78
Набиев З.Н., Шамсов Б.А., Давлатзода Д.А., Рахматова Р.А., Мамуров Д.У. Клиническое и эпидемиологическое значение респираторных инфекций у детей раннего возраста	86

К ЮБИЛЕЮ ДАВЛАТЗОДА ГУЛДЖАХОН КОБИЛ

С любовью к жизни. С преданностью профессии.	100
---	-----

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 618.5-085.2.3

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
РАЗЛИЧНОГО СРОКА РЕАЛИЗАЦИИ

Киёмиддинзода М.

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

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы у женщин с преэклампсией различного срока реализации.**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 240 историй родов женщин с преэклампсией. Сравнение проводили между группами с различными сроками реализации преэклампсии: 60 женщин с ранней преэклампсией, 101 женщина с преэклампсией позднего срока и 79 женщин с преэклампсией доношенного срока. Полученные данные статистически обработаны методами параметрической и непараметрической статистики.**Результаты.** Показано статистически значимое увеличение частоты СЗРП (χ^2 с поправкой Йейтса=15,804; $p<0,00$), частоты дыхательной недостаточности (χ^2 с поправкой Йейтса=7,934; $p<0,001$), травм головного мозга (χ^2 с поправкой Йейтса=13,237; $p<0,001$), частоты РНС (χ^2 с поправкой Йейтса=10,391) у новорождённых от матерей с ранней преэклампсией, по сравнению с соответствующими показателями в группах женщин с преэклампсией более поздних сроков. Установлена обратная связь между воздействием фактора «срок реализации преэклампсии» и частотой асфиксии новорождённых (нормированный коэффициент Пирсона= - 0,342).**Заключение.** Перинатальные исходы при преэклампсии у матери зависят от сроков реализации преэклампсии и основной вклад в неблагоприятные показатели перинатальных исходов вносят ранние преэклампсии.**Ключевые слова:** беременность, преэклампсия, срок реализации преэклампсии, перинатальный исходОКИБАТИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ЗАНОНИ ГИРИФТОРИ
ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ДАВРАӊОИ ГУНОГУНИ АВОРИЗХОИ
АМАЛИ ГАРДОНИДАШУДА

Киёмиддинзода М.

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

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои перинаталии занони гирифтори преэклампсияи синну соли гуногуни аворизҳои амали гардонидашуда.**Мавод ва усулҳо.** Таҳлили ретроспективи 240 таърихи таваллуди занони гирифтори преэклампсия гузаронида шуд. Муқоиса баъни гурӯҳҳои дорои марҳилаҳои гуногуни преэклампсия гузаронида шуд: 60 зан бо преэклампсияи барвақт, 101 зан бо преэклампсияи дер ва 79 зан бо преэклампсияи расида. Маълумоти гирифташуда бо истифода аз усулҳои омори параметрӣ ва гайрипараметрӣ ба таври омӯрӣ коркард карда шуданд.**Натиҷаҳо.** Афзоиш аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим дар басомади IUGR (χ^2 бо ислоҳи Йейтс 15,804; $p<0,001$), басомади ноқоми нафас (χ^2 бо ислоҳи Йейтс=7,934; $p<0,001$), ҷароҳатҳои сар (χ^2 бо Йейтс=13,237; $p<0,001$), басомади RNS (χ^2 бо ислоҳи Йейтс=10,391) афзоиш ёфт. Қўдакони наводии модарони гирифтори преэклампсияи барвақт дар муқоиса бо суръати мувофиқ дар гурӯҳҳои занони гирифтори преэклампсияи дертар. Баъни таъсири омил «давраи инкишофи преэклампсия» ва басомади асфиксияи наводон (коэффициенти нормализуади Пирсон = - 0,342) муносибати баръакс муқаррар карда шуд.**Ҳулоса.** Натиҷаҳои перинаталӣ дар преэклампсияи занон аз вақти пешгирикунанда вобастаанд ва преэклампсияи барвақт ба оқибатҳои номусоиди перинаталӣ саҳми асосӣ мегузорад.**Калимаҳои асосӣ:** ҳомиладорӣ, преэклампсия, вақти пешгирикунанда, натиҷаҳои перинаталӣ

PERINATAL OUTCOMES OF WOMEN WITH PREECLAMPSIA OF VARIOUS PERIOD

Kiyomiddinzoda 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 study perinatal outcomes of women with preeclampsia of various realization period of complication.

Material and methods. A retrospective analysis of 240 delivery histories of women with preeclampsia was conducted. A comparison was made between groups with different terms of preeclampsia implementation: 60 women with early preeclampsia, 101 women with late preeclampsia and 79 women with full-term preeclampsia pregnancy. The obtained data were statistically processed using parametric and non-parametric statistics.

Results. A statistically significant increase in the incidence of IUGR (chi-square with Yates correction=15.804; $p<0.001$), respiratory failure (chi-square with Yates correction=7.934; $p<0.001$), head injuries (chi-square with Yates correction=13.237; $p<0.001$), and RNS (chi-square with Yates correction = 10.391) was demonstrated in newborns of mothers with early preeclampsia of women compared to the corresponding indicators in groups of women with preeclampsia at later stages. An inverse relationship was established between the impact of the factor "term of preeclampsia" and the incidence of neonatal asphyxia (normalized Pearson coefficient = - 0.342).

Conclusion. Perinatal outcomes in preeclampsia in the pregnancy depend on the timing of preeclampsia and the main contribution to unfavorable indicators of perinatal outcomes is made by early preeclampsia.

Key words: pregnancy, preeclampsia, timing of preeclampsia, perinatal outcomes

Актуальность

В некоторых исследованиях последних лет признается, что преэклампсия с ранним и поздним началом имеет разные патофизиологические механизмы, которые в итоге приводят к общим клиническим проявлениям с разницей в степени их выраженности. Авторы считают, что преэклампсия включает несколько подтипов с различными патофизиологическими путями. Установлено, что преэклампсия является первичным плацентарным заболеванием. Среди этих двух типов первая, т.е. плацентарная, преэклампсия протекает тяжело. В то же время сердечно-сосудистая деятельность матери, приводящая к маточно-плацентарной гипоперфузии, может быть причиной вторичной плацентарной дисфункции при преэклампсии [3-6].

Существующие клинические различия между преэклампсией с ранним и поздним началом, такие как повышенные уровни неблагоприятных материнских исходов, перинатальной заболеваемости и смертности у женщин с ранним началом

заболевания, необходимо учитывать в качестве важного показателя тяжести заболевания с неблагоприятными исходами для матери, плода и новорождённого [6].

Показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при ранней преэклампсии гораздо выше, чем при позднем дебюте патологии. При ранней преэклампсии чаще отмечаются морфогистологические изменения в плаценте, чем при поздней преэклампсии. Для прогнозирования, профилактики и лечения различных типов преэклампсии, по-видимому, должны быть использованы различные подходы [1, 2].

Влияние срока манифестации преэклампсии на перинатальные исходы изучено недостаточно и ограничено, в основном, проспективными когортными исследованиями. Недостаточно изучены перинатальные исходы матерей с преэклампсией доношенного срока.

Цель исследования

Изучить перинатальные исходы у женщин с преэклампсией различного срока реализации.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы 240 историй родов, из них 60 с ранней преэклампсией (1 группа), 101 с преэклампсией позднего срока (2 группа) и 79 с преэклампсией доношенного срока (3 группа). Критериями включения в группы обследованных женщин явились репродуктивный возраст, беременность, развившееся осложнение беременности – тяжелая преэклампсия. Критериями диагностики тяжелой преэклампсии, согласно клиническому протоколу Республики Таджикистан (2018), явились цифры артериального давления -систолическое 160 и больше мм рт.ст, диастолическое - 110 мм рт.ст; протеинурия - 3 и более г/л в суточной порции мочи или критерии гипертензии и протеинурии, соответствующие умеренной преэклампсии в сочетании со следующими симптомами: головная боль, боль в эпигастриальной области, тошнота, рвота, анасарка, изменения биохимических анализов – повышенные уровни АлАТ, АсАТ, креатинина, мочевины. Критериями исключения были женщины после вспомогательных репродуктивных технологий, сердечно-сосудистая и легочная патологии, являющиеся противопоказанием для родов через естественные родовые пути.

Методы исследования включали выборку из материала исследований: сведения об анамнезе, социальном положении, перенесенных заболеваниях, особенностях течения беременности, состоянии новорождённого при рождении, его массе, регистрации случаев перинатальной смертности и заболеваемости.

Полученные данные обработаны на ПК с применением прикладных статистических пакетов IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM, USA). Количественные показатели были приведены в виде медианы с нижним и верхним квартилями (Me [Q1; Q3], а качественные показатели - в виде частоты или долей (%). Множественные сравнения независимых качественных

показателей проводили по критерию χ^2 для произвольных таблиц, а при парных сравнениях использовали критерий χ^2 для таблиц 2×2. Нулевая гипотеза отвергалась при уровне значимости $\alpha=0,05$

Результаты и их обсуждение

Возрастной состав исследуемых групп был сопоставим и не имел статистически значимых различий: средний возраст составил $28,8 \pm 7,7$ лет в первой группе, $29,2 \pm 10,2$ лет во второй группе и $27,8 \pm 8,8$ лет в третьей группе. Анализ распределения женщин в возрастных подгруппах показал, что наиболее часто женщины с преэклампсиями любых сроков начала встречались в возрастной подгруппе 18-25 лет (41,6%, 45,6%, 48,5% соответственно). Однако статистически значимых различий в возрастных подгруппах (16-25 лет, 26-35 лет и старше 35 лет) женщин в зависимости от срока начала преэклампсии не установлено ($p>0,05$).

Осложнения тяжелой преэклампсии, относящиеся к критическим состояниям, были диагностированы в 60 случаях, что составило 25%. В 51 (85%) случае пациенткам был установлен диагноз «ранняя преэклампсия», начало развития которой зарегистрировано в сроки гестации - меньше 34 недель беременности. В 3 (5%) случаях критического состояния женщин диагноз «тяжелая преэклампсия» был установлен в сроки после 34 недель беременности. Тяжелая преэклампсия доношенного срока осложнилась критическим состоянием в 6 (10%) случаях.

Большая часть обследованных женщин проживали в селах. Городских жительниц ($15-6,3 \pm 1,6\%$) было в 15 раз меньше, что статистически значимо ($t=38,6$ $p<0,001$) отличалось, по сравнению с показателем частоты жительниц сельской местности (225 – 87,7%).

У всех обследованных женщин уровень образования был низкий. Большая часть женщин в каждой группе имели средний уровень образования (от 77,3% до 83,3%). Высшее образование получили 6,6% женщин 1-й группы, 6,9%

женщин – 2-й группы и 5,1% женщин – 3-й группы. При анализе образовательного статуса исследуемой популяции выявлено достоверное преобладание пациенток со средним и средне-специальным образованием над женщинами с высшим образованием ($93,8 \pm 1,6\%$ против $6,3 \pm 1,6\%$, $t=39,7$, $p<0,001$). Примечательно, что распределение по уровню образования не зависело от времени манифестации преэклампсии ($p>0,05$), что указывает на преимущественно низкий образовательный ценз во всех исследуемых группах.

Во всех обследуемых группах в целом работали 42 (17,5%) женщины, остальные 198 (82,5%) являлись домохозяйками. Установлены статистически значимые ($t=18,4$; $p<0,001$) различия частоты женщин-домохозяек ($82,5 \pm 2,5\%$), по сравнению с работающими женщинами ($17,5 \pm 2,5\%$). Ограниченный уровень образования и отсутствие возможности общаться в социальной среде является показателем низкого социального статуса, который является способствующим фактором неблагоприятного протекания беременности.

Таким образом, из социальных факторов, влияющих на развитие тяжелых преэклампсий, нами выявлены такие характеристики, как низкий уровень образования, ограниченные возможности общения в социуме, а также сельское место проживания женщин.

Наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями во всех группах обследованных женщин являлись частые ОРВИ в анамнезе и хроническая гипертензия. Статистически значимые различия между группами выявлены при сравнении частоты ОРВИ в группах 1 и 2 (критерий $\chi^2=14,480$; $p<0,001$) и в группах 2 и 3 (критерий $\chi^2=13,965$; $p<0,001$).

У пациенток с тяжелой преэклампсией, осложнившейся критическими состояниями, статистически значимо повышалась частота йоддефицитных состояний (χ^2 с поправкой Йейтса $=67,222$; $p<0,001$).

Разделение обследованных женщин по паритету показало, что первородящие в 1 группе составляют 27 ($45 \pm 6,4\%$), повторнородящие – 25 ($41,7 \pm 6,4\%$), многогрожавшие – 8 ($13,3 \pm 4,4\%$). Во 2 группе первородящие составили 46 ($45,5 \pm 4,9\%$), повторнородящие – 34 ($33,7 \pm 4,7\%$), многогрожавшие – 20 ($19,8 \pm 3,9\%$), в 3 группе – 47 ($59,5 \pm 5,5\%$), 19 ($24,1 \pm 4,8\%$), 12 ($15,2 \pm 4,0\%$) соответственно.

Выявлено статистически значимое повышение частоты первородящих в группе женщин с преэклампсией доношенного срока ($\chi^2=2,9$; $p<0,05$), по сравнению с соответствующим показателем у женщин с ранней преэклампсией. Повторнородящих в группе женщин с ранней преэклампсией было статистически значимо ($\chi^2=4,9$; $p<0,05$) больше, чем в группе с преэклампсией доношенного срока. Установлена относительно сильная обратная связь между паритетом и удельным весом женщин с преэклампсией (нормированное значение коэффициента Пирсона $=0,460$). Возможно, это можно объяснить идентифицированным фактором риска развития преэклампсии – молодой возраст беременной женщины.

Гинекологическое заболевание в анамнезе было отмечено среди обследуемых женщин 1 группы в 7 случаях, женщин 2 группы – в 9 случаях и женщин 3 группы – в 9 случаях, что в процентном отношении составило 11,7%, 8,9%, 11,7% соответственно. Статистически значимых различий частоты гинекологической патологии в анамнезе в зависимости от времени манифестации преэклампсии не обнаружено ($p>0,05$).

Средняя масса тела новорождённых матерей 1 группы ($n=60$) составила $2100,9 \pm 131,4$ г, новорождённых женщин 2 группы ($n=101$) – $2443,8 \pm 58,7$ г, новорождённых 3 группы ($n=79$) – $3071,0 \pm 69,5$ г. Установлено статистически значимое снижение массы тела новорождённых 1-й группы, по сравнению с группами 2 ($t=2,4$; $p<0,05$) и 3 ($t=12$; $p<0,001$), а также

статистически значимые различия между группами 2 и 3 ($t=6,8$; $p<0,05$).

Средний рост новорождённых матерей 1 группы составил $42,4\pm 1,2$ см, 2 группы – $46,2\pm 0,7$ см, 3 группы – $50,3\pm 0,5$ см, что также имело статистически значимые различия ($t_{1-2}=2,8$; $p<0,05$; $t_{1-3}=7,9$; $p<0,001$; $t_{2-3}=9,9$; $p<0,001$). Полученные

статистически значимые отличия показателей средней массы тела и среднего роста новорождённых в группах изученных женщин объясняется различными сроками родоразрешения.

Распределение по массе тела новорождённых обследованных женщин представлено в таблице 1.

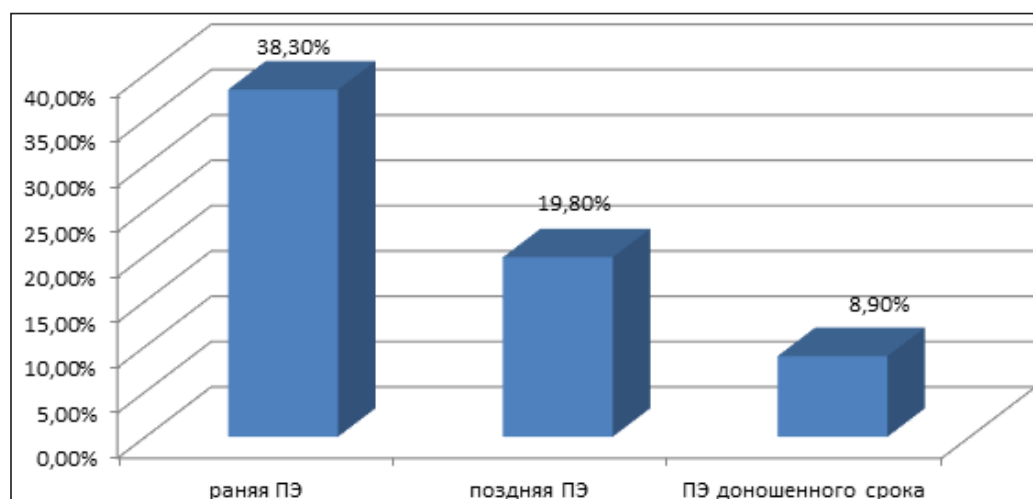
Таблица 1

Распределение массы новорождённых в группах обследованных женщин

Масса, г	Группа		
	1 (n=60)	2 (n=101)	3 (n=79)
500 - 1000	7 (6,6%)	0	0
1000 - 1500	11 (18,3%)	3 (2,9%)	0
1500 - 2000	12 (20%)	25 (24,8%)	2 (2,5%)
2000 - 2500	30 (50%)	25 (24,8%)	7 (8,9%)
2500 - 3000	0	31 (30,7%)	24 (30,4%)
Больше 3000	0	17 (16,8%)	46 (58,2%)

Необходимо отметить, что среди новорождённых у женщин с ранней преэклампсией 30 младенцев имели массу тела более 2000 г. Матерям этих детей диагноз «ранняя преэклампсия» был установлен в сроках гестации после 34 недель и родоразрешение произведено в более поздние сроки беременности. В целом, частота новорождённых с СЗРП составила 38,3% (23 новорождённых) в группе женщин с ранним началом преэклампсии, 19,8% (20 новорождённых) – в группе женщин с поздней преэклампси-

ей и 8,9% (7 новорождённых) - в группе женщин с преэклампсией доношенного срока. При этом ультразвуковым методом во время беременности женщинам с ранней преэклампсией СЗРП был диагностирован в 9 случаях из 35 ультразвуковых исследований, что составило 25,7%. Установлено статистически значимое увеличение частоты СЗР новорождённых у женщин 1 группы, по сравнению с соответствующим показателем в группах 2 (χ^2 с поправкой Йейтса=5,691; $p<0,05$) и 3 (χ^2 с поправкой Йейтса=15,804; $p<0,001$) (рис.).



Частота синдрома задержки роста новорождённых матерей с различным сроком реализации преэклампсии

Сравнительный анализ показателей по шкале Апгар выявил достоверное снижение средних оценок новорождённых первой группы как на первой, так и на пятой минутах жизни, по сравнению с аналогичными показателями во второй и третьей группах ($p < 0,05$) (табл. 2).

При изучении структуры ранней неонатальной заболеваемости выявлено преобладание дыхательной недостаточности, частота которой варьировала от 7,6% до

27,6%. При этом установлено статистически значимое повышение частоты респираторных нарушений у новорождённых первой и второй групп, по сравнению с третьей группой (χ^2 с поправкой Йейтса=7,934; $p < 0,001$). В асфиксии различной степени родились 9 новорождённых у матерей с преэклампсией ранних сроков, 2 новорождённых с преэклампсией позднего срока и 1 новорожденный с преэклампсией доношенного срока.

Таблица 2

Балльные оценки состояния новорождённых по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах

Группа	1 (n=60)		2 (n=101)		3 (n=79)	
Шкала Апгар, балл	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин
9	0	0	0	0	0	3 (3,8%)
8	8 (13,3%)	17 (28,3%)	12 (11,9%)	48 (47,5%)	26 (32,9%)	53 (67,1%)
7	14 (23,3%)	18 (30%)	64 (63,3%)	43 (42,6%)	36 (45,4%)	19 (24,1%)
6	13 (21,7%)	9 (15%)	14 (13,9%)	4 (4%)	13 (16,4%)	2 (2,5%)
5	8 (13,3%)	2 (3,3%)	4 (4%)	5 (4,9%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)
4	3 (5%)	2 (3,3%)	3 (3%)	1(1%)	1 (1,3%)	0
3	2 (3,3%)	3 (5%)	3 (3%)	0	0	1 (1,3%)
2	4 (6,7%)	1 (1,7%)	1 (1%)	0	1 (1,3%)	0
1	3 (5%)	0	0	0	0	0
0	5 (8,3%)	0	0	0	0	0

Таблица 3

Заболеваемость новорождённых у матерей с различным сроком реализации преэклампсии

Показатель	Группа			p
	1 (n=60)	2 (n=101)	3 (n=79)	
Дыхательная недостаточность	16 (26,7%)	23 (22,7%)	6 (7,6%)	$p1-p2 < 0,05$ $p1-p3 < 0,05$ $p2-p3 < 0,05$
Асфиксия	9 (15%)	2 (1,98%)	1 (1,3%)	$p1-p2 < 0,05$ $p1-p3 < 0,05$ $p2-p3 < 0,05$
Кровоизлияние в мозг	16 (26,7%)	9 (8,9%)	3 (3,8%)	$p1-p2 < 0,05$ $p1-p3 < 0,05$ $p2-p3 < 0,05$

Примечание: $p1-p2 < 0,05$ - статистически значимые различия между группой 1 и группой 2; $p1-p3 < 0,05$ - статистически значимые различия между группой 1 и группой 3; $p2-p3 < 0,05$ - статистически значимые различия между группой 2 и группой 3 при сравнении по χ^2 с поправкой Йейтса

Установлена обратная связь средней силы между воздействием фактора срок реализации преэклампсии и частота асфиксии новорождённых (нормированный коэффициент Пирсона = 0,342). Выявлено статистически значимое увеличение частоты травм головного мозга новорождённых в группе матерей с ранней преэклампсией, по сравнению

с поздней ПЭ и ПЭ доношенного срока (χ^2 с поправкой Йейтса = 7,774; 13,237; $p < 0,05$, $p < 0,001$) (табл. 3).

Всего зарегистрировано 17 случаев перинатальной смертности. Распределение случаев перинатальной смертности в зависимости от времени гибели плода и новорождённого и сроков реализации преэклампсии представлено в таблице 4.

Таблица 4

**Перинатальная смертность
при различных сроках реализации преэклампсии**

Показатель	Группа			P
	1 (n=60)	2 (n=101)	3 (n=79)	
Аntenатально	4 (6,7%)	1 (0,99%)	0	$p1-p2 > 0,05$
Инtranатально	1 (1,7%)	1 (0,99%)	0	$p1-p2 > 0,05$
PHC	9 (15%)	1 (0,99%)	0	$p1-p2 < 0,05$

Примечание: $p1-p2 < 0,05$ - статистически значимые различия между группой 1 и группой 2; $p1-p3 < 0,05$ - статистически значимые различия между группой 1 и группой 3; $p2-p3 < 0,05$ - статистически значимые различия между группой 2 и группой 3 при сравнении по χ^2 с поправкой Йейтса

Статистически значимых различий в показателях антенатальной и интранатальной гибели плодов в группах обследованных женщин не установлено ($p > 0,05$). Выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение частоты PHC в группе женщин с ранней преэклампсией, по сравнению с соответствующим показателем в группе женщин с поздней преэклампсией (χ^2 с поправкой Йейтса = 10,391).

Анализ коморбидного фона у пациенток с ранней преэклампсией выявил универсальное сочетание гинекологической и экстрагенитальной патологии, при этом частые ОРВИ в анамнезе отмечались у 100% обследованных. Среди гинекологических заболеваний, сочетавшихся с патологией почек, документированы эндометрит (8 случаев) и бесплодие (9 случаев). Сочетание хронической гипертензии с перенесенными в анамнезе воспалительными заболеваниями гениталий отмечено в 5 случаях. Поликистоз яичников имел сочетание с йоддефицитным состоянием. По-ви-

димому, у женщин с перенесенными гинекологическими заболеваниями происходят нарушения плацентарной имплантации, что способствует в последующем развитию преэклампсии ввиду прогрессирования дисфункции эндотелия в сосудах плаценты и в последующем - во всех сосудах материнского организма. Также играет роль кумулятивный эффект сочетания отягощенного гинекологического анамнеза с экстрагенитальной патологией.

Заключение

Таким образом, перинатальные исходы зависят от сроков реализации преэклампсии и основной вклад в неблагоприятные показатели перинатальных исходов вносят ранние преэклампсии, что подтверждается статистически значимыми изменениями показателей: увеличение частоты СЗРП, частоты дыхательной недостаточности, травм головного мозга новорождённых у матерей с ранней преэклампсией, по сравнению с соответствующими показателями в группах женщин с преэклампсией более

поздних сроков. Установлена обратная связь между воздействием фактора «срок реализации преэклампсии» и частотой асфиксии новорождённых. В раннем неонатальном возрасте дети матерей с ранней преэклампсией умирают чаще,

чем у матерей других сроков реализации преэклампсии.

Полученные результаты определяют необходимость разработки особых подходов ведения женщин с ранней преэклампсией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нургалиева А.Н., Нургалиева Г.Т., Кадыргазина М.К. и др. Ранняя и поздняя преэклампсия: материнские, перинатальные исходы и патоморфологические изменения плаценты // Наука и здравоохранение. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 40-48.
2. Хлестова Г.В., Карапетян А.О., Шакая М.Н. и др. Материнские и перинатальные исходы при ранней и поздней преэклампсии // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 6. – С. 41-47.
3. Melchiorre K., Giorgione V., Thilaganathan B. The placenta and preeclampsia: villain or victim? // American journal of obstetrics and gynecology. – 2022. – Vol. 2S (226). – P. S954-S962.
4. Nirupama R., Divyashree S., Janhavi P. at all. Preeclampsia: Pathophysiology and management // Journal of gynecology obstetrics and

human reproduction. – 2021. – Vol. 2 (50). – P. 101975.

5. Roberts J.M., Rich-Edwards J.W., McElrath T.F. at all. Subtypes of Preeclampsia: Recognition and Determining Clinical Usefulness // Hypertension (Dallas, Tex.: 1979). – 2021. – Vol. 5 (77). – P. 1430-1441.

6. Teka H., Yemane A., Abraha H.E. at all. Clinical presentation, maternal-fetal, and neonatal outcomes of early-onset versus late onset preeclampsia-eclampsia syndrome in a teaching hospital in a low-resource setting: A retrospective cohort study // PloS one. – 2023. – Vol. 2 (18). – E. 0281952.

Сведения об авторе:

Мадинаи Киемиддинзода – Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии; тел.: (+992) 904020215; e-mail: madina9_90@mail.ru

УДК 614.2:618

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ГОРОДА КУЛЯБА В ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

¹Мухамадиева С.М., ¹Юнусова Д.З.,

²Муминова Ш.Т., ³Гадоева Х.С.

¹Кафедра акушерства и гинекологии № 1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

³Перинатальный центр, г. Куляб

Цель исследования. Изучить деятельность областного перинатального центра г. Куляба по доступности и качеству оказания перинатальной помощи в регионе.

Материал и методы. Исследованы женщины репродуктивного возраста Хатлонской области, получавшие медицинские услуги в перинатальном центре г. Куляба в 2019-2024 годах.

Проведен ретроспективный анализ годовых отчетов ПЦ г. Куляба за 2019-2024 годы. Индикаторы, характеризующие деятельность учреждения по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам: динамика госпитализированных беременных и рожениц из центров репродуктивного здоровья, частота поступивших женщин высокого риска и с критическими состояниями, перинатальная смертность, количество направлений/перенаправлений беременных и рожениц из курируемых районов.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют об эффективности учреждения как стационара третьего уровня, обеспечивающего равный и справедливый доступ к квалифицированной акушерско-гинекологической помощи для сельского населения региона. Вместе с тем, выявлены недостатки в системе антенатального ухода и послеродового наблюдения, оказавшие влияние на количественные и качественные показатели деятельности стационара. Представленные результаты подчеркивают необходимость совершенствования профилактических и реабилитационных мероприятий в системе перинатальной помощи.

Заключение. Резервами повышения качества оказания квалифицированной медицинской помощи в ПЦ являются: активное внедрение медико-экономических клинических протоколов, стандартов и современных репродуктивных технологий, систематическое проведение аудита качества акушерско-неонатальной помощи, оптимизация ресурсной обеспеченности центра, повышение квалификации и коммуникативных навыков медицинских работников путем внедрения элементов непрерывного обучения специалистов родовспомогательных учреждений по вопросам неотложной акушерской помощи.

Ключевые слова: перинатальный центр, преждевременные роды, кровотечение, преэклампсия, кесарево сечение, перинатальная смертность, качество услуг

САМАРАНОКИИ МАРКАЗИ ПЕРИНАТАЛИИ ШАҲРИ КҶҶОБ ДАР ДАСТРАСҶ ВА СИФАТИ ЁРИИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ВИЛОЯТ

¹Мухамадиева С.М., ¹Юнусова Д.З.,

²Муминова Ш.Т., ³Гадоева Х.С.

¹Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 ба номи профессор Е.Н. Нарзуллоева Муассисаи давлатии таълимии "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон"

²Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» ВТҶИАҶТ

³Маркази перинаталии, ш.Кӯлоб

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши фаъолияти маркази вилоятии перинаталӣ дар шаҳри Кӯлоб дар самти таъмини дастрасӣ ва сифати ёрии перинаталӣ дар минтақа.

Мавод ва усулҳо. Занони синни репродуктивӣ дар вилояти Хатлон, ки солҳои 2019-2024 дар маркази перинаталӣ шаҳри Кӯлоб хизматрасонии тиббӣ гирифтаанд.

Таҳлили ретроспективии ҳисоботи солонаи Маркази ҳуқуқи башари шаҳри Кӯлоб барои солҳои 2019-2024. Нишондиҳандаҳо, ки фаъолияти муассисае, ки ба занони ҳомила, занони ҳомила ва таваллуди кӯдак ёрии тиббӣ мерасонанд: динамикаи занони ҳомила ва ширдеҳ аз марказҳои солимии репродуктивӣ дар беморхона бистарӣ шудан, басомади қабули занони хатари баланд ва занони дорои шароити вазнин, фавти перинаталӣ, шумораи муроҷиатҳо/равонҳои занони ҳомиладор ва ҳомила аз минтақаҳои зери назорат гирифташуда.

Натиҷаҳо. Бозефтҳо аз самаранокии муассиса ҳамчун статсионари сатҳи сеюм шаҳодат медиҳанд, ки дастрасии баробар ва одилона ба кӯмаки тахассусии акушерӣ ва гинекологиро барои аҳолии деҳоти минтақа таъмин мекунад. Дар баробари ин, камбудии дар системаи нигоҳубини антенаталӣ ва назорати нас аз таваллуд ошкор карда шуданд, ки ба нишондиҳандаҳои миқдорӣ ва сифатии фаъолияти статсионар таъсир расонданд. Натиҷаҳои пешниҳодшуда зарурати такмил додани чораҳои пешгирикунанда ва барқарорсозӣ дар системаи нигоҳубини перинаталӣ таъкид мекунанд.

Хулоса. Захираҳои баланд бардоштани сифати ёрии тиббии тахассусӣ дар компютер инҳоянд: фаъолона таъбиқ намудани протоколҳои клиникии тиббӣ, стандартҳо ва технологияҳои муосири репродуктивӣ; аудити мунтазами сифати кӯмаки акушерӣ ва неонаталӣ, оптимизатсияи таъминоти захиравии марказ, баланд бардоштани тахассус ва малакаи муоширати кормандони тиб таваассути ӯро намудани унсурҳои таълими пайвастаи мутахассисони муассисаҳои таваллудхона оид ба масъалаҳои ёрии таъхилии акушерӣ.

Калимаҳои асосӣ: маркази перинаталӣ, таваллуди бармаҳал, хунравӣ, преэклампсия, ҷарроҳии ҷарроҳӣ, фавти перинаталӣ, сифати хизматрасонӣ

THE EFFECTIVENESS OF THE PERINATAL CENTER OF THE CITY OF KULYAB IN THE AVAILABILITY AND QUALITY OF PERINATAL CARE IN THE REGION

¹Mukhamadiyeva S.M., ¹Yunusova D.Z.,

²Muminova Sh.T., ³Gadoeva H.C.

¹Department of Obstetrics and Gynecology No 1 named after Professor E.N. Narzullaeva of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

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

³Perinatal Center Kulyab city

Aim. to study the activities of the regional perinatal center in Kulyab in providing accessibility and quality of perinatal care in the region.

Material and methods. Самаранокии маркази перинаталӣ шаҳри Кӯлоб дар дастрасӣ ва сифати ёрии перинаталӣ дар вилоят. Women of reproductive age in the Khatlon region who received medical services at the perinatal center in Kulyab in 2019-2024.

Retrospective analysis of annual reports of the Kulyab City Health Center for 2019-2024. Indicators characterizing the activities of the institution in providing medical care to pregnant women, women in labor and women in labor: dynamics of hospitalized pregnant and parturient women from reproductive health centers, frequency of admitted high-risk women and women with critical conditions, perinatal mortality, number of referrals/referrals of pregnant and parturient women from supervised areas.

Results. The data obtained indicate the effectiveness of the institution as a third-level hospital, providing equal and fair access to qualified obstetric and gynecological care for the rural population of the region. At the same time, shortcomings in the system of antenatal care and postnatal observation were identified, which affected the quantitative and qualitative indicators of the hospital's activities. The presented results emphasize the need to improve preventive and rehabilitation measures in the perinatal care system.

Conclusion. *The reserves for improving the quality of qualified medical care in the PC are: active implementation of medical and economic clinical protocols, standards and modern reproductive technologies, systematic audit of the quality of obstetric and neonatal care, optimization of the resource provision of the center, improvement of the qualifications and communication skills of medical workers by introducing elements of continuous training of specialists of maternity institutions on issues of emergency obstetric care.*

Key words: *perinatal center, premature birth, bleeding, preeclampsia, cesarean section, perinatal mortality, quality of services*

Актуальность

В Республике Таджикистан охрана материнства и детства является приоритетным направлением государственной политики и рассматривается как ключевая гарантия успешной реализации социальных и экономических реформ [7]. В этой связи одной из важнейших задач службы родовспоможения выступает совершенствование организации и качества медицинских услуг, с чем напрямую связывают снижение показателей материнской и младенческой смертности в стране [8]. Ключевая роль в достижении этих целей отводится перинатальным центрам (ПЦ). Большинство научных исследований посвящено международному опыту территориального размещения ПЦ с учетом объемов предоставляемой помощи и транспортной доступности, а также оценке их социальной эффективности [1, 2, 3, 4, 5]. На сегодняшний день накоплен значительный опыт внедрения медико-организационных инноваций в работу перинатальных центров в различных регионах, в том числе при ведении случаев крайне ранних преждевременных родов [2, 3, 9].

В Таджикистане проводится последовательная реорганизация акушерской и перинатальной помощи, включающая развитие инфраструктуры - создание необходимого количества высокотехнологичных акушерских и неонатальных коек, а также совершенствование трехуровневой системы оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Эти меры являются научно обоснованными и необходимыми для дальнейшего снижения показателей материнской и младенческой смертно-

сти. Однако вопросы оптимизации организации работы на территориальном уровне остаются недостаточно изученными [6].

В рамках реализации мероприятий по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в 2019 году на базе многопрофильной областной больницы имени А. Хакназарова был открыт ПЦ города Куляб. Он начал функционировать как ведущий центр третьего уровня в системе родовспоможения Хатлонской области (Приказ МЗиСЗНРТ № 609 от 16.08.2019 г.).

В настоящее время актуализировалась необходимость научного анализа эффективности деятельности данного учреждения и оценки качества предоставляемой им медицинской помощи в региональном контексте.

Материал и методы исследования

Объект исследования служили женщины репродуктивного возраста Хатлонской области, получавшие медицинские услуги в ПЦ г. Куляба в 2019-2024 годах.

Проведён аналитический, медико-статистический, ретроспективный анализ годовых отчетов ПЦ г. Куляба за 2019-2024 годы. Индикаторы, характеризующие деятельность учреждения по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам: динамика госпитализированных беременных и рожениц из центров репродуктивного здоровья региона, частота поступивших женщин высокого риска и с критическими состояниями, перинатальная смертность, количество направлений/перенаправлений беременных и рожениц из курируемых районов.

Статистическая обработка материала выполнена с помощью программы Statistica 10.0 (StatSoft,USA) в виде абсолютных значений и их процентного соотношения. Статистическая значимость различия (p) показателей между годами определялась по Q-критерию Кохрена, между показателями – по значимости линейной регрессии(p).

Результаты и их обсуждение

Об эффективности деятельности областного ПЦ г. Куляба свидетельствует устойчивый рост статистических

показателей по всем параметрам, обусловленный увеличением количества госпитализаций за счет перераспределения потоков пациентов, увеличением потребности в услугах медицинской помощи в регионе. За анализируемый период количество поступивших женщин увеличилось почти в 1,5 раза (с 7123 до 10562) ($p<0,01$).

При этом количество поступлений в отделение патологии беременных увеличилось в 1,4 раза, в родильное отделение – в 1,7 раза ($p<0,001$) (рис. 1).

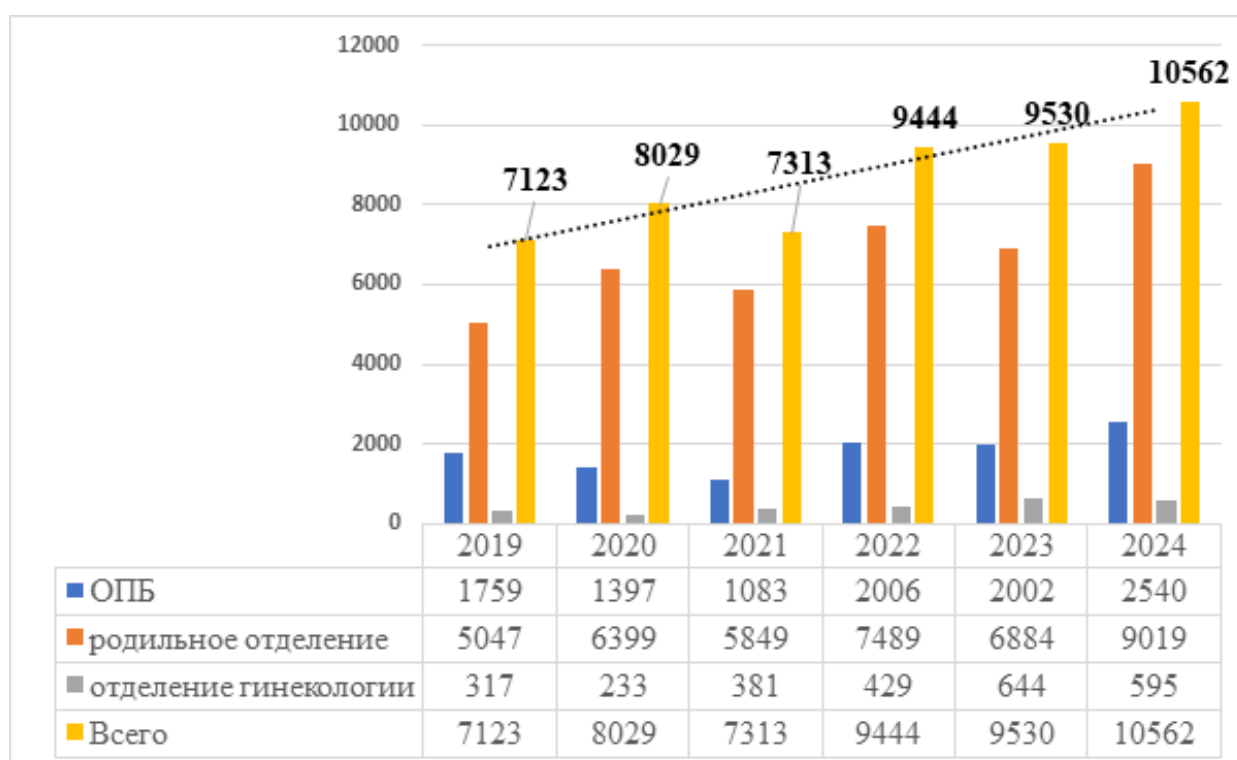


Рис. 1. Динамика обращаемости женщин за медицинской помощью в ПЦ г. Куляба, %

За анализируемый период активизировалась оперативная гинекологическая активность центра – поступление больных в гинекологическое отделение увеличилось почти в 2 раза. Статистическая значимость различия показателей между годами (по Q-критерию Кохрена составляет $p<0,01$).

Анализ показал, что в течение пяти лет изменились показатели, характеризующие госпитализированных женщин высокого риска (табл.).

Так, статистически значимо в 1,3 раза уменьшился удельный вес родов в под-

ростковом периоде, в 2,8 раза - в позднем репродуктивном возрасте, в 2 раза – дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО); увеличилась частота преждевременных родов (ПР).

Об активизации деятельности ПЦ свидетельствуют данные об увеличении числа госпитализированных женщин с критическими акушерскими состояниями. Лидирующими акушерскими осложнениями при госпитализации в ПЦ являются ТП и АК. За анализируемый период почти в 2 раза увеличился удель-

ный вес тяжелой преэклампсии (ТП) (с 5046;116/2,3 до 7425;339/4,5% соответственно) ($p<0,05$). В то же время, в 3 раза уменьшился удельный вес эклампсии (с 15/0,3 до 9/0,1% соответственно) ($p<0,05$), в 2,5 раза увеличилось количество по-

ступивших женщин с HELLP-синдром (от 2/0,04 до 5/0,06% соответственно) ($p>0,05$). За анализируемый период в 1,5 раза сократилась величина АК (с 5047; 218/4,3% до 7425; 206/2,7% соответственно) ($p<0,05$).

Динамика госпитализированных беременных и рожениц высокого риска в ПЦ г. Куляба (2020 - 2024 гг.)

Нозология	Год					p
	2020 (n=6399)	2021 (n=5849)	2022 (n=7489)	2023 (n=6884)	2024 (n=7425)	
Роды в подростковом периоде (18-19 лет)	598 (9,3%)	756 (12,9%)	549 (7,3%)	317 (4,6%)	506 (6,8%)	<0,05
Роды в позднем возрасте (> 35 лет)	552 (8,6%)	396 (6,8%)	182 (2,4%)	147 (2,1%)	223 (3,0%)	<0,05
ДРПО	1183 (18,5%)	979 (16,7%)	454 (6,1%)	640 (9,2%)	686 (9,2%)	<0,05
Преждевременные роды	449 (7,0%)	406 (6,9%)	488 (6,5%)	420 (6,1%)	640 (8,6%)	>0,05
Крупный плод	506 (7,9%)	455 (7,8%)	327 (4,4%)	458 (6,6%)	490 (6,5%)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки динамики изменения числа госпитализированных женщин высокого риска

В структуре АК лидирующим осложнением является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), частота которой за анализируемый период незначительно снизилась (с

218;165/75,6% до 206/71,0%) ($p>0,05$). В то же время в 1,7 раза сократился удельный вес женщин с предлежанием плаценты (ПП) (с 218; 30/13,7% до 206;16/7,7% соответственно) ($p<0,05$) (рис. 2).

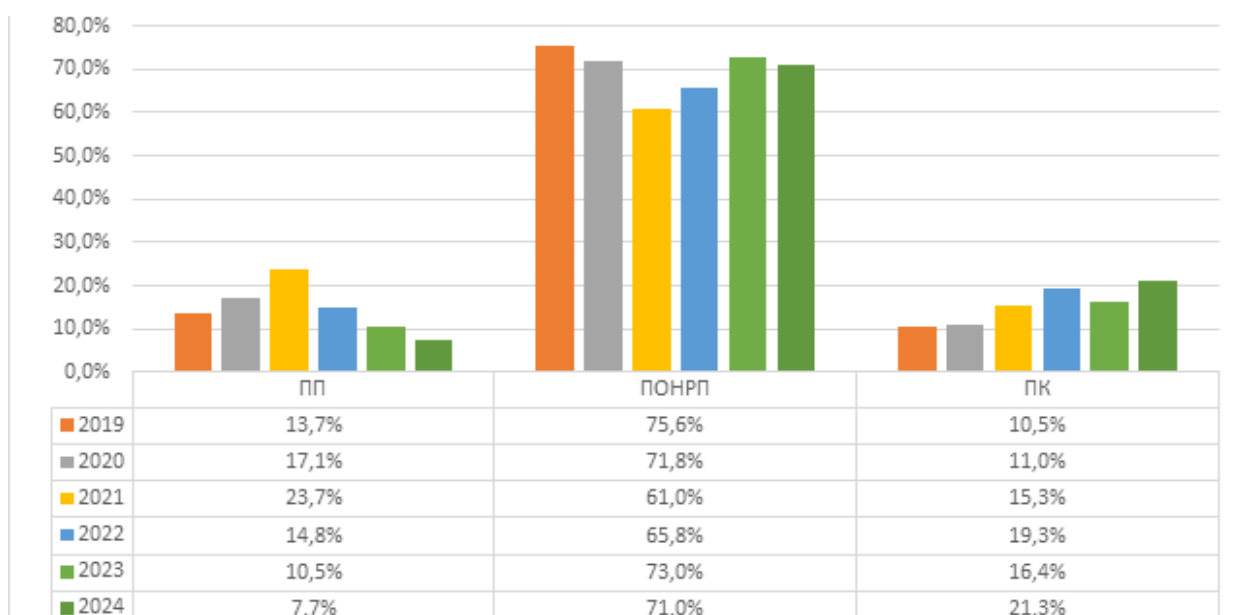


Рис. 2. Структура акушерских кровотечений за период деятельности перинатального Центра г. Куляба (2019-2024 гг.), %

Серьёзной проблемой остаются после-родовые кровотечения (ПК), удельный вес которых возрос за анализируемый период в 2 раза (с 218; 23/10,5% до 206; 44/21,3% соответственно) ($p < 0,05$).

Об улучшении качества медицинских услуг свидетельствует факт, что за анализируемый период количество женщин с массивными акушерскими кровотечениями (>1000 мл) уменьшилось в 1,5 раза (с 19/8,7% до 12/5,8% соответственно) ($p < 0,05$). В то же время, в 5,8 раза уменьшилась частота геморрагического шока (с 38/17,4% до 6/3,0% соответственно) ($p < 0,05$).

За годы рассматриваемого периода частота операций КС увеличилась с 2019

до 2024 годы с 1204/23,8% до 1945/26,1% соответственно ($p > 0,005$).

Анализ перинатальных исходов показал увеличение доли живорождений по отношению к общему числу родов - с 4752/94,1% до 7379/99,3%, однако данное изменение не достигло статистической значимости ($p > 0,05$). Согласно данным медицинской документации, показатель перинатальной смертности (ПС) за анализируемый период снизился в 1,6 раза - с 295 случаев (6,2%) до 284 случаев (3,8%), что является статистически достоверным ($p < 0,05$). В структуре перинатальной смертности продолжает преобладать антенатальная гибель плода, доля которой увеличилась с 147 случаев (49,8%) до 161 случая (56,2%) (рис. 3).

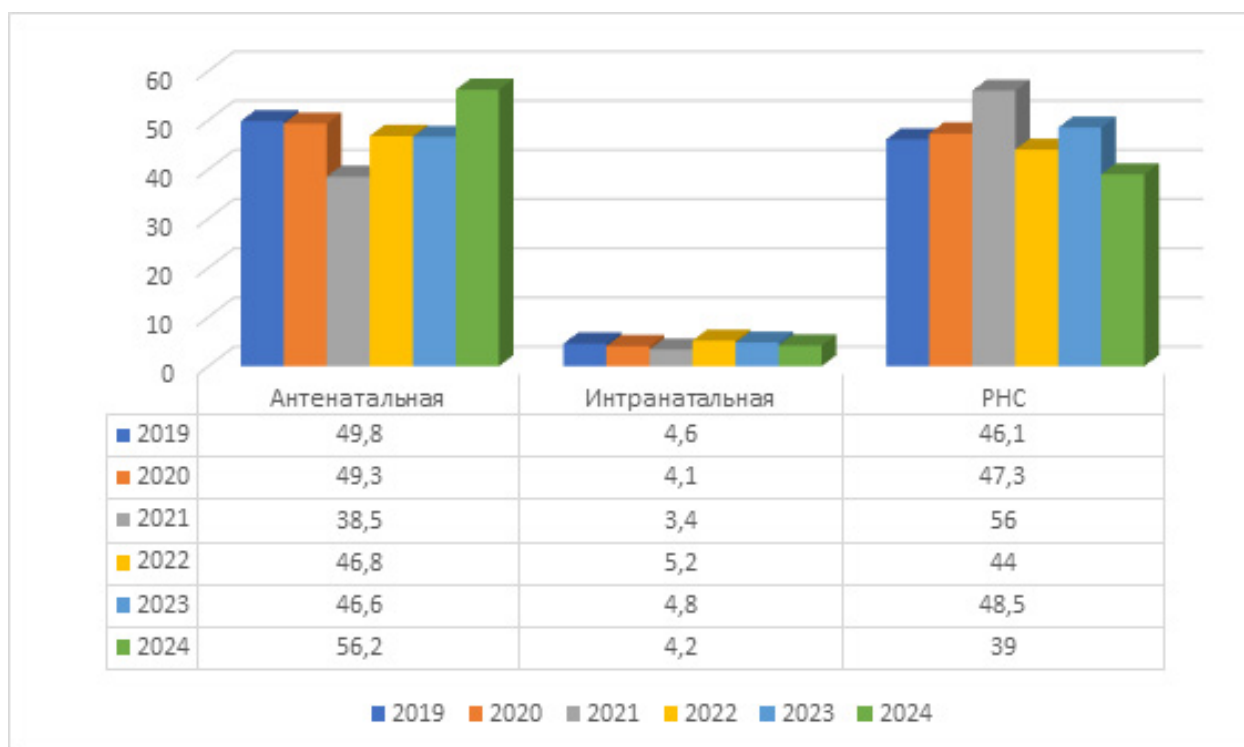


Рис. 3. Структура перинатальной смертности в ПЦ г. Куляба (2019-2024 гг.), %

В то же время наметилась тенденция снижения удельного веса интранатальной гибели плода (с 12/4,6% до 12/4,2% соответственно) и ранней неонатальной смертности (РНС) (с 136/46,1% до 111/39,0% соответственно) ($p > 0,05$).

О проводимых широкомасштабных мероприятиях по улучшению перинатальной помощи в Хатлонской области

свидетельствует активизация учреждений ПМСП в отношении перинатальных направлений.

Установлено, что за анализируемый период улучшилось перенаправление беременных, рожениц и родильниц из стационаров 1 и 2 уровней в ПЦ, являющийся в регионе учреждением третьего уровня (рис. 4).

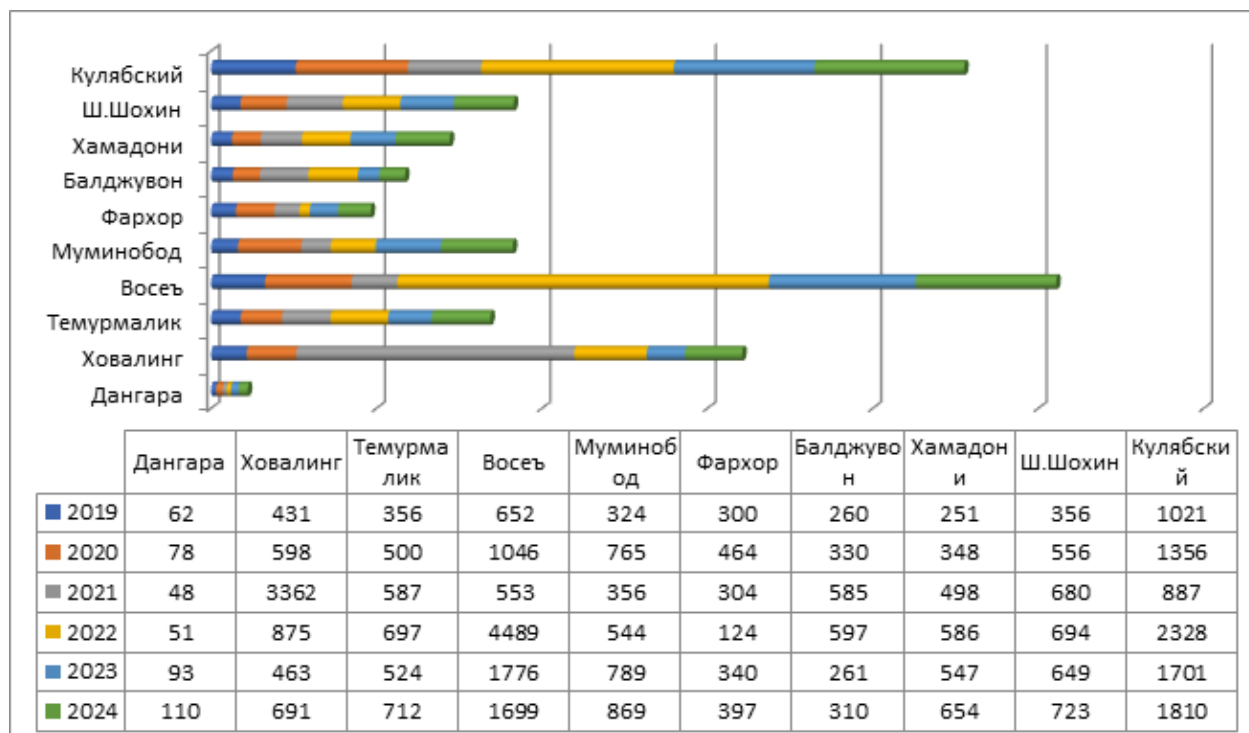


Рис. 4. Динамика перенаправлений пациенток высокого риска в ПЦ г. Куляба (2019-2023 гг.), абс.

Установлено, что с момента начала функционирования перинатального центра (ПЦ) количество направленных женщин из районов Восеъ, Муминобод и Хамадони увеличилось в 2,6 раза; из районов Темурмалик и Шамсиддин Шохин - в 2 раза; из Дангаринского и Кулябского районов - в 1,7 раза; из Ховалинга - в 1,6 раза.

Активизация системы направлений и перенаправлений из указанных районов связана с рядом мероприятий, направленных на усиление кураторства, проведением аудита критических случаев, внедрением элементов непрерывного профессионального образования по вопросам неотложных акушерских состояний, а также с интеграцией в клиническую практику национальных стандартов и клинических протоколов по основным акушерским патологиям на базе ПЦ г.

Куляба (Приказ МЗиСЗНРТ от 24.08.2022 г. № 624).

Заключение

Резервами повышения качества оказания квалифицированной медицинской помощи в ПЦ являются: активное внедрение медико-экономических клинических протоколов, стандартов и современных репродуктивных технологий, систематическое проведение аудита качества акушерско-неонатальной помощи, оптимизация ресурсной обеспеченности центра, повышение квалификации и коммуникативных навыков медицинских работников путем внедрения элементов непрерывного обучения специалистов родовспомогательных учреждений по вопросам НАП.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнянц А.Г., Овчинникова М.Б. Организация акушерской помощи с применением телемедицинских технологий на

территориях с низкой плотностью населения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2022. - № 4. - С. 378-390.

2. Бодыков Г.Ж. Концепции совершенствования перинатальной помощи в современном мире // Бюллетень науки и практики. - 2021. - Т. 7 (10). - С. 203-213.

3. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Юрьев В.К., Харбедиа Ш.Д., Кулемин Е.С. Оценка организации медицинской помощи новорожденным в условиях федерального перинатального центра // Электронный научный журнал Социальные аспекты здоровья населения / Social aspects of Population Health. - 2020. - Т. 66 (2). - С. 1-26.

4. Калининская А.А., Бакирова Э.А., Кизеев М. и др. Проблемы здравоохранения села, состояние и перспективы развития // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2022. - Т. 30 (6). - С. 1224-1229.

5. Курбанисмаилов Р.Б., Наркевич А.Н., Виноградов К.А. Динамика показателей, характеризующих трехуровневую систему оказания акушерской и перинатальной помощи в Красноярском крае // Сибирское медицинское образование. - 2019. - № 3. - С.112-113.

6. Порядок оказания медицинской помощи в период беременности, родов и после родов в организации здравоохранения. - Постановление Правительства РТ от 20.12. 2021 года № 545. - Душанбе, 2021. - 12 с.

7. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года. - Постановление Правительства РТ № 414 от 30 сентября 2021 г.

8. World Health Organization. Health statistics and information systems: maternal mortality

ratio. - 2019. Available at: [<https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>]. Accessed April 29, 2019.

9. Rahman A., Friberg I.K., Dolphyne A., Fjeldheim I. An Electronic Registry for Improving the Quality of Antenatal Care in Rural Bangladesh (eRegMat): Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial // JMIR Res Protoc. - 2021. - Vol. 10 | (Iss. 7). - e26918 - P. 1-14.

Сведения об авторах:

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна – профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н., профессор; тел.: (+992) 939999128, e-mail: saohon@mail.ru

Юнусова Дилрабо Зокирджоновна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; тел.: (+992) 931808191; e-mail: yunusova_dilrabo@mail.ru

Муминова Шаходат Табаровна – зам. директора по научной работе ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», к.м.н.; тел.: (+992) 918691668; e-mail: sh.tabarovna@mail.ru

Гадоева Халима Сайвалиевна – директор областного Перинатального центра г. Куляба; тел.: (+992) 901005152; e-mail: Halima_rofieva@mail.ru

УДК 618.19-006.55:616-08

РАННИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

¹Мухамадиева С.М., ¹Хайридинова Дж.А.,
²Абдурахимова З.Т., ³Гульбекова З.К.

¹Кафедра акушерства и гинекологии № 1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

³ГУ «Городской центр здоровья № 13»

Цель исследования. Определить ранние диагностические критерии доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с гинекологической патологией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 390 женщин (17–60 лет), распределённых на три группы: с доброкачественными заболеваниями молочных желёз на фоне гинекологической патологии (n=150), с пролиферативной мастопатией (n=90) и контрольная группа - с гинекологическими заболеваниями без мастопатий (n=150).

Оценивались анамнез, эндокринный статус (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, пролактин, ТТГ), ультразвуковое исследование молочных желёз, психоэмоциональное состояние (алекситимия, стресс).

Результаты. Наибольшая частота доброкачественных заболеваний молочных желёз и пролиферативной мастопатии отмечена среди женщин 41–60 лет. Пациентки с доброкачественными заболеваниями молочных желёз и пролиферативной мастопатией характеризовались высокой частотой экстрагенитальных заболеваний, в частности эндокринных (заболевания щитовидной железы, нарушения менструального цикла) и гинекологических (миома матки, эндометриоз). Выявлена значимая связь между доброкачественными заболеваниями молочных желёз и гинекологической патологией ($r=+0,8$). Часто отмечались психоэмоциональные расстройства, в том числе алекситимия и повышенный уровень стрессогенных факторов. Гормональные изменения включали повышение ЛГ, СТГ, кортизола, а также дисбаланс половых гормонов, особенно у женщин с мастопатией. Ультразвуковая диагностика выявляла диффузные изменения молочных желёз у большинства пациенток с гинекологической патологией.

Заключение. Результаты подтверждают тесную взаимосвязь доброкачественных заболеваний молочных желёз с гинекологической патологией, эндокринными нарушениями и психоэмоциональными факторами. Повышение уровней ЛГ, СТГ, кортизола, наличие алекситимии и стрессогенных факторов являются ранними диагностическими критериями мастопатии. Для эффективного обследования и лечения пациенток требуется комплексный мультидисциплинарный подход.

Ключевые слова: доброкачественные заболевания молочных желёз, пролиферативная мастопатия, гинекологическая патология, эндокринные нарушения, психоэмоциональное состояние, ранняя диагностика

МЕЪЁРХОИ БАРВАКТ ТАШХИСИ БЕМОРИХОИ ХУБИ СИНА ДАР ЗАНОНИ ДОРОИ ПАТОЛОГИИ ГИНЕКОЛОГИ

¹Мухамадиева С.М., ¹Хайридинова Ҷ.А.,
²Абдурахимова З.Т., ³Гулбекова З.К.

¹Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 ба номи профессор Е.Н. Нарзуллоева МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

²Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

³Маркази Саломатии Шаҳри № 13

Мақсади тадқиқот. Барои муайян кардани меъёрҳои таъхиси барвақтии бемориҳои беҳи сина дар занони гирифтори патологияи гинекологӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар тадқиқот 390 зан (17-60 сола), ки ба се гурӯҳ тақсим шудаанд, ҷалб карда шуданд: бемориҳои хуби сина дар заминаи патологияи гинекологӣ ($n=150$), бо мастопатияи пролиферативӣ ($n=90$) ва гурӯҳи назоратӣ бо бемориҳои гинекологӣ бе мастопатия ($n=150$). Анамнез, ҳолати эндокринӣ (гормони лютеинизатсиякунанда, гормони ҳавасмандкунандаи сипаршакл, гормонҳои ҳавасмандкунандаи фолликул, эстрадиол, пролактин), таъхиси ултрасадои гадудҳои ширӣ ва ҳолати психоэмоционалӣ (алекситимия, стресс) арзёбӣ карда шуд.

Натиҷаҳо. Мизони бештари гирифтӣ ба бемориҳои хуби сина ва мастопатияи пролиферативӣ дар занони 41-60 сола мушоҳида шудааст. Барои беморони гирифтӣ бемориҳои хуби сина ва мастопатияи пролиферативӣ, сатҳи баланди бемориҳои экстрагениталӣ ҳос буд, аз ҷумла эндокринӣ (бемории сипаршакл, вайроншавии ҳайз) ва гинекологӣ (миомаи бачадон, эндометриоз). Муносибати назаррас байни бемориҳои сина ва патологияи гинекологӣ ($r=+0,8$) пайдо шуд. Мушкилоти психоэмоционалӣ, аз ҷумла алекситимия ва баланд шудани сатҳи омилҳои стресс, зуд-зуд мушоҳида мешуданд. Тағироти гормоналӣ афзоиши гормони лютеинизатсиякунанда, гормони ҳавасмандкунандаи сипаршакл, кортизол ва номутавозунии гормонҳои ҷинсӣ, махсусан дар занони гирифтӣ мастопатияро дар бар мегирифт. Таъхиси ултрасадо дар аксари беморони гирифтӣ патологияи гинекологӣ таъйироти паҳншуда дар гадудҳои ширӣ муайян карда шуд.

Хулоса. Натиҷаҳо робитаи зичи байни бемориҳои сина ва патологияи гинекологӣ, ихтилоли эндокринӣ ва омилҳои психоэмоционалӣро тасдиқ мекунанд. Баланд шудани сатҳи гормони лютеинизатсиякунанда, гормони ҳавасмандкунандаи сипаршакл, кортизол, мавҷудияти алекситимия ва омилҳои стресс меъёрҳои таъхиси барвақтии мастопатия мебошанд. Барои муоина ва табобати самарабахши беморон равиши ҳамгирошудаи бисёрсоҳавӣ зарур аст.

Калимаҳои асосӣ: бемориҳои хуби гадудҳои ширӣ, мастопатияи пролиферативӣ, патологияи гинекологӣ, ихтилоли эндокринӣ, ҳолати психоэмоционалӣ, таъхиси барвақтӣ

EARLY DIAGNOSTIC CRITERIA FOR BENIGN BREAST DISEASES IN WOMEN WITH GYNECOLOGICAL PATHOLOGY

¹Mukhamadieva S.M., ¹Khairidinova Dzh.A.,

²Abdurakhimova Z.T., ³Gulbekova Z.K.

¹Department of Obstetrics and Gynecology No 1 named after Professor E.N. Narzullaeva of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

³City Health Center No. 13

Aim. To determine early diagnostic criteria for benign breast diseases in women with gynecological pathology.

Material and methods. The study involved 390 women (17–60 years old), divided into three groups: with benign breast diseases against the background of gynecological pathology ($n=150$), with proliferative mastopathy ($n=90$) and control group with gynecological diseases without mastopathy ($n=150$). Anamnesis, endocrine status (LH, FSH, estradiol, prolactin, TSH), ultrasound examination of the mammary glands, psychoemotional state (alexithymia, stress) were assessed.

Results. The highest incidence of benign breast diseases and proliferative mastopathy was observed in women aged 41–60 years. Patients with benign breast diseases and proliferative mastopathy were characterized by a high incidence of extragenital diseases, in particular endocrine (thyroid diseases, menstrual irregularities) and gynecological (uterine fibroids, endometriosis). A significant relationship was found between benign breast diseases and gynecological pathology ($r=+0.8$). Psychoemotional disorders, including alexithymia and increased levels of stress factors, were frequently noted. Hormonal changes included increased LH, FSH, cortisol, and imbalance of sex hormones, especially in women with mastopathy. Ultrasound diagnostics revealed diffuse changes in the mammary glands in most patients with gynecological pathology.

Conclusions. The results confirm the close relationship between benign breast diseases and gynecological pathology, endocrine disorders and psychoemotional factors. Increased levels of LH, FSH, cortisol, the presence of alexithymia and stress factors are early diagnostic criteria for mastopathy. An integrated multidisciplinary approach is required for effective examination and treatment of patients.

Key words: benign diseases of the mammary glands, proliferative mastopathy, gynecological pathology, endocrine disorders, psychoemotional state, early diagnosis

Актуальность

Рост заболеваемости органов женской репродуктивной системы, включая патологию молочных желёз (МЖ), остаётся актуальной проблемой, поскольку напрямую влияет на здоровье и качество жизни женщин [1, 4, 6]. По данным исследований, заболевания МЖ диагностируются у каждой четвертой женщины в возрасте до 30 лет и у 60% женщин старшего возраста [4]. В последние годы отмечается увеличение числа доброкачественных новообразований МЖ. Однако конкретные факторы риска их развития до конца не определены, поскольку эти заболевания имеют многофакторную природу, связанную с генетическими, соматическими и экологическими факторами [1, 4]. Не все женщины подвержены одинаковому риску; выявлены причины, обуславливающие индивидуальную предрасположенность к данным патологиям [8]. Факторы риска не вызывают заболевание напрямую, но значительно повышают вероятность его возникновения [7]. Анализ предрасполагающих факторов, таких как наследственность, возраст, образ жизни, способствует более ранней диагностике опухолевых процессов и улучшает прогноз лечения [2, 4]. Гормональные нарушения, тесно связанные с репродуктивной функцией, также оказывают значительное влияние на развитие как доброкачественных, так и злокачественных новообразований МЖ [1, 7]. Эффективная диагностика и терапия доброкачественных заболеваний МЖ требует комплексного подхода, с учётом их взаимосвязи с состоянием репродуктивной системы и гормональным фоном [1, 2]. Стресс и эмоциональные перегрузки могут усугублять гормональный дисбаланс, особенно у женщин с сопутствующей гинекологической патологией [3, 8], а хронический стресс нарушает гомеостаз организма [7, 9]. Сопутствующие эндокринные заболевания, такие как дисфункция щитовидной железы или яичников, могут усиливать гормональ-

ные нарушения и способствовать прогрессированию мастопатии [2, 5, 10]. В частности, снижение функции щитовидной железы повышает риск опухолевых процессов в МЖ более чем в три раза [1, 5, 11]. Таким образом, изучение факторов риска развития опухолевых заболеваний МЖ остаётся актуальным направлением, обеспечивающим возможности для ранней диагностики и своевременного лечения.

Цель исследования

Определить ранние диагностические критерии доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с гинекологической патологией.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 390 женщин в возрасте от 17 до 60 лет, распределённые на три репрезентативные клинические группы. Группа I (n = 150) - женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желёз (ДЗМЖ) на фоне гинекологической патологии. Группа II (n = 90) - пациентки с пролиферативной мастопатией (ПМ). Группа III (контрольная, n = 150) - женщины с гинекологическими заболеваниями без сопутствующей патологии молочных желёз. Критерием включения в исследование было постоянное проживание в г. Душанбе. Формирование групп осуществлялось по принципу «копи-пара» в 2023–2024 гг. Анамнестические данные собирались с использованием специально разработанной анкеты, включающей вопросы о социальном статусе, перенесённых экстрагенитальных заболеваниях, а также наследственной отягощённости (гинекологические, маммологические и онкологические заболевания у ближайших родственников). Дополнительно проводилась выкопировка информации из первичной медицинской документации в центрах репродуктивного здоровья и онкологическом центре, что позволило верифицировать и уточнить данные анкетирования.

Всем участницам проводилось клинико-гинекологическое обследование. Для оценки функционального состояния эндокринной системы определяли уровни гормонов гипофиза, яичников и щитовидной железы в сыворотке крови. Концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), латинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, пролактина и тиреотропного гормона (ТТГ) измерялись с использованием иммуноферментного анализа (ИФА). Забор крови осуществлялся натощак в утренние часы, объём - 5 мл венозной крови.

Клиническое обследование включало пальпацию молочных желёз и регионарных лимфатических узлов, а также ультразвуковое исследование с использованием аппарата Toshiba SAL-32 (Япония) и датчика с частотой 7,5 МГц.

Психологическое состояние оценивалось с добровольного согласия участниц с применением стандартизированных методик: методика исследования личности (СМИЛ), опросник тревожности Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина (1976), Торонтская алекситимическая шкала (TAS, 1994).

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного пакета Statistica 10.0 (StatSoft, США). Для оценки достоверности различий применялись t-критерий Стьюдента, коэффициент корреляции Пирсона и χ^2 -критерий. Коэффициенты корреляции в диапазоне 0,5–1 интерпретировались как показатели выраженной корреляционной связи. Статистически значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз (ДЗМЖ) составил $40,97 \pm 9,45$ лет, с пролиферативной мастопатией – $45,64 \pm 10,32$ лет, в контрольной группе – $42,28 \pm 8,22$ года. Статистически значимой разницы по возрасту между группами не выявлено ($p > 0,05$). Наибольшая частота

ДЗМЖ на фоне гинекологической патологии отмечена у женщин в возрасте 41-50 лет (78 случаев, 52,0%). Проллиферативная мастопатия наиболее часто регистрировалась в возрастных группах 41-50 и 51-60 лет – по 33 случая (36,6%) в каждой. Большинство обследованных были замужем, проживали в благоприятных бытовых условиях и имели среднее или среднеспециальное образование. Основная часть пациенток (86,2%) являлась домохозяйками, не имела постоянной работы и профессионального образования. Для обеих групп характерна высокая частота экстрагенитальных заболеваний. Так, у пациенток с ДЗМЖ болезни эндокринной системы диагностированы в 40/26,6% случаев, с пролиферативной мастопатией – в 90/100% ($p < 0,05$), преимущественно патология щитовидной железы (20,0% и 40,0% соответственно, $p < 0,05$). Также чаще встречались болезни органов дыхания (30/20,0% и 55/61,1% ($p < 0,05$), системы кровообращения (78/52,0% и 66/73,3% соответственно ($p < 0,05$) и органов пищеварения (96/64,0% и 90/100% соответственно) ($p < 0,05$). Ожирение регистрировалось с сопоставимой частотой во всех группах (31/20,1%, 20/22,4% и 34/22,6% соответственно) ($p > 0,05$). Таким образом, экстрагенитальная патология значительно чаще выявлялась у пациенток с пролиферативной мастопатией. Частота гинекологических заболеваний также была высокой. Миома матки выявлена у 125/83,3% женщин с ДЗМЖ и у 90/100% – с пролиферативной мастопатией ($p < 0,05$). Миома в сочетании с внутренним эндометриозом встречалась у 35/23,3% и 20/22,2% соответственно ($p > 0,05$). Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) регистрировались в 59/39,3% и 25/27,7% соответственно ($p < 0,05$), гиперпластические процессы эндометрия – в 28/18,6 и 10/11,1% соответственно ($p < 0,05$), фоновые заболевания шейки матки – в 44/29,3% и 35/38,8% соответственно ($p < 0,05$). Отягощённая онкологическая наследственность по женской

линии была более характерна для пациенток с пролиферативной мастопатией: рак молочной железы (3/2,0% и 20/22,2% соответственно) ($p < 0,05$), рак тела матки (3/2,0% и 15/16,6% соответственно) ($p < 0,05$); По мужской линии преобладали случаи рака желудочно-кишечного тракта (7/4,6% и 10/11,1% соответственно) ($p < 0,05$), печени и поджелудочной железы (6/4% и 15/16,7% соответственно) ($p < 0,05$) и предстательной железы (4/2,6% и 5/5,5% соответственно) ($p > 0,05$).

Таким образом, у пациенток с пролиферативной мастопатией отмечалась более выраженная онкологическая настороженность. Корреляционный анализ выявил сильную положительную связь между ДЗМЖ и гинекологическими заболеваниями ($r = +0,8$). При пролиферативной мастопатии данная связь была слабой ($r = +0,27$). Нарушения сексуальной функции (снижение либидо, отсутствие оргазма) были выявлены у половины женщин с ДЗМЖ (75/50,0%) и пролиферативной мастопатией (46/51,1%). Синдром психоэмоционального напряжения (СПЭН) чаще встречался у пациенток с ДЗМЖ (99/66,0%) и пролиферативной мастопатией (67/74,4%), чем в контрольной группе (40/44,4%) ($p < 0,05$). Наиболее частыми проявлениями СПЭН среди женщин I-ой и II-ой групп были: общая слабость и утомляемость (36,0% и 33,3% соответственно), эмоциональная ранимость (35,3% и 46,6% соответственно), подавленность (16,6% и 26,7% соответственно) ($p < 0,05$), фобии (13,3% и 33,3% соответственно) ($p < 0,05$), головная боль (23,3% и 46,7% соответственно) ($p > 0,05$), тахикардия (15,3% и 13,3% соответственно) ($p < 0,05$), повышенная потливость (16,0% и 31,1% соответственно) ($p < 0,05$). Тяжесть СПЭН нарастала от контрольной группы к группе пролиферативной мастопатии. Биохимические и гормональные исследования показали, что у женщин с мастопатией, особенно на фоне эндометриоза и менструальных нарушений, чаще определялись повышен-

ные уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ) и соматотропного гормона (СТГ). Наиболее высокий уровень СТГ отмечен среди пациенток с пролиферативной мастопатией (83,3%), с миомой матки без мастопатии (80,6%), мастопатией в сочетании с эндометриозом (71,4%) и среди женщин с миомой матки (67%). Наиболее частыми стрессогенными факторами выступали длительное психоэмоциональное напряжение в семье (в I-ой группе – 21,3%, во II-ой – 33,3%) ($p > 0,05$), конфликты с мужем (4,0% и 6,6%) и детьми (1,3% и 3,3%). По шкале TAS была выявлена высокая частота алекситимии - состояния, при котором человек испытывает трудности в распознавании и выражении эмоций. Особенно часто это наблюдалось среди женщин с ДЗМЖ на фоне эндометриоза (71,4%), ВЗОМТ (57,0%), миомы (30,3%) и кист яичников (45,0%). Поэтому высокий показатель TAS, очевидно, является психологическим предиктором (предрасполагающим фактором) возникновения патологии молочных желёз. Психологический профиль по шкале СМИЛ у женщин с ДЗМЖ характеризовался признаками хронической дезадаптации, тревожно-депрессивными чертами (по шкалам 7, 8 и 2), пессимизмом, высокой тревожностью, склонностью к импульсивному поведению и психосоматическим реакциям.

Таким образом, женщины с ДЗМЖ и пролиферативной мастопатией находились в состоянии выраженного психоэмоционального напряжения, причём у больных II-ой группы оно наиболее выражено.

Исследование гормонального фона показало, что у 21/52,5% пациенток с ДЗМЖ менструальный цикл был ановуляторным, в то время как в контрольной группе - овуляторным у всех. При овуляторном цикле выявлены гиперэстрогения, гиперпродукция ЛГ и дефицит прогестерона; при ановуляторном - гиперпродукция ЛГ и прогестерона, гипоэстрогения, избыток кортизола,

тестостерона и СТГ. У женщин с ВЗОМТ определялись пониженные уровни ЛГ и ФСГ, повышенные концентрации кортизола и тестостерона ($p < 0,05$). Нарушения функции щитовидной железы (ТТГ, Т3 Т4.) зафиксированы у 40% пациенток. У женщин с менструальной дисфункцией уровень прогестерона был достоверно ниже ($2,66 \pm 3,8$ нмоль/л), по сравнению с контрольной группой ($6,9 \pm 2,75$ нмоль/л) ($p < 0,05$). В группе больных с ВЗОТ отмечалось более низкое содержание ЛГ ($4,5 \pm 3,0$ моль/л), чем у женщин контрольной группы ($9,6 \pm 3,8$ моль/л) ($p < 0,05$), дефицит ФСГ ($3,0 \pm 1,8$ и $8,7 \pm 1,5$ моль/л соответственно) ($p < 0,05$), более высокое содержание кортизола ($5,44,78 \pm 214,5$ и $365 \pm 70,8$ моль/л соответственно) ($p < 0,05$), тестостерона в плазме крови ($0,65 \pm 0,29$ и $1,08 \pm 0,72$ нг/моль соответственно) ($p < 0,05$). У больных с миомой матки уровень эстрадиола в плазме крови был значительно выше, чем в контроле ($268,75 \pm 16,2$ против $182,11 \pm 32,1$ пг/мл) ($p < 0,05$). В 30% случаев отмечались гиперпролактинемия и гиперэстрогенемия.

По данным ультразвукового исследования, изменения в молочных железах

чаще регистрировались при гиперплазии эндометрия (52,6%), миоме матки (50,0%), эндометриозе (47,0%), ВЗОМТ (24,0%), кистозных изменениях яичников (16,0%) и при сочетании миомы с эндометриозом (5,0%). Узловые формы мастопатии выявлялись редко - только в 3,7% случаев.

Заключение

Результаты исследования подтверждают тесную взаимосвязь между заболеваниями молочных желез и гинекологической патологией, особенно при пролиферативной мастопатии. Пациентки с данной формой ДЗМЖ чаще имели экстрагенитальные и эндокринные заболевания, психоэмоциональные расстройства и онкологическую наследственность. Гормональные и психологические факторы (повышение ЛГ, СТГ, кортизола, алекситимия, стресс) являются ранними диагностическими критериями развития мастопатий и обосновывают необходимость комплексного мультидисциплинарного подхода к обследованию и лечению таких пациенток.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Протасова А.Э., Степанян А.А., Алясова А.В. Доброкачественные заболевания молочной железы в фокусе пролиферативной патологии репродуктивной системы // Проблемы репродукции. – 2024. - Т. 30 (3). - С. 33-42.
2. Иванова Е.В., Петрова Н.А., Смирнова М.К. Эндокринные нарушения при доброкачественных заболеваниях молочных желез: современные подходы к диагностике и лечению // Российский журнал акушерства и гинекологии. – 2023. - Т. 72 (4). - С. 55–62.
3. Кузнецова А.И., Михайлова Т.В. Психоэмоциональные факторы в патогенезе мастопатии у женщин с гинекологической патологией // Медицинский вестник. – 2022. - Т. 17 (2). - С. 88–95.

4. Пушкарев А.В., Галеев М.Г., Пушкарев В.А. и др. Доброкачественные опухоли молочной железы и факторы риска их развития // Уральский медицинский журнал. – 2022. - Т. 21 (5). - С. 128-137.
5. Сидорова О.Н., Захарова Е.Г. Гормональные особенности женщин с пролиферативной мастопатией и эндокринными заболеваниями // Журнал эндокринологии и репродукции. – 2021. - Т. 12 (1). - С. 23–30.
6. Топчубаева Т. М., Тухватшин Р. Р., Ашфак Хоссейн и др. Причины и механизмы развития мастопатии (обзор литературы) // Бюллетень науки и практики. - 2024. - Т. 10 (1). - С. 154-161.
7. Smith L.J., Thompson A.E., Patel R. Hormonal and psychosocial factors in benign breast disease: A systematic review // Journal

of Women's Health. – 2024. - Vol. 33 (2). - P.115–126.

8. Martinez P., Huang S., Lee C. The relationship between benign breast disease and gynecological disorders: A clinical cohort study// European Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2023. - Vol. 285. - P. 58–64.

9. Johnson K.M., Brown R.D., Wilson T. Psychological stress and alexithymia as risk factors for breast diseases: A meta-analysis // Psychoneuroendocrinology. – 2022. - Vol. 137. - P. 105654.

10. Gupta N., Sharma S., Kumar A. Endocrine disruptions in women with benign breast disease: Implications for early diagnosis. // Endocrine Reviews. – 2021. - Vol. 42 (3). - P. 299–315.

11. Lee H., Park J., Kim M. Ultrasound features and hormonal profiles in women with proliferative breast disease and concomitant gynecological pathologies // Breast Cancer Research and Treatment. – 2020. - Vol. 183 (1). - P. 45–53.

Сведения об авторах:

Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна – профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н., профессор; тел.: (+992) 939999128, e-mail: saohon@ mail.ru

Хайридинова Джонона Алиёровна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», к.м.н.; тел.: (+992) 900887999, e-mail: t.bahargul@ mail.ru

Абдурахимова Зухра Тухтасыевна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+992) 935265808; e-mail: zuhra.abdurahimova@ mail.com

Гульбекова Зарина Кадамовна – врач акушер-гинеколог Городского центра здоровья № 13; тел.: (+992) 880981616

УДК 618.2

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД» У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Насридинова Х.С., Мухамадиева С.М.,
Расулова Г.Т., Менгиязова З.Г.

¹Кафедра акушерства и гинекологии № 1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

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

Цель исследования. Изучить особенности гемодинамических нарушений в системе «мать-плацента-плод» у беременных с пороками сердца.

Материал и методы. Проведено проспективное обследование 30 беременных женщин с врождёнными пороками сердца, у которых были выявлены нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока. Все пациентки были родоразрешены в учреждении третьего уровня – ГУ ТННИ-АГиП. Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин, родивших доношенных новорождённых с массой тела, соответствующей сроку гестации.

Всем участницам обеих групп проводилось ультразвуковое исследование, включая фетометрию и доплерометрию, на сроках гестации 28–31, 32–36 и 37–39 недель. При доплерометрии оценивали кровоток в обеих маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии плода. Изучались основные углозависимые параметры: систолидиастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР), а также рассчитывался плацентарный коэффициент.

Результаты. Среди беременных с пороками сердца риск развития сердечно-сосудистых осложнений по индексу GARPREG 46,0% женщин имели средний риск развития сердечно-сосудистых осложнений и оценены на 1 балл (27%), 35,0% – тяжёлый риск и оценены на 2 и более баллов (75%) и 19,0% – имели низкий риск, то есть 0 баллов (5,0%). Также у данной категории беременных женщин имеются изменения в маточно-плодово-плацентарном комплексе, характеризующиеся повышением индексов сосудистого сопротивления. Установлены статистически значимые повышения средних значений всех углозависимых показателей: систоло-диастолического соотношения (СДО), пульсационного индекса (ПИ) и индекса резистентности (ИР) в артерии пуповины, в маточных артериях и среднемозговой артерии.

Заключение. Беременные женщины с врождёнными пороками сердца относятся к группе высокого риска по развитию сердечно-сосудистых осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов. Для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в данной популяции необходимо разработать чёткие критерии прогнозирования и стратификации риска осложнений как для матери, так и для плода, учитывающие не только степень тяжести порока сердца, но и акушерско-гинекологический анамнез, наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, риск развития сердечных осложнений GARPREG, а также данные ультразвуковой доплерометрии плода.

Ключевые слова: беременность, пороки сердца, риск, сердечные осложнения, доплерометрия, нарушение кровотока

ХУСУСИЯТҲОИ ВАЙРОНШАВИИ ГЕМОДИНАМИКИ ДАР СИСТЕМАИ “МОДАР-МАШИМА-ТИФЛ” ДАР ЗАНОНИ ҲОМИЛА БО НУҚСОНИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ

Насридинова Х.С., Мухамадиева С.М.,
Расулова Г.Т., Менгиязова З.Г.

¹Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 ба номи профессор Е.Н. Нарзуллоева Муассисаи давлатии таълимии “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣи кормандони соҳаи тандурустӣи Ҷумҳурии Тоҷикистон”

²Муассисаи давлатии “Пажуишгоҳи акушери, гинекологи ва перинатологии Тоҷикистон” ВТҶИАҶТ

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои вайроншавии гемодинамикии системаи «модар-маишма-тифл» дар занони ҳомиладорӣ нӯқсонӣ дил.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқоти проспективӣ 30 зани ҳомила бо нӯқсонҳои модарзодии дил, ки дар онҳо вайроншавии гардиши хун дар системаи бачадонгмаишма ва тифлдида мешавад. Хамаи беморон дар муассисаи зинаи сеюм — Муассисаи давлатии ПАГваПТ таваллуд кардаанд. Гурӯҳи назоратӣ аз 30 зани ҳомилаи солим иборат буд, ки тифли навзодро бо вазни баданашон ба синни ҳомиладорӣ мувофиқ таваллуд кардаанд. Хамаи иштирокчиёни ҳарду гурӯҳ аз таъхиси ултрасадо, аз ҷумла фетометрия ва УЗИ Доплер дар давраҳои ҳомиладорӣ 28–31, 32–36 ва 37–39 гузаронида шуданд. УЗИ доплер барои арзёбии гардиши хун дар ҳар ду рағҳои бачадон, артерияи ноф ва артерияи миёнаи мағзи ҳомила истифода мешуд. Параметрҳои асосии аз кунҷ мустақилона омӯхта шуданд: таносуби систоликӣ-диастолӣ (ТСД), индекси пулсатсия (ИП), индекси муқовимат (ИМ) ва коэффиенти пласенталӣ ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳо. Дар байни занони ҳомила бо нӯқсонҳои дил, хатари пайдоиши мушкilotи дилу рағ аз рӯи индекси GARPREG 46,0% занони ҳомила хатари миёнаи пайдоиши мушкilotи дилу рағро ташкил медоданд ва дар 1 ҳол (27%), 35,0% хатари ҷиддӣ доштанд ва дар 2 ва бештар аз он баҳо дода шуданд (75,0%, хатари паст). (5,0%). Афзоиши аз ҷиҳати оморӣ назаррас дар арзишҳои миёнаи ҳамаи нишондиҳандаҳои аз кунҷ мустақилона муқаррар карда шуд: таносуби систоликӣ-диастолӣ (SDR), индекси набз (PI) ва индекси муқовимат (RI) дар артерияи ноф, артерияҳои бачадон ва артерияи миёнаи мағзи сар.

Хулоса. Занони ҳомиладоре, ки нӯқсонҳои модарзодии дил доранд, дар хатари пайдоиши мушкilotи дилу рағҳо ва оқибатҳои манфии перинаталӣ ҳастанд. Бо мақсади коҳиши додани бемориҳо ва фавти модарон ва перинаталӣ дар ин аҳолӣ бояд меъёрҳои дақиқи пешгӯӣ ва гурӯҳбандии хатари мушкilot барои модар ва ҳомила бо назардошти на танҳо вазнинии нӯқсонӣ дил, балки таърихи акушерӣ ва гинекологӣ, мавҷудияти патологияи ҳамзамон экстрагениталӣ, хатари инкишофи мушкilotи дил бо индекси GARPREG, инчунин маълумот аз доплери ултрасадои ҳомила.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, нӯқсонҳои дил, хатар, мушкilotи дил, Доплерометрия, ихтилоли гардиши хун

FEATURES OF HEMODYNAMIC DISORDERS IN THE «MOTHER-PLACENTA-FETUUS» SYSTEM IN PREGNANT WOMEN WITH HEART DEFECTS

Nasridinova H.S., Mukhamadieva S.M.,
Rasulova G.T., Mengiyazova Z.G.

¹Department of Obstetrics and Gynecology No 1 named after Professor E.N. Narzullaeva of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

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

Aim. To study the characteristics of hemodynamic disturbances in the mother-placenta-fetus system in pregnant women with heart defects. All participants in both groups underwent ultrasound examination, including fetometry and Doppler ultrasound, at gestation periods of 28–31, 32–36, and 37–39 weeks.

Material and methods. A prospective study of 30 pregnant women with congenital heart defects who had uteroplacental-fetal blood flow disorders. All patients gave birth at a third-level institution – the State Institution "TNRI OBGiP". The control group consisted of 30 healthy pregnant women who gave birth to full-term newborns with a body weight corresponding to the gestational age. Doppler ultrasound was used to evaluate blood flow in both uterine arteries, the umbilical artery, and the middle cerebral artery of the fetus. The main angle-independent parameters were studied: systolic-diastolic ratio (SDR), pulsatility index (PI), resistance index (RI), and the placental coefficient was calculated.

Results. Among pregnant women with heart defects, the risk of developing cardiovascular complications according to the GARPREG index was 46.0% of pregnant women had an average risk of developing cardiovascular complications and were assessed at 1 point (27%), 35.0% had a severe risk and were assessed at 2 or more points (75%), and 19.0% had a low risk, i.e. 0 points (5.0%).

Conclusions. Pregnant women with congenital heart defects are at high risk for developing cardiovascular complications and adverse perinatal outcomes. To reduce maternal and perinatal morbidity and mortality in this population, it is necessary to develop clear criteria for predicting and stratifying the risk of complications for both the mother and the fetus, taking into account not only the severity of the heart defect, but also obstetric and gynecological history, presence of concomitant extragenital pathology, risk of developing cardiac complications GARPREG, as well as data from ultrasound Doppler of the fetus. Statistically significant increases in the average values of all angle-independent indicators were established: systolic-diastolic ratio (SDR), pulsation index (PI) and resistance index (RI) in the umbilical artery, uterine arteries and middle cerebral artery.

Key words: pregnancy, heart defects, risk, cardiac complications, Dopplerometry, blood flow disorders

Актуальность

Беременность у женщин с врождёнными пороками сердца (ВПС) по-прежнему представляет серьёзную медицинскую проблему, обусловленную высоким риском неблагоприятных перинатальных исходов и материнской смертности [2, 4]. Гестационный период у данной категории пациенток часто осложняется задержкой внутриутробного развития плода, преждевременными родами, преэклампсией, а также повышенной вероятностью развития врождённых аномалий, включая пороки сердца у плода [1, 4]. В последние годы отмечается рост числа беременностей и родов у женщин с ВПС, параллельно увеличилась частота родоразрешения путём кесарева сечения [2, 4]. Это подчёркивает необходимость дальнейших исследований, направленных на выявление факторов, способствующих столь высокой частоте абдоминальных родов в данной популяции. Ведение беременности у пациенток с пороками сердца требует мультидисциплинарного подхода с участием специалистов различных профилей - кардиолога, акушера-гинеколога, кардиохирурга, аритмолога, гемостазиолога, анестезиолога-реаниматолога и терапевта [4, 5]. Современный уровень развития медицинских технологий и организационных подходов позволяет женщинам с тяжёлыми формами ВПС успешно вынашивать беременность [6, 7]. Широкое внедрение ультразвуковых методов, включая доплерометрию, в практику перинатальной диагностики открывает новые возможности для оценки состоя-

ния функциональной гемодинамической системы «мать-плацента-плод». Допплерометрическое исследование кровотока в различных сосудах плода и матки позволяет более точно определить степень гемодинамических нарушений и оценить компенсаторные механизмы плода [1, 3].

Цель исследования

Изучить особенности гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод у беременных с пороками сердца.

Материал и методы исследования

В 2023–2024 годах было проведено проспективное обследование 30 беременных женщин с врождёнными пороками сердца, у которых были выявлены нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока. Все пациентки были родоразрешены в учреждении третьего уровня – ГУ ТНИИАГиП. Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин, родивших доношенных новорождённых с массой тела, соответствующей сроку гестации.

Всем участницам обеих групп проводилось ультразвуковое исследование, включая фетометрию и доплерометрию, на сроках гестации 28–31, 32–36 и 37–39 недель. При доплерометрии оценивали кровотоки в обеих маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии плода. Изучались основные углонезависимые параметры: систолодиастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР), а также рассчитывался плацентарный коэффициент.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета

статистических программ Statistica 10.0 (StatSoft, США). Распределение выборки оценивали по критерию Шапиро-Уилка. Количественные показатели представлены в виде медианного значений (Me) первого - третьего квартилей (Q_1-Q_3). Парные сравнения между независимыми группами проводились с использованием U-критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст женщин в обеих изучаемых группах не имел статистически значимых различий и составил $27,5 \pm 4,4$ года в основной группе и $26,9 \pm 3,7$ года - в контрольной группе. Различий в возрастных характеристиках обследованных женщин также не выявлено. В обеих группах большинство беременных находились в возрасте от 20 до 34 лет, что соответствует раннему и активному репродуктивному периодам ($25/83,3\%$ в основной группе и $25/83,3\%$ в контрольной группе). Остальные $5/16,6\%$ женщин в каждой группе относились к возрастной категории позднего репродуктивного периода ($p < 0,05$).

В основной группе, по сравнению с контрольной, наблюдалось преобладание первородящих женщин - в 1,3 раза ($12/40\%$ - в основной группе и $9/30\%$ - в контрольной), в то время как в контроль-

ной группе в 1,8 раза чаще встречались многорожавшие женщины ($9/30\%$ - в контрольной группе и $5/16,7\%$ - в основной) ($p < 0,05$). Различий в числе повторнородящих женщин между группами не было ($13/43,3\%$ - в основной группе и $12/40\%$ - в контрольной). Статистически значимые различия между группами по этим показателям не обнаружены (по U-критерию Манна-Уитни, $p > 0,05$).

Среди беременных женщин с пороками сердца $25/50\%$ имели отягощенный акушерский анамнез: $11/44,0\%$ перенесли кесарево сечение, $5/20\%$ имели самопроизвольные выкидыши, $5/20\%$ - преждевременные роды, $3/12,0\%$ имели в прошлом случаи мертворождения.

При анализе сопутствующих заболеваний у беременных женщин с пороками сердца было установлено, что $33,3\%$ страдали от анемии различной степени, $23,3\%$ - заболевания почек, $26,6\%$ - ожирением, 10% имели зоб. Реже встречались варикозная болезнь ($6,7\%$) и дефицит массы тела ($6,7\%$).

Анализ структуры пороков сердца показал, что основную долю составляют врожденные пороки сердца (ВПС), которые встречались у $28/93,3\%$ женщин, в то время как приобретенные пороки сердца (ППС) наблюдались у $2/6,7\%$ пациенток (рис. 1).

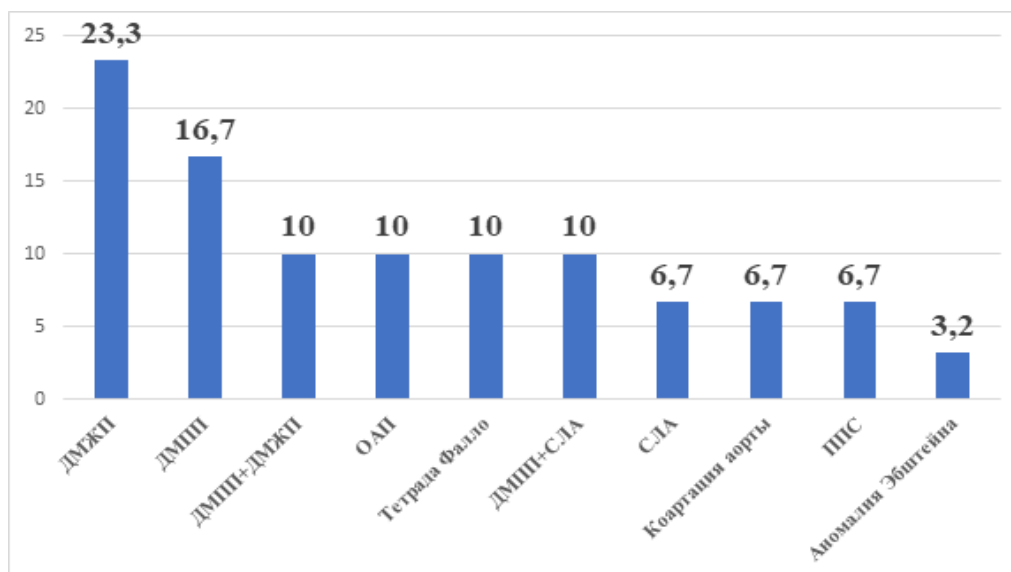


Рис. 1. Структура пороков сердца, %

Среди пороков сердца лидирующее место занимают дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 7/23,3% и дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 5/16,7%, у каждой десятой больной диагностированы открытый аортальный проток (ОАП), тетрада Фалло, ДМЖП + ДМПП, реже встречались коарктация аорты, стеноз легочной артерии (СЛА), ДМПП+СЛА, аномалии Эбштейна.

Оценка риска развития сердечно-сосудистых осложнений по индексу GARPREG показала, что 14/47% беремен-

ных женщин имели средний риск развития сердечно-сосудистых осложнений и оценены на 1 балл (27%), 10/33,0% - тяжелый и оценены на 2 и более баллов (75%) и 6/20,0% - имели низкий риск, то есть 0 баллов (5,0%).

При проведении антенатальной доплерометрии при всех сроках гестации выявлена наиболее высокая интенсивность пуповинного кровотока в артериях пуповины у беременных с пороками сердца, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$) (табл. 1).

Таблица 1

Параметры маточно-плацентарного и плодового кровотока у беременных с пороками сердца в артериях пуповины; Ме (Q_1 – Q_3)

Срок гестации	Показатель	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)	p
28–31 неделя	СДО	2.739 (2.167–2.281)	1.873 (1.824–1.922)	<0,001
	ПИ	1.275 (0.881–0.917)	1.889 (1.828–1.950)	<0,001
	ИР	0.726 (0.653–0.662)	1.243 (1.236–1.250)	<0,001
32–36 неделя	СДО	2.698 (2.708–2.848)	1.853 (1.812–1.894)	<0,001
	ПИ	1.246 (0.913–0.941)	1.801 (1.763–1.839)	<0,001
	ИР	0.723 (0.621–0.627)	1.480 (1.324–1.636)	<0,001
37–39 неделя	СДО	2.672 (2.524–2.596)	1.751 (1.715–1.787)	<0,001
	ПИ	1.132 (0.838–0.858)	1.681 (1.648–1.714)	<0,001
	ИР	0.705 (0.593–0.605)	1.265 (1.249–1.281)	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из представленных данных, при сроке гестации 28-34 недели о более высокой интенсивности кровотока свидетельствуют более высокие численные показатели систоло-диастолического соотношений (величина, которая характеризует отношение максимальной скорости кровотока к минимальной) в группе беременных с пороками сердца

(2.739 (2.167–2.281), по сравнению с контрольной группой (1.873 (1.824–1.922) соответственно). Допплерометрические показатели в 32-36 недель беременности практически не изменились между группами (2.698 (2.708–2.848) и 1.853 (1.812–1.894) соответственно).

Среди беременных, входящих в исследуемые группы, была установлена статисти-

чески значимая разница в пульсационном индексе (ПИ), который характеризует соотношение разницы между максимальной и минимальной скоростями кровотока к средней скорости кровотока за весь сердечный цикл, а также в индексе резистентности (ИР), который отражает соотношение фаз сердечного цикла (систола и диастола). Полученные данные свиде-

тельствуют о наличии признаков задержки внутриутробного развития плода (ЗЗРП) у беременных с пороками сердца, чего не наблюдалось в контрольной группе.

В то же время, результаты доплерометрических исследований в маточных артериях не показали статистически значимых различий между исследуемыми группами.

Таблица 2

Показатели СДО, ПИ и ИР в маточных артериях и плацентарный коэффициент во II и III триместрах беременности у женщин с пороками сердца; Me (Q₁–Q₃)

Срок гестации	Показатель	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)	p
Правая маточная артерия				
28–31 неделя	СДО	1.904 (1.968–2.056)	1.984 (1.959–2.009)	>0,05
	ПИ	0.698 (0.685–0.711)	0.800 (0.784–0.816)	>0,05
	ИР	0.488 (0.479–0.497)	0.495 (0.487–0.503)	>0,05
32–36 неделя	СДО	1.816 (1.988–2.078)	1.934 (1.912–1.956)	>0,05
	ПИ	0.667 (0.653–0.681)	0.668 (0.654–0.682)	>0,05
	ИР	0.465 (0.483–0.497)	0.485 (0.476–0.494)	>0,05
37–39 неделя	СДО	2.158 (1.921–1.985)	1.907 (1.880–1.934)	>0,05
	ПИ	0.0740 (0.652–0.684)	0.669 (0.653–0.685)	>0,05
	ИР	0.499 (0.469–0.485)	0.489 (0.482–0.496)	>0,05
Левая маточная артерия				
28–31 неделя	СДО	1.961 (1.968–2.056)	1.984 (1.959–2.009)	>0,05
	ПИ	0.709 (0.685–0.711)	0.800 (0.784–0.816)	>0,05
	ИР	0.503 (0.479–0.497)	0.495 (0.487–0.503)	>0,05
32–36 неделя	СДО	1.912 (1.988–2.078)	1.934 (1.912–1.956)	>0,05
	ПИ	0.717 (0.653–0.681)	0.668 (0.654–0.682)	>0,05
	ИР	0.479 (0.483–0.497)	0.485 (0.476–0.494)	>0,05
37–39 неделя	СДО	2.141 (1.921–1.985)	1.907 (1.880–1.934)	>0,05
	ПИ	0.789 (0.652–0.684)	0.669 (0.653–0.685)	>0,05
	ИР	0.512 (0.469–0.485)	0.489 (0.482–0.496)	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

При этом интенсивность кровотока в правой и левой маточных артериях у беременных с пороками сердца на соответствующих сроках гестации была ниже, чем в артериях пуповины, что подтверждается числовыми показателями систоло-диастолического соотношения,

пульсационного индекса (ПИ) и индекса резистентности (ИР).

Между тем, анализ гемодинамических показателей в средней мозговой артерии плода на данных сроках гестации выявил статистически значимые различия между основной и контрольной группами (табл. 3).

Таблица 3

Показатели СДО, ПИ и ИР в средней мозговой артерии плода и плацентарный коэффициент во II и III триместрах беременности у женщин с пороками сердца; Ме (Q₁–Q₃)

Срок гестации	Показатель	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)	p
28–31 неделя	СДО	4,756 (4,576–4,936)	0,982 (0,952–1,012)	<0,001
	ПИ	1,999 (1,943–2,055)	1,119 (1,086–1,152)	<0,001
	ИР	1,235 (1,228–1,242)	1,002 (0,990–1,014)	<0,001
32–36 неделя	СДО	4,518 (4,280–4,756)	0,994 (0,968–1,020)	<0,001
	ПИ	1,740 (1,700–1,780)	0,900 (0,864–0,936)	<0,001
	ИР	1,483 (1,328–1,638)	0,991 (0,976–1,006)	<0,001
37–39 неделя	СДО	3,612 (3,439–3,785)	0,804 (0,780–0,828)	<0,001
	ПИ	1,678 (1,646–1,710)	0,954 (0,927–0,981)	<0,001
	ИР	1,263 (1,247–1,279)	0,970 (0,954–0,986)	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Сравнительный анализ показал, что изменения фетоплацентарной гемодинамики в средней мозговой артерии у беременных с пороками сердца выражены в большей степени, по сравнению с интенсивностью кровотока в пуповинном кровотоке и маточных артериях. Эти изменения указывают на нарушения кровообращения в головном мозге плода, что является характерным признаком гипоксии плода и требует принятия решения относительно метода родоразрешения.

Следует отметить, что гемодинамические нарушения в системе «мать-плацента-плод» имели место в 22,3% случаев среди женщин с ДМЖП, в 18,0% - ДМПП, в 15,0% - с ПМК, в 10,4% - при сочетанных видах порока, в 9,0% - при тетраде Фалло, в 7,4% - при ОАП, в 6,0% - при приобретенных пороках. Реже нарушения кровотока встречались среди беременных с СЛА (4,4%), аномалией Эбштейна (3,0%),

недостаточности митрального клапана (2,5%), стенозе аортального клапана (1%), коарктации аорты (1,0%).

В группе беременных с пороками сердца 70% женщин (21 из 30 женщин) родоразрешены путем кесарева сечения, в то время как 30% (9 из 30) родили через естественные родовые пути. В основной группе все женщины были родоразрешены вагинально.

Перинатальные исходы среди женщин с пороками сердца были следующими: доношенными родились 28/88,4% младенцев, недоношенными - 3/11,5%; массой 1500 – 2499 г родилось 3/10% детей, 2500 – 2999 г - 15/48,4%, 3000 – 3999 г - 12/38,7%, 4000 г - 1/3,2%. С синдромом задержки развития плода было 12/38,7% новорожденных; в единичных случаях диагностированы: синдром дыхательных расстройств, аневризма головного мозга, непроходимость кишечника, дефект

межжелудочковой перегородки, болезнь Гиршпрунга; в 2/66,0% случаях имела место антенатальная гибель плода.

В контрольной группе перинатальные исходы были благоприятными: все новорожденные были доношенными, из числа которых массой 2500 – 2499 г родилось 10/33,3% детей, 3000 – 3999 г - 18/60%, 4000 и более г - 2/6,7%.

Заключение

Беременные женщины с врожденными пороками сердца относятся к группе высокого риска по развитию нарушений состояния плода на фоне сердечно-сосудистых осложнений и угрозы по развитию неблагоприятных перинатальных

исходов. Для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в данной популяции необходимо разработать четкие критерии прогнозирования и стратификации риска осложнений как для матери, так и для плода, учитывающих не только степень тяжести порока сердца, но и акушерско-гинекологический анамнез, наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, риск сердечных осложнений по индексу GARPREG, а также данные ультразвуковой доплерометрии плода.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Выговская Л.М., Майданник И.В. Особенности гемодинамики системы «мать–плацента–плод» в первой половине беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий // Health of woman. - 2020. – Т. 7 (153). - С. 62-66.
2. Доронина П.Ю. Беременность при пороках сердца // Аллея науки. - 2019. - Т. 1 (28). - С. 231-239.
3. Рудаева Е.В. Врожденные пороки сердца и беременность // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2019 - Т. 4 (3). - С.102-112.
4. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Ткаченко В.А. Плацентарная недостаточность как базовая патология осложнений и исходов гестационного периода // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. - Т. 1. - С. 5-15.
5. Холтураев А.Т. Клинико-гемодинамическая оценка нарушений ритма у беременных по данным холтеровского мониторирования // Экономика и социум. - 2021. - С. 1189–1192.
6. Bottega N., Malhamé I., Guo L. et al. Secular trends in pregnancy rates, delivery outcomes, and related health care utilization among women with congenital heart disease // Congenit Heart Dis. - 2019. - № 14. - P. 735–744.
7. Hardee I., Wright L., McCracken C., Lawson E., Oster M.E. Maternal and Neonatal

Outcomes of Pregnancies in Women With Congenital Heart Disease: A Meta-Analysis // Am Heart Assoc. - 2021. – Vol. 10 (8). - e017834.

Сведения об авторах:

Насридинова Хадича Сайфидиновна – доктор Phd кафедры акушерства гинекологии №1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; тел.: (+992) 945580000; e-mail: khayrullo.tagozoda@icloud

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна – профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 им. профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н., профессор; тел.: (+992) 939999128, e-mail: saohon@mail.ru

Расулова Гульнора Тахирджановна – зав. отделением патологии беременных №2 ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», к.м.н., доцент; тел.: (+992) 918610409; e-mail: grasulova@list.ru

Менгиязова Зульфия Гафаровна – старший научный сотрудник акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», к.м.н.; тел.: (+992) 985677575; e-mail: Zu-lya2018@mail.ru

УДК 616.831-005

ОМИЛҲОИ ХАВФИ ХУНРЕЗИШИ ДОХИЛИМАҒЗӢ ДАР МАҒЗИ САРИ КҶДАКОНИ НАВЗОД ВА ТАЪСИРИ ОНҲО БА ЗУҲУРОТИ КЛИНИКИИ ҶАМЪШАВИИ ХУН ДАР МАҒЗИ САР

¹Раҳматова Р.А., ¹Раҳимов Ф.С.,

¹Набиев З.Н., ²Музаффаров Ш.С.

¹Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷароҳии кӯдакони Тоҷикистон"

²Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши омилҳои хатарӣ пайдишавӣ ва зуҳуроти клиникии хунрезии дохилимеъдачавӣ дар мағзи сари кӯдакони навзод.

Маводҳо ва усулҳо. Дар раванди таҳқиқот ҳолати саломатии 76 нафар навзоди дар шӯбаи бемориҳои навзодони Муассисаи Давлатии Маркази Миллии Тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон – "Шифобахш" бистарибуда омӯхта шуд. Вобаста ба нишондодҳои антропометрии ва синни гестационӣ кӯдакони зерӣ назоратбуда ба зергурӯҳҳо ҷудо карда шуданд. Тадқиқи сохторҳои мағзи сар ва рағҳои хунгарди он бо усули нейросонографӣ баҳо дода шуд.

Натиҷаҳо. Ҳамин тариқ, масъалаи омӯзиши омилҳои хавфи хунрезии атравматикӣ ва осебии дохили косоҳонаи сар дар байни кӯдакони навзод масъалаи мубрам боқӣ мемонад. Чуноне, ки дар раванди тадқиқоти мо муайян гардид ба омилҳои хавфи антенаталӣ пайдоиши хунравӣ дар мағзи сар бемориҳои шадиду музмини сироятиву гайрисироятӣ соматикӣ модар, аз ҷумла бемориҳои эндокринӣ, гематологӣ ва узвҳои ихроҷ сабаби бештари пайдоиши хунравии дохилимағзӣ дар кӯдакони навзод мешаванд. Илова бар ин дар заминаи дигаргуниҳои фишори шароӣ, ки ба ҳомиладорӣ вобаста мебошанд ва ё то валодат рехтани обҳои наздитифлӣ низ дар бисёр ҳолатҳо сабаби барангезиши валодат бо простогландинҳо гардиданд, ки маҳз дар ҳамин гурӯҳи кӯдакони навзод хунрезии дараҷаи вазнин ва оризаноқ ба қайд гирифта шуд. Омилҳои интранаталӣ, ки боиси пайдоиши хунравӣ дар мағзи сари кӯдакони норасид ва расида гардиданд, ин истифодабарии ҷангакҳои қушӣ, буриши қайсарии таъҷилӣ аз ҳисоби ҷой доштани ҳолатҳои таъҷилӣ дар модар (хунравӣ, эклампсия, HELLP – синдром), барангезиши валодат бо окситотсин, печидани танобаки ноф дар гардани тифл (ё гиреҳи ҳақиқӣ танобаки ноф) ва тавлиди дугоникҳо (асосан дугоники дуҷум) мебошанд. Дар гурӯҳи кӯдаконе, ки ба модарашон маҳлули окситотсин гузаронида шуда буд зардишавии тӯлонӣ мушоҳида карда шуд. Тадқиқоти гузаронидаи мо нишон дод, хунрезии дар мағзи сари кӯдакони навзод метавонад алоқаманд бошад ва ҷи қадаре, ки синни гестационӣ кӯдаки навзод камтар бошад, ҳамон қадар эҳтимоли зиёдшавии хунрезии дар мағзи сар бештар мебошад. Ин ҳолат натавон ба ҳолати девораи рағҳои хунгарди мағзи сар, балки ба ҳолати реологии хуни кӯдакон низ вобастагӣ дошта метавонад.

Ҳулоса. Муайян карда шуд, ки сабаби асосии хунрезии дар мағзи сари кӯдакони навзод – бемориҳои соматикӣ модар дар давраи ҳомиладорӣ, ҳолатҳои таъҷилӣ (преэклампсия, эклампсия, хунравӣ), барангезиши валодат бо простогландинҳои окситотсин ва бемориҳои ҳамроҳак мебошанд.

Калимаҳои асосӣ: хунрезии дар мағзи сар, омилҳои хавф, барангезиши валодат, оризаҳои неврологӣ, кӯдакони камвазн, вазни ками бадан, вазни ками экстремалии бадан

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

¹Раҳматова Р.А., ¹Раҳимов Ф.С.,

¹Набиев З.Н., ²Музаффаров Ш.С.

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Таджикистана»

²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучение факторов риска возникновения и клинических проявлений внутричерепных кровоизлияний в головной мозг у новорожденных.

Материал и методы. В процессе исследования было изучено состояние здоровья 76 новорожденных, госпитализированных в отделение патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ - «Шифобахш». Наблюдаемые дети были разделены на подгруппы в зависимости от антропометрических показателей и гестационного возраста.

Исследование структур головного мозга и кровеносных сосудов проводилось с помощью метода нейросонографии.

Результаты. Среди антенатальных факторов риска внутримозгового кровоизлияния наиболее частыми причинами являются острые и хронические инфекционные и неинфекционные соматические заболевания матери, включая эндокринные, гематологические и выделительные заболевания. Кроме того, во многих случаях родовозбуждение простагландинами проводилось на фоне изменений артериального давления, связанных с беременностью или излитием околоплодных вод до родов. У этой группы новорожденных регистрировались тяжелые и осложненные кровотечения. Интранатальные факторы, которые могут быть связаны с развитием кровоизлияния в мозг у недоношенных и доношенных детей, включают экстренное кесарево сечение из-за чрезвычайных ситуаций у матери (кровоотечение, эклампсия, синдром HELLP), индукцию родов окситоцином, обвитие пуповины (или истинный узел пуповины) и рождение близнецов (в основном второго близнеца). У группы младенцев, матерям которых вводили раствор окситоцина, наблюдалась длительная желтуха. Наши исследования показали, что кровоизлияние в мозг у новорожденных может быть связано не только с этим, но и с гестационным возрастом новорожденного: чем меньше гестационный возраст, тем выше вероятность кровоизлияния в мозг. Это состояние может зависеть не только от состояния стенок мозговых сосудов, но и от реологического состояния крови у детей.

Заключение. Установлено, что основными причинами кровоизлияния в мозг у новорожденных являются соматические заболевания матери во время беременности, неотложные состояния (преэклампсия, эклампсия, кровоотечение), стимуляция родов простагландинами и окситоцином, а также сопутствующие заболевания.

Ключевые слова: кровоизлияние в мозг, факторы риска, материнский стресс, неврологические осложнения, низкая масса тела при рождении, экстремально низкая масса тела при рождении

RISK FACTORS FOR INTRACEREBRAL HEMORRHAGE IN NEWBORNS AND THEIR IMPACT ON CLINICAL MANIFESTATIONS OF INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

¹Rakhmatova R.A., ¹Rakhimov F.S.,
¹Nabiev Z.N., ²Muzaffarov Sh.S.

¹State Institution "Republican Scientific and Clinical Center for Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan"

²State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"

Aim. To investigate the risk factors for the occurrence and clinical manifestations of intracranial hemorrhages in newborns.

Material and methods. The health status of 76 newborns hospitalized in the neonatal pathology department of the State Medical Center of the Republic of Tajikistan - "Shifobakhsh" was studied. The observed children were divided into subgroups based on anthropometric parameters and gestational age. The structures of the brain and blood vessels were examined using neurosonography.

Results. Our studies have shown that among the antenatal risk factors for intracerebral hemorrhage, the most common causes are acute and chronic infectious and non-infectious somatic diseases of the mother, including endocrine, hematological, and excretory diseases. Additionally, labor induction with prostaglandins was often conducted against a backdrop of blood pressure changes associated with pregnancy or premature rupture of membranes. Severe and complicated bleeding was recorded in this group of newborns. Intrapartum factors that may be associated with the development of cerebral hemorrhage in premature and full-term infants include emergency cesarean sections due to maternal emergencies (such as bleeding, eclampsia, and HELLP syndrome), labor induction with oxytocin, umbilical cord entangle-

ment (or true knot of the umbilical cord), and the birth of twins (primarily the second twin). A group of infants whose mothers received oxytocin solution exhibited prolonged jaundice. Our studies indicate that cerebral hemorrhage in newborns may be associated not only with these factors but also with the gestational age of the newborn: the lower the gestational age, the higher the probability of cerebral hemorrhage. This condition may depend not only on the condition of the cerebral vessel walls but also on the rheological state of the blood in children.

Conclusion. It has been established that the primary causes of cerebral hemorrhage in newborns are maternal somatic diseases during pregnancy, emergency conditions (such as preeclampsia, eclampsia, and bleeding), labor stimulation with prostaglandins and oxytocin, as well as comorbidities.

Key words: cerebral hemorrhage, risk factors, maternal stress, neurological complications, low birth weight, extremely low birth weight

Муҳиммият

Бояд қайд кард, ки дар давоми панҷ соли охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон қорӣ намудани технологҳои муосир ба рои таххису табобати ҳамаҷониба ва ба паст гардидани нишондиҳандаҳои фавти навзодону кӯдакон мусоидат намуданд. Новобаста аз ин, дар натиҷаи нигоҳубин ва табобати мувофиқ ба кӯдакони навзоди вазни баданашон кам ва бениҳоят кам ва ҷой доштани нуқсонҳои гуногуни модарзодӣ дар вақти таваллуди навзодон боиси пайдо шудани мушкилотҳои гуногун мегардад, ки барои баландшавии фоизи маъҷубии кӯдакон дар давраҳои гуногуни ҳаёт замина мегузорад [1]. Бештари мушкилоти вазнини неврологӣ дар рӯзҳои аввали ҳаёти кӯдакони навзод пайдо мешаванд.

Яке аз масъалаҳои муҳими соҳаи неонаталогия ва перинаталогияи имрӯза хунрезии дохилимағзӣ мебошад, ки сабаби асосии маъҷубӣ ва фавти кӯдакони навзод дар марҳилаҳои барвақту деринаи кӯдакӣ ба ҳисоб меравад. Маълумотҳои муосири нашрнамудаи олимони муайян намудааст, ки дар мавриди осебгирии мағзи сар дар кӯдакони навзод эҳтимоли вайроншавии гардиши хун дар мағзи сар бештар мегардад. Ҳамзамон, захираҳои ҷубронкунандаи фаъолияти вайроншудаи мағзи сар дар баъзе мавридҳо фаъолияти мағзи сари ин гурӯҳи кӯдакон, вобаста ба дараҷаи вазнинӣ ё мавзеи ҷойгиршавии хунрезии қисман ё пурра барқарор мешаванд.

Ба захираҳои муҳофизатии мағзи сар танзими худкоронаи фаъолияти мағзи

сар (ауторегулятсия), таъминшавии мағзи сар бо хун, реиннервацияи нейропластикии мағзи сар, кам шудани фаъолияти метаболитикӣ дар мағзи сар ва нигоҳдории фаъолияти баъзе қисматҳои хучайраҳои осебдидаи мағзи сар мансуб мебошанд [2-5].

Бояд қайд кард ки барои гузаштани таххис барои мутахассисони соҳаи ҷароҳи асаб, табибони асбшинос, педиатрҳо ва табибони ҷашм ҳамаи усулҳои муосири таххисгузорӣ коркард шудаанд ба таври васеъ истифода бурда мешаванд. Гузаронидани акси рентгении косахонаи сар, вентрикулография, ангиографияи рағҳои хунгарди мағзи сар, нейросонография, томография компютерӣ ва томография магнитӣ - резонансӣ, ки имкон медиҳанд, ки раванди бемориҳои гуногун саривақт таххисгузорӣ карда шаванд, вале дар соҳаи неонаталогия ба ғайр аз нейросонография дигар намудҳои таххис наонқадар ба таври васеъ истифода бурда мешаванд [7-10]. Бинобар сабаби дастрас ва осон будан усули асосии таххис ва муайян кардани вайроншавии вазнини фаъолияти мағзи сар дар кӯдакони навзод дар фаъолияти амалии табибони неонатолог нейросонография боқӣ мемонад [3, 6, 7].

Аз рӯй тадқиқотҳои илмӣ ва мушоҳидаҳои клиникӣ [2, 3, 10], дар 35 - 60% ҳолатҳо хунрезии дохилимағзӣ нишонаҳои назарраси клиникӣ надорад ва сабаби дер ба назорату табобат фаро гирифта шудани беморони Омӯзишҳо ва тадқиқотҳои илмӣ [11] нишон доданд, ки дар охири давраи неонаталӣ қариб

20% -и кӯдакони навзоди дорои осеби якҷояи ишемикӣ ва геморрагии мағзи сар нишондодҳои ташхиси асбобӣ натиҷаи муқаррарӣ дошта метавонанд, ки ин аз барқарор гардидани хунгардиш дар минтақаҳои осебдидаи мағзи сар шаҳодат медиҳад. Вале новобаста аз ин нишондоди ҷамъшавии хун дар мағзи сар баланд боқӣ мемонад ва дар робита бо ин, таҳлили омилҳои хавфи барои осеби майнаи сар дар давраи навзод, инчунин ташхиси саривақтии динамикии асбобии ҷамъшавии хун дар мағзи сари кӯдакони навзод барои ташхис ва пешгирии дигаргуниҳои мураккаби неврологии мураккаб ва маъҷубияти бармаҳал аҳамияти амалии назаррас доранд.

Мақсади тадқиқот

Омӯзиши омилҳои хатари пайдошавӣ ва зухуроти клиникии хунрезии дохилимеъдачавӣ дар мағзи сари кӯдакони навзод мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот

Дар давоми тадқиқоти гузаронидашуда таҳлили ретроспективи таърихи

бемории 76 кӯдаки навзоде, ки моҳи январ то декабри соли 2022 дар шӯъбаи бемориҳои кӯдакони навзоди МД ММТ ҚТ – “Шифобахш” табобат мегирифтанд, гузаронида шуд.

Дар зери назорати мо 76 нафар кӯдаки навзоди расидаву норасид, ки бо нишонаҳои клинικο-инструменталии хунрезии дар мағзи сар ба шӯъба ворид шуда буданд, қарор гирифтанд. Ба зергурӯҳи якум 24 (31,%) нафар кӯдаки навзоди норасид, ки бо вазни ками бадан, вазни хеле ками бадан ва вазни ками экстремалии бадан мансуб буданд, ки ба таври спонтанӣ дар заминаҳои бемориҳои соматикӣ модарон таваллуд шудаанд. Зергурӯҳи дуюмро 30 (39,4%) нафар кӯдаки навзоди норасид дар натиҷаи барангезиши раванди валодати модар бо дорувориҳо таваллудшуда ташкил медоданд. Ба зергурӯҳи сеюм бошад 22 (28,9%) нафар кӯдаки навзоди расида ва аз муҳлат гузаштаи асфиксияро аз сар гузаронида ташкил доданд.

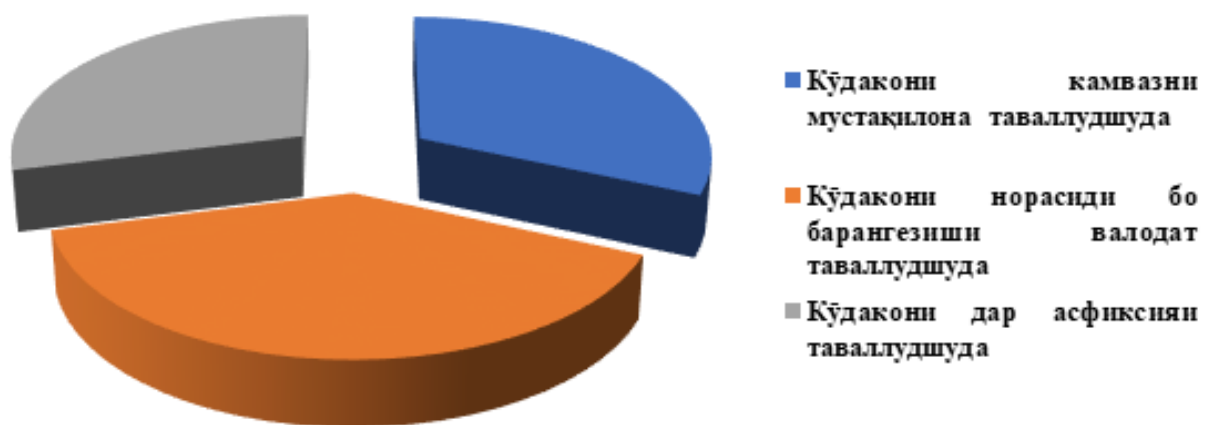


Рис. 1. Тақсими кӯдакони мушоҳидашаванда

Бо мақсади омӯзиши нишондодҳои собиқавӣ, клиникӣ-неврологӣ ва озмоишгоҳӣ ба кӯдакони дар зери назорат буда таҳлили умумии хун, таҳлили биохимиявии хун, коагулограмма, нишондоди электролитҳо ва санҷиши нишондодҳои оксигенӣ дар хун гузаронида шуд.

Санҷиши нейросонографӣ бо омӯзиши сохторҳои мағзи сар, баҳодиҳӣ ба

андозаи хунрезии, мавқеи хунрезии ва марҳилаи он гузаронида шуд, ки санҷиши мазкур дар рӯзи бистарӣ шудан, пас аз 1 ҳафтаи бистарӣ қардан ва пас аз 1 моҳи бистарӣ шудан (катамнез) дар дастгоҳи гузаронида шуда буд.

Нишондодҳои омӯрӣ бо онлайн-калькуляторҳои тиббӣ ва барномаҳои тиббии компютерӣ, ки барои тадқиқотҳои

оморӣ пешбинӣ карда шудаанд, гузаронида шуд. Натиҷаҳои бадастомада бо ёрии барномаи компютери «Statistica 6.0» (StatSoft Ins., USA) коркард карда шуданд. Аҳамияти оморӣ дар мавриди $p < 0,05$ тасдиқ карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти ва муҳокимаи онҳо

Ҳамаи кӯдакони навзоди зери назорат дар шабонарӯзи 1-5 пас аз таваллуд дар ҳолати вазнин ва хеле вазнин ба шӯъбаи навзодони МД ММТ ҶТ – Шифобахш ворид шуданд.

Таҳлили нишондодҳои собиқавии модарони кӯдакон нишон дод, ки беш-

тари кӯдакони дар зери назоратбуда аворизнок буданд. Дар ин замина муайян гардид, ки дар 32 (42,1%) модар вайроншавии гипертензивӣ бо намуди преэклампсияи вазнину муътадил ва эклампсия (4 ҳолат), дар 28 (36,8%) ҳолат то валодат даридаи пардаҳои наздитифлӣ, дар 22 (28,9%) ҳолат пиелонефрити музмин, дар 18 (23,6%) ҳолати диабети қанди гестатсионӣ ва дар 12 (15,7%) ҳолат бозмони инкишофи дохилибатнии тифл аз сабаби вайроншавии гардиши хуни ҳамроҳак ва вайроншавии гардиши хуни ҳамроҳаку тифл ҷой доштанд.



Рис. 2. Бемориҳои соматикӣ модарони навзодони назоратшаванда

Дар модарони навзодони зери назоратбуда дар 64 (84,2%) ҳолат бемориҳои увзҳои пешоброн, дар 40 (52,6%) ҳолат бемориҳои эндокринӣ, дар 36 (47,3%) ҳолат бемориҳои роҳҳои нафас, дар 16 (21,0%) ҳолат бемориҳои системаи дилу рағҳо, дар 7 (9,2%) ҳолат бемориҳои роҳҳои ҳозима ва дар 1 (1,3%) ҳолат пурпуран тромбоситопенияи идиопатикӣ муайян карда шуд.

Тақсимои навзодони зери назорат дар зергурӯҳҳои якум, дуюм ва сеюм нишон дод, ки дар ҳафтаҳои 22-28 ҳафтаи ҳоми-

ладорӣ – 12 (15,7%) нафар, дар ҳафтаҳои 29-32 ҳомиладорӣ – 15 (19,7%) нафар, дар ҳафтаҳои 32-34 ҳомиладорӣ – 19 (25,0%) нафар, дар ҳафтаҳои 34-37 ҳомиладорӣ – 12 (15,7%) нафар, дар ҳафтаҳои 38-42 ҳомиладорӣ – 8 (10,5%) нафар ва дар ҳафтаи аз 42 боло – 10 (13,1%) нафар таваллуд шуданд.

Тақсимои навзодон аз рӯи категорияи вазн нишон дод, ки кӯдакони навзоди дар зери назоратбуда бо вазни ками экстремалии бадан – 6 (7,8%) нафар, бо вазни хеле ками бадан – 18 (23,6%)

нафар, бо вазни ками бадан – 24 (31,5%) нафар ва дар 28 (36,8%) нафар вазни бадани навзодон дар ҳудуди аз 2500 грамм то 4000 грамм қарор дошт. Дар 16 (21,0%) нафар кӯдаки навзоди зери назоратбуда номувофиқати вазни тифл ба муҳлати гестатсионӣ ва дар 5 (6,5%) навзод номувофиқ бадани андозаҳои тифл ба муҳлати гестатсионӣ муайян

карда шуд. Ин гурӯҳи кӯдакон аз модароне таваллуд шуда буданд, ки дар онҳо вайроншавии гардиши хуни ҳамроҳак – дар 12 (15,7%) ҳолат, вайроншавии муътадили гардиши хуни ҳамроҳак ва тифл – дар 7 (9,2%) ҳолат ва дар 2 (2,6%) ҳолат вайроншавии критикии гардиши хуни ҳамроҳаку тифл муайян карда шуда буд.

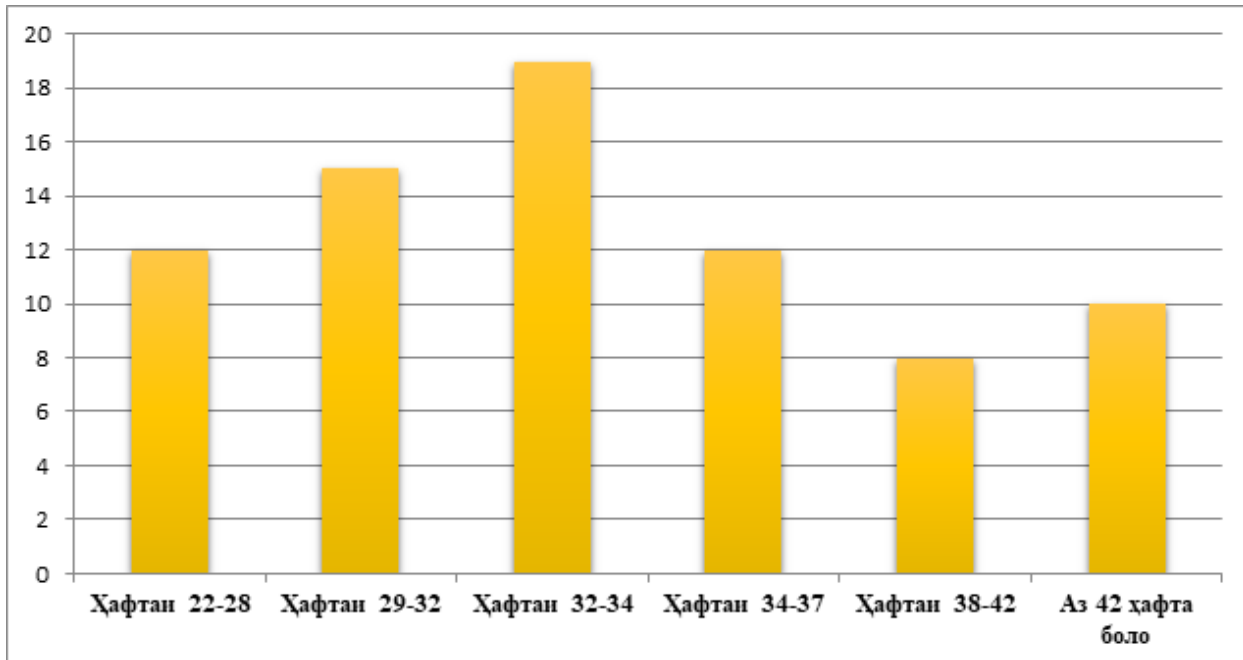


Рис. 3. Тақсими нафари навзодони мушоҳидашаванда вобаста аз синни гестатсионии таваллуд

Давраи перинаталӣ ва интранаталӣ дар модарони навзодон низ аворизнок гузашта дар 24 ҳолат таваллуди пеш аз муҳлат (31,0%), дар 28 ҳолат даридани пардаҳои наздитифлӣ (36,8%), дар 13 (17,1%) ҳолат муҳлати беобии тӯлонӣ (зиёда аз 18 соат), дар 8 (10,5%) ҳолат хунравӣ аз ҳисоби ҷудошавии пеш аз муҳлати ҳамроҳак ва дар 4 (5,2%) ҳолат дар модарон хуруҷи эклампсия ҷой дошт.

Дар модарони навзодони зери назоратбуда дар 34 (44,7%) ҳолат барангезиши валодат бо простогландинҳо, дар 18 (23,6%) ҳолат бо окситатсин ва дар 22 (28,9%) ҳолат бо дастамалҳои тиббӣ (ваккуум-экстраксияи тифл) гузаронида шуданд.

Муайян гардид, ки аз миқдори умумии кӯдакони дар зери назоратбуда

танҳо 46 (60,5%) нафар ба таври парентералӣ фенометадион (витамины К1) қабул кардаанд. 30 (39,4%) нафари боқимонда бо сабабҳои гуногун пас аз таваллуд витамини К1 қабул накардаанд, ки дар ин маврид хатари пайдоиши хунрезии дохилимағзисарӣ зиёд мегардад.

Аз миқдори умумии кӯдакони навзоди мушоҳидашаванда 36 (47,3%) ҳолати синдроми вайроншавии нафасгирӣ, 29 (38,1%) ҳолати зардшавии патологӣ навзодон, 25 (32,8%) ҳолати синдроми беҳолӣ, 13 (17,1%) ҳолати синдроми гипертензионӣ-гидросефалӣ ва дар 4 (5,2%) маврид синдроми ихтилоҷӣ мушоҳида карда шуд.

Нишондодҳои тадқиқоти ултрасадои мағзи сар нишон дод, ки дар 48 (63,1%) ҳолат дар навзодон хунрезии бо на-

муди ҷамъшавии хун дар меъдаҷаҳои мағзи сар (интравентрикулярӣ), дар 15 (19,7%) ҳолат хунрезии перивентрикулярӣ, дар 11 (14,4%) ҳолати хунрезии субарахноидаль, дар 5 (6,5%) ҳолат хунрезии субдуралӣ ва дар 2 (2,6%) ҳолат гематомаҳои дохилимағзӣ муайян карда шуд. Тақсимои ҷамъшавии хун дар меъдаҷаҳои мағзи сар муайян кард,

ки дар 14 (18,4%) нафар хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи якум, дар 28 (36,8%) нафар хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи дуюм, дар 6 (7,8%) нафар хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи сеюм ва дар 15 (19,7%) нафар хунрезии дохилимеъдаҷавӣ дар якҷоягӣ бо хунрезии дар бофтаҳои перивентрикулярӣ мавҷуд буд.

Натиҷаи тадқиқоти нейросонографӣ дар кӯдакони навзод

Натиҷаи тадқиқоти нейросонографӣ	Миқдори мутлақ	%*
Хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи якум	14	18,4
Хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи дуюм	28	36,8
Хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи сеюм	6	7,8
Хунрезии дохилимеъдаҷавӣ ва гузариш ба бофтаҳои перивентрикулярӣ	15	19,7

Примечание: * % - аз миқдори умумии навзодон ҳисоб карда шудааст

Дар кӯдакони навзоде, ки хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи якум муайян карда шуд, аломатҳои вайроншавии нафаскашӣ наонқадар назаррас буданд ва дар рӯзҳои 8-12 ҳаёт ин гурӯҳи кӯдакон пурра аз ғизогирии парентераливу мисборӣ ба ғизои мустақилона гузаронида шуданд. Дар охири моҳи аввали ҳаёт нейросонографияи такрорӣ нишон дод, ки дар ин гурӯҳи кӯдакон барқарор шудани хунгардиши мағзи сар пурра дида мешавад ва дар муоинаи мутахассисони соҳавӣ (асабшиноси кӯдакона, окулист) тағйироти органикӣ дарёфт карда нашуд.

Дар кӯдакони навзоде, ки хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи дуюм ҷой дошт, аломатҳои зардшавӣ нисбатан дурудароз давом карда дар охири моҳи аввали ҳаёт дар ин гурӯҳи кӯдакони навзод камхунии физиологии навзодон бештар мушоҳида карда шуд. Давомнокии миёнаи бистарӣ будани ин гурӯҳи кӯдакони навзод нисбат ба кӯдакони гурӯҳи якум дарозтар ва нисбат ба кӯдакони гурӯҳи дуюм камтар буд. Дар синни якмоҳагӣ дар ин гурӯҳи кӯдакон нейросонографияи такрорӣ гузаронида шуд, ки дар бисёр мавридҳо камшавии хунрезии дар мағзи сар, барқароршавии минтақаҳои ишемиядошта ва беҳтарша-

вии гардиши хуну ликвор мушоҳида карда шуд. Танҳо дар 2 (2,6%) ҳолат вентрикуломегалияи дараҷаи якум, 1 (1,3%) ҳолат лейкомалятсия ва 1 (1,3%) ҳолати гидросефалияи окклюзионӣ ба қайд гирифта шуд.

Мушоҳидаи мо муайян намуд, ки аз 21 (27,6%) нафар кӯдаки зерин назоратбуда хунрезии дохилимеъдаҷавии дараҷаи сеюм ва гузариши хунрезии ба бофтаҳои перивентрикулярӣ ҷой дошт ва ин кӯдакон пас аз табобату нигоҳубини дурудароз ба шубҳаи асаби кӯдакона ва ҷарроҳии асаби кӯдакона равона карда шуданд. Дар давоми назорат дар ин гурӯҳи кӯдакон зиёда аз 3 маротиба хуруҷи апноэ, вайроншавии гемодинамикӣ ва респираторӣ ба қайд гирифта шуд. Зеро дар ин гурӯҳи кӯдакон дар баробари аломатҳои астеновегетативӣ ва синдромҳои соматикӣ, дар 8 (10,5%) ҳолат дар заминаи дигаргуншавии сохторҳои мағзисарӣ ва меъдаҷаҳои мағзи сар гидросефалияи окклюзионӣ, дар 3 (3,9%) ҳолат вентрикуломегалия, дар 4 (8,6%) ҳолат гематома дар қисмаҳои марказу канор қишри мағзи сар ва дар 2 (2,6%) ҳолат лейкомалятсия дарёфт карда шуда ба амалиёти ҷарроҳӣ фаро гирифта шуданд.

Ҳамин тариқ, масъалаи омӯзиши омилҳои хавфи хунрезии атравматикӣ

ва осебии дохили косахонаи сар дар байни кӯдакони навзод масъалаи мубрам боқӣ мемонад. Чуноне, ки дар раванди тадқиқоти мо муайян гардид ба омилҳои хавфи антенаталии пайдоиши хунравӣ дар мағзи сар бемориҳои шадиду музмини сироятиву ғайрисироятии соматикӣ модар, аз ҷумла бемориҳои эндокринӣ, гематологӣ ва узвҳои ихроҷ сабаби бештари пайдоиши хунравӣҳои дохилимағзӣ дар кӯдакони навзод мешаванд. Илова бар ин дар заминаи дигаргуниҳои фишори шараёнӣ, ки ба ҳомиладорӣ вобаста мебошанд ва ё то валодат рехтани обҳои наздифилӣ низ дар бисёр ҳолатҳо сабаби барангезиши валодат бо простогландинҳо гардиданд, ки маҳз дар ҳамин гурӯҳи кӯдакони навзод хунрезии дараҷаи вазнин ва оризанок ба қайд гирифта шуд.

Омилҳои интранаталие, ки боиси пайдоиши хунравӣ дар мағзи сари кӯдакони норасид ва расида гардиданд, ин истифодабарии ҷангакҳои кушерӣ, буриши қайсарии таъҷилӣ аз ҳисоби ҷой доштани ҳолатҳои таъҷилӣ дар модар (хунравӣ, эклампсия, HELLP – синдром), барангезиши валодат бо окситотсин, печидани танобаки ноф дар гардани тифл (ё гиреҳи ҳақиқии танобаки ноф) ва тавлиди дугоникҳо (асосан дугоникӣ дуҷум) мебошанд. Дар гурӯҳи кӯдаконе, ки ба модарашон маҳдули окситотсин гузаронида шуда буд зардшавии тӯлонӣ мушоҳида карда шуд.

Гарчанде, ки аз ҷониби мо омилҳои постнаталии хунрезии дар мағзи сари кӯдакони навзод мавриди омӯзиш қарор дода нашуд, вале мушоҳидаҳои муҳаққиқони хориҷӣ нишон медиҳанд, ки дар бисёр мавридҳо гипотермия, атсидоз, апноэи такроршаванда, интубатсияи давомнок дар вақти амалиётҳои эҳғарӣ, ва истифодабарии маҳлулҳои гипотоникӣ (глюкозаи 5%,

миқдори барзиёди оби таъмизшуда) ба дохили варид метавонанд боиси хунрезии дар мағзи сар гарданд.

Тадқиқоти гузаронидаи мо нишон дод, хунрезии дар мағзи сари кӯдакони навзод метавонад алоқаманд бошад ва ҷи қада-ре, ки синни гестатсионии кӯдаки навзод камтар бошад, ҳамон қадар эҳтимоли зиёдшавии хунрезии дар мағзи сар бештар мебошад. Ин ҳолат натавон ба ҳолати девораи рағҳои хунгардиши мағзи сар, балки ба ҳолати реологии хуни кӯдакон низ вобастагӣ дошта метавонад.

Хулоса

Муайян карда шуд, ки сабаби асосии хунрезии дар мағзи сари кӯдакони навзод – бемориҳои соматикӣ модар дар давраи ҳомиладорӣ, ҳолатҳои таъҷилӣ (преэклампсия, эклампсия, хунравӣ), барангезиши валодат бо простогландинҳои окситотсин ва бемориҳои ҳамроҳак мебошанд.

Тасдиқ гардид, ки дараҷаи вазнинии хунрезии дар мағзи сар натавон аз синну соли гестатсионии навзод, инчунин аз бемориҳои ҳамрадифи модар низ алоқаманд мебошад.

Бо мақсади саривақт дарёфт кардани хунрезии дохилмеъдаҷавӣ дар кӯдакони навзоде, ки аз занҳои дорои хатари баланд таваллуд шудаанд, гузаронидани санҷиши пешгирикунандаи хунрезии дар мағзи сар ва оризаҳои он, гузаронидани таҳлили нейросонографӣ дар рӯзҳои аввали ҳаёт, ҳафтаи аввали ҳаёт ва охири моҳи аввали ҳаёт мувофиқи мақсад буда, дар ҳолати шубҳа намудан ба оризаҳо муоинаи саривақтии мутахассисони соҳавӣ ва гузаронидани усулҳои муосири таҳлиси (ТК, ТМР, ТМИ) тавсия дода мешавад.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

АДАБИЁТҲО

1. Баев О.Р., Гайдарова А.Р., Караваева А.Л. Родовой травматизм новорожденных // Неонатология: новости, мнения, обучение. - 2023. - Т. 11, № 2. - С. 67-73.

2. Глухов Б.М., Байдарбекова А.К. Исходы заболевания и реабилитационный потенциал у детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями перинатального периода // Журнал неврологии и психиатрии

им. С.С. Корсакова. - 2021. - Т. 121, № 4. - С. 19-24.

3. Киртбая А.Р., Ионов О.В., Балашова Е.Н. и др. Коагуляционные факторы риска развития и прогрессии внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде // Неонатология: новости, мнения, обучение. - 2024. - Т. 12, № 3. - С. 31-39.

4. Лебедева О.В., Полянина Э.З., Кирилочев О.К., Каширская Е.И. Реабилитация глубоко недоношенных новорожденных: значение и перспективы развития // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2021. - № 6. - С. 108-114.

5. Сарыева О.П., Проценко Е.В. Патогенетические аспекты внутрижелудочковых кровоизлияний у глубоконедоношенных новорожденных // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. - 2023. - Т. 31, № 3. - С. 481-488

6. Сафина А.И., Волянюк Е.В. Отдаленные психоневрологические исходы глубоко недоношенных детей, перспективы диагностики и коррекции // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2020. - Т. 65, № 5. - С. 227-231.

7. Цечоева Т.К., Романов А.Ю., Ушакова Л.В. и др. Структурные поражения (внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция), выявляемые в процессе выхаживания детей, родившихся с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела // Неонатология: новости, мнения, обучение. - 2024. - Т. 12, № 3. - С. 23-30.

8. Шибельгут Н.М., Мозес В.П., Рудаева Е.В. и др. Ятрогенная родовая травма органа зрения у новорожденных // Мать и Дитя в Кузбассе. - 2025. - № 1 (100). - С. 66-69.

9. Ballabh P., de Vries L.S. White matter injury in infants with intraventricular haemorrhage: mechanisms and therapies // Nat. Rev. - 2021. - Vol. 17, № 4. - P. 199-214.

10. Cizmeci M.N. Periventricular hemorrhagic infarction in very preterm infants:

characteristic sonographic findings and association with neurodevelopmental outcome at age 2 years // J. Pediatr. - 2020. - Vol. 217. - P. 79-85.

11. Egesa W.I. Germinal matrix-intraventricular hemorrhage: a tale of preterm infants // Int. J. Pediatr. (United Kingdom). - 2021. - Vol. 2021. - P. 1-14.

12. Hunnali C.R., Devi U., Kitchanan S.G. Three different regimens for vitamin k birth prophylaxis in infants born preterm: a randomized clinical trial // J. Pediatr. - 2023. - Vol. 255. - P. 98-104.

13. Perlman J.M. Periventricular-intraventricular hemorrhage in the premature infant - a historical perspective // Semin. Perinatol. - 2022. - Vol. 46, № 5. - Article ID 151591.

14. Turova V., Sidorenko I., Eckardt L. Machine learning models for identifying preterm infants at risk of cerebral hemorrhage // PLoS One. - 2020. - Vol. 15, № 1. - Article ID e0227419.

15. Villamor-Martinez E., Fumagalli M., Mohammed Rahim O., Passera S., Cavallaro G., Degraeuwe P. Chorioamnionitis is a risk factor for intraventricular hemorrhage in preterm infants: a systematic review and meta-analysis // Front. Physiol. - 2018. - Vol. 9. - P. 1253.

Сведения об авторах:

Раҳматова Рухиона Акрамовна – мудири шуъбаи табобати интесивӣ ва беҳисгардонии кӯдаконаи МД ММТ ҶТ – “Шифобахш”, д.и.т., дотсент

Раҳимов Фирдавс Сергеевич – унвонҷӯи Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдаконаи Тоҷикистон

Набиев Зоҳир Нарзуллоевич – сардори шуъбаи хизматрасонии тиббӣ ба модарону кӯдакон ва танзими оилаи ВТ ва ҲИА ҶТ, д.и.т., профессор

Музаффаров Шамшод Сабоҳиддинович – ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №2-и ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе, Тоҷикистон, н.и.т.

УДК 616.943

УРОВНИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ДО И ПОСЛЕ РОДОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БАЛЛОННОГО КАТЕТЕРА

Фозилова Н.А.

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

Цель исследования. Изучить уровень маркеров воспаления после родов при использовании баллонного катетера для уточнения рисков развития септических осложнений при этом методе индукции.

Материал и методы. Обследованы 32 женщины (основная группа), которым проводили индукцию методом дилатации шейки матки с использованием баллонного катетера, и 38 женщин, которым индукция родов проводилась с использованием простагландина E1 (мизопростол) – группа сравнения.

Всем женщинам проводили оценку шейки матки по шкале Бишоп, лабораторное определение показателей развернутого анализа крови, уровня С-реактивного белка, подсчет показателя отношения нейтрофилов к лимфоцитам.

Результаты. Установлена примерно одинаковая эффективность по длительности индукции и длительности родов, отсутствие клинических, ультразвуковых и лабораторных показателей инфекции и воспалительного ответа организма в послеродовом периоде изученных методов индукции.

Заключение. Применение баллонного катетера для индукции родов не увеличивает частоту послеродовых септических осложнений.

Ключевые слова: беременность, индукция родов, мизопростол, баллонный катетер, эффективность, маркеры воспаления

САТҲИ МАРКЕРҲОИ ИЛТИҲОБӢ ПЕШ АЗ ВА БАӢД АЗ ТАВАЛЛУД БО ИСТИФОДА АЗ КАТЕТЕРИ ФОЛЕ

Фозилова Н.А.

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

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши сатҳи маркерҳои илтиҳобӣ пас аз таваллуд ҳангоми истифодаи катетери баллон барои равшан кардани ҳаҷари пайдоиши мушкилоти септикӣ бо ин усули индуксия.

Мавод ва усулҳо. Мо 32 занро (гурӯҳи асосӣ), ки бо роҳи васеъшавии гарданаки бачадон бо истифода аз катетери баллон ба вуҷуд оварда шудаанд ва 38 зане, ки бо истифода аз простагландини E1 (мизопростол) - гурӯҳи муқоисавӣ ба амал омадаанд, муоина кардем. Ҳамаи занон аз арзёбии гардани бачадон бо истифода аз ҷадвали Бишоп, муайянкунии лаборатории нишондиҳандаҳои ҳисобкунии пурраи хун, сатҳи сафедаи С-реактивӣ ва ҳисобкунии таносуби нейтрофил ба лимфоситҳо гузаронида шуданд.

Натиҷаҳо. Тақрибан яхела самаранокӣ давомнокии индуксия ва давомнокии валодат, набудани нишондодҳои клиникӣ, ултрасадоӣ ва лаборатории сироят ва аксуламали илтиҳобии бадан дар давраи пас аз таваллуди усулҳои индуксионии омӯхташуда муқаррар карда шуд.

Хулоса. Истифодаи катетери баллонӣ барои индуксияи валодат боиси афзоиши мушкилоти септикий пас аз таваллуд намешавад.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, индуксияи валодат, мизопростол, катетери баллонӣ, самаранокӣ, маркерҳои илтиҳобӣ

LEVELS OF INFLAMMATION MARKERS BEFORE AND AFTER DELIVERY USING A BALLOON CATHETER

Fozilova N.A.

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 level of inflammation markers after childbirth using a balloon catheter to clarify the risks of developing septic complications with this method of induction.

Material and methods. The study involved 32 women (main group) who underwent induction by cervical dilation using a balloon catheter and 38 women whose labor was induced using prostaglandin E1 (misoprostol) – the comparison group. All women underwent a Bishop cervical assessment, laboratory determination of the indicators of a complete blood count, the level of C-reactive protein, and calculation of the neutrophil-to-lymphocyte ratio.

Results. Approximately the same efficiency was established in terms of the duration of induction and the duration of labor, the absence of clinical, ultrasound and laboratory indicators of infection and inflammatory response of the body in the postpartum period of the studied induction methods.

Conclusion. The use of a balloon catheter for induction of labor does not increase the incidence of postpartum septic complications.

Key words: pregnancy, induction of labor, misoprostol, balloon catheter, efficacy, inflammatory markers

Актуальность

В последние десятилетия в практике акушеров-гинекологов индукция родов занимает важное место при выборе способа родоразрешения, являясь альтернативным методом при необходимости планирования родов. На сегодняшний день в развитых странах каждая 4-я женщины рождает после искусственно вызванных родов. Частота индукции родов с целью сокращения продолжительности беременности в настоящее время продолжает расти. Так, в странах Азии частота индукции родов в срок составляет 35%, намного ниже этот показатель представляют страны Африки [13].

Существуют различные фармакологические и нефармакологические методы индукции родов. Среди нефармакологических методов индукции родов дилатация шейки матки с использованием баллонного катетера Фолея приобретает важное значение в тех случаях, когда имеет место необходимость более бережного вмешательства как для матери, так и для плода. Грамотный подход в выборе метода индукции родов способствует снижению частоты кесарева сечения,

улучшает акушерские и перинатальные исходы [8, 11].

Исследования по изучению вопросов эффективности, приемлемости и безопасности использования баллонного катетера характеризуются неоднозначностью, в некоторых случаях противоречивостью. Эффективность способа индукции характеризуют такие параметры, как длительность индукции, отсутствие эффекта от индукции, частота кесарева сечения после начала индукции. Приемлемость означает наличие побочных эффектов. Безопасность метода индукции можно оценить по количеству осложнений индукции, таких как гиперстимуляция, разрыв матки, преждевременная отслойка плаценты, дистресс плода. Однако использование любых методов индукции родов требует качественного наблюдения за женщиной, способствующего своевременному выявлению осложнений индукции и проведения кесарева сечения, что снижает опасность индукции родов [3, 4, 5, 7, 10].

Рандомизированное исследование, целью которого было сравнить эффективность и безопасность применения для индукции родов отдельно простаглан-

динов и внутрицервикальных катетеров с комбинированным применением этих методов, показало, что ни у одной женщины не было хориоамнионитов или гиперстимуляции [2].

Комбинация перорального мизопростала с трансцервикальным катетером Фолея значительно сокращала интервал от индукции до родов, доля женщин, рожавших естественным путем в течение 24 часов, была значительно выше. Следовательно, использование перорального мизопростала с катетером Фолея для индукции родов является полезным методом сочетания дилатации шейки матки с препаратом, вызывающим сокращения матки [1].

Одним из вопросов, требующих уточнения и научного обоснования, остается вопрос рисков развития септических осложнений при индукции родов, в особенности манипуляции дилатации шейки матки с использованием баллонного катетера. Для установления связи инфекции, разрыва шейки матки и разрыва промежности с послеродовым кровотечением при вагинальных родах, вызванных баллонным катетером, было проведено исследование, в котором ретроспективно проанализированы случаи послеродовых кровотечений у женщин с индуцированными баллонным катетером родами. Сравнение факторов риска послеродового кровотечения установило, что инфекция, разрыв шейки матки и разрыв промежности не являются независимыми факторами риска послеродового кровотечения у женщин, рожающих с использованием баллонного катетера – применение баллонного катетера или окситоцина повышает риски разрывов шейки матки и промежности. Однако частота инфекции не изменялась. Разрыв шейки матки и разрыв промежности повышают риск послеродового кровотечения у женщин, находящихся на индукции родов [9, 14].

Использование баллонного катетера для индукции родов способствует

улучшению созревания шейки матки, сокращению продолжительности родов, особенно в случаях плохой зрелости шейки матки, и увеличению частоты родов в течение 24 часов [12].

При применении баллонного катетера и последующим окситоцином ряд авторов предлагают с целью снижения частоты инфекции применять введение окситоцина в высоких дозах с последующим прекращением введения после достижения активной фазы. Авторы указывают на ряд преимуществ: увеличение частоты вагинальных родов, снижение уровня материнской и неонатальной инфекции. Частота послеродовых кровотечений, уровень pH пуповинной артерии $<7,05$ или госпитализация новорожденных в отделения интенсивной терапии не различались между когортами [6].

Цель исследования

Изучить уровень маркеров воспаления после родов при использовании баллонного катетера для уточнения рисков развития септических осложнений при этом методе индукции.

Материал и методы исследования

Обследованы 32 женщины (основная группа), которым проводили индукцию методом дилатации шейки матки с использованием баллонного катетера, и 38 женщин, которым индукция родов проводилась с использованием простагландина E1 (мизопростол) – группа сравнения. Критериями включения в группы обследованных женщин явились репродуктивный возраст, беременность в сроки от 32 недель до 42 недель беременности, целый плодный пузырь, отсутствие клинических и лабораторных признаков инфекции. В основную группу были включены женщины с оценкой шейки матки по шкале Бишопа 5, 6, 7 баллов, в группу сравнения – 6, 7 баллов. Критериями исключения явились дородовой разрыв плодных оболочек, наличие любых противопоказаний для индукции родов. Критериями исключения из основ-

ной группы явилась индукция родов мизопростом, из группы сравнения – индукция родов методом дилатации шейки матки.

Методы исследования включали общеклинические: сбор анамнеза, акушер-

ское исследование (приемы Леопольда, аускультация сердцебиения плода), оценка шейки матки по шкале Бишопа. Оценку зрелости шейки матки проводили по модифицированной шкале Бишопа [6].

Таблица 1

Модифицированная шкала Бишопа (Bishop score)

Характеристика шейки матки	Модифицированная шкала Bishop			
Раскрытие (см)	1	2	3	4
Длина (см)	<1	1-2	3-4	>4
Положение предлежащей части относительно седалищных остей (см)	Выше на 3 см (-3)	Выше на 2 см (-2)	Выше на 1 см или на уровне (-1/0)	Ниже на 1-2 см (+1/+2)
Консистенция	Плотная	Умеренно размягчена	Мягкая	-
Положение относительно проводной оси таза	Кзади	По центру/кпереди	-	-

Модификация суммы баллов

Добавить 1 балл к оценке в случаях: преэклампсии, самопроизвольных родов в анамнезе. Отнять 1 балл в случаях: переносенная беременность; первые предстоящие роды; преждевременного излития вод или длительного безводного периода. Интерпретация балльной оценки зрелости шейки матки: «незрелая» - 0–5 баллов; «недостаточно зрелая»: 6–7 баллов; «зрелая»: 8–13 баллов.

Методика введения катетера Фолея: введение катетера Фолея в шейку матки, выведенную в зеркалах до уровня за пределами внутреннего зева с последующим раздуванием баллончика 30-80 мл физиологического раствора с помощью шприца. Надувной баллончик располагали выше внутреннего зева. Остальной катетер фиксировали клейкой лентой к ноге пациентки. Катетер оставляли на 12-18 часов. Перед удалением спускали баллончик. Затем при необходимости

продолжали индукцию окситоцином по общепринятой схеме [2].

Способ применения мизопростола (перорально) – 200 мкг (1 таблетка в растолченном виде растворяется в 200 мл воды, принимается по 25 мл каждые 2 часа пока не начнутся схватки; максимальная доза - 200 мг). Инфузия окситоцина возможна не ранее чем через 6 часа после последней дозы мизопростола.

Клинический (общий) анализ крови – это развернутое исследование качественного и количественного состава крови, при котором проводится характеристика эритроцитов, лейкоцитов и их разновидностей в процентном соотношении (лейкоцитарная формула) и тромбоцитов. Клинический (общий) анализ крови проводили методом аппаратного подсчета с помощью анализатора при заборе материала (капиллярная кровь), в единицах измерения клетки крови /л, гемоглобин г/л.

Таблица 2

Нормальные показатели развернутого анализа крови у беременных женщин

Показатель	3-й триместр
Гемоглобин (г/л)	110-150
Гематокрит (%)	30-40
Эритроциты (к/л)	2,7-4,5
Тромбоциты (к/л)	145-430
Лейкоциты (к/л)	5,9-11
Нейтрофилы (к/л)	3,9-10,1
Лимфоциты (к/л)	10-36
Моноциты (к/л)	0,1-14
Эозинофилы (к/л)	0-6
Базофилы (к/л)	0-1

Тест на С-реактивный белок измеряет уровень С-реактивного белка в крови, который печень выделяет в кровоток в ответ на воспаление. Содержание СРБ в крови растет при воспалительном процессе очень быстро (за 6-8 часов). Норма С-реактивного белка — до 20 мг/л.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программы IBM SPSS Statistics (США). Использованы классические методы описательной статистики: определение методы вариационной статистики вычисление $M \pm m$ и показателя статистической значимости. Для относительных величин вычислены доли (%). Сравнительный анализ проводили с использованием критерия χ^2 , при количестве данных менее 10 - с поправкой Йейтса. Сравнение совокупностей по связанным количественным признакам проводили по t-критерию Стьюдента, для малочисленных групп – по U-критерию Мана-Уитни. Результаты были статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст женщин основной группы составил $26,5 \pm 0,8$ лет, группы сравнения - $27,8 \pm 0,8$ лет, что не имело статистически значимых различий ($p > 0,05$). Частота экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности в группах обследованных женщин представлена в таблице 3.

Как видно из представленных данных, распределение обследованных женщин по паритету в основной группе и группе сравнения не имело статистически значимых различий при сравнении количества первородящих, повторнородящих и многорожавших женщин ($p > 0,05$). Установлено статистически значимое ($< 0,05$) увеличение количества женщин с ОРВИ в анамнезе (χ^2 с поправкой Йейтса = 7,828) и анемией (χ^2 с поправкой Йейтса = 11,138) среди женщин с индукцией баллончиком Фолея, по сравнению с группой женщин с индукцией мизопростолом.

Показания для индукции родов представлены в таблице 4, из которой видно, что частота показаний для индукции родов в обеих группах была примерно одинаковой и не имела статистически значимых отличий ($p > 0,05$).

Сравнение продолжительности времени от начала индукции родов до начала регулярных схваток в группах обследованных женщин не установило статистически значимых ($p > 0,05$) отличий. Также статистически значимых отличий ($p > 0,05$) не выявлено при сравнении продолжительности самих родов в группе индукции мизопростолом и индукции баллончиком (табл. 5), что свидетельствует о примерно одинаковой эффективности обоих изученных методов индукции.

Таблица 3

Частота экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности в группах обследованных женщин

Показатель	Группа		p
	основная (n=32)	сравнения (n=38)	
Средний возраст (лет)	26,5±0,8	27,8±0,8	>0,05
Первородящие (%)	6 (19)	13 (34,2)	>0,05
Повторнородящие (%)	19 (59,4)	15 (39,5)	>0,05
Многорожавшие (%)	7 (22)	10 (26,3)	>0,05
Анемия (%)	30 (94)	21 (55,2)	<0,001
Заболевания почек (%)	7 (22)	10 (26,3)	>0,05
ОРВИ в анамнезе (%)	29 (91)	22 (58)	<0,05
Многоводие (%)	1 (3,1)	5 (13,1)	>0,05
Маловодие (%)	12 (37,5)	11 (29)	>0,05
Нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» (%)	4 (12,5)	2 (5,3)	>0,05

Примечание: p>0,05 статистически значимое отличие между группами по χ^2 с поправкой Йетса

Таблица 4

Частота показаний для индукции родов в группах обследованных женщин

Показание	Группа		p
	основная (n=32)	сравнения (n=38)	
Гипертензивные нарушения	20 (62,5%)	24 (63,2%)	>0,05
Переносенная беременность	10 (31,3%)	13 (34,2%)	>0,05
Острое маловодие	1 (3,1%)	1 (2,6%)	>0,05
СЗП	1 (3,1%)	0	>0,05

Примечание: p>0,05 статистически значимое отличие между группами по χ^2 с поправкой Йетса

Таблица 5

Средняя продолжительность от начала индукции родов до начала родов и родов в группах обследованных женщин

Показатель	Группа		p
	основная (n=32)	сравнения (n=38)	
Продолжительность от начала индукции до начала родов (мин)	723,6±62,6	810,5±86,4	>0,05
Продолжительность родов (мин)	468,9±25,03	502,3±74,5	>0,05

Примечание: p>0,05 статистически значимое отличие между группами по χ^2 с поправкой Йетса

Средние показатели общего развернутого анализа крови женщин обследо-

ванных групп после родов представлены в таблице 6.

Таблица 6

Средние показатели общего развернутого анализа крови женщин обследованных групп

Показатель	Группа		p
	основная (n=32)	сравнения (n=38)	
Гемоглобин, г/л	100,8±2,07	105,6±1,99	>0,05
СОЭ, мм/ч	15,4±0,7	16,1±1,1	>0,05
Эритроциты, г/л	3,5±0,15	3,7±0,31	>0,05
Лейкоциты, %	7,8±0,3	7,9±0,6	>0,05
Нейтрофилы, %	59,2±1,8	60,1±1,9	>0,05
Лимфоциты, %	31,7±2,2	30,7±1,92	>0,05
Моноциты, %	6±0,4	5±0,5	>0,05

Примечание: p - статистически значимое различие в группах обследованных женщин при p < 0,05 по Стьюденту

Общий развернутый анализ крови позволяет обнаружить отклонения в работе кроветворной системы, определить наличие воспалительных процессов, инфекций, а также оценить общее состояние организма. Если содержание лейкоцитов увеличено, это может свидетельствовать о наличии инфекции, воспаления или других патологических процессов в организме. Повышенное количество нейтрофилов часто может быть свидетельством воспалительного процесса самого различного генеза. Их повышение может указывать на активацию воспалительного процесса или инфекцию. Отношение нейтрофилов к лимфоцитам является показателем системного воспаления. Средний показатель отношения нейтрофилы/лейкоциты у женщин основной группы составил $2,1 \pm 0,4$, что не имело статистически значимых ($p > 0,05$) различий, по сравнению с соответствующим показателем у женщин, которым индукция проводилась с использованием мизопростала ($1,96 \pm 0,78$).

Минимальное значение С-реактивного белка в основной группе составило 4 мг/л, максимальное – 11,2 мг/л. Средние показатели С-реактивного белка после родов

в основной группе составили $5,7 \pm 0,2$ мг/л, в группе сравнения - $6,9 \pm 1,6$ мг/л, что не имело статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Всем женщинам проводили послеродовый мониторинг – вели профиль температуры и пульса, оценивали характер выделений из половых путей. УЗИ на 3-й день послеродового периода, при котором отмечали наличие признаков эндометрита. Ни у одной женщины не было выявлено клинических или ультразвуковых признаков эндометрита.

Заключение

Несмотря на статистически значимое увеличение количества женщин с ОРВИ в анамнезе и женщин с анемией в группе пациенток, которым для индукции использовали балонный катетер, средние показатели развернутого анализа крови (гемоглобин, лейкоциты, нейтрофилы, лимфоциты и моноциты) не имеют статистически значимых отличий от соответствующих показателей в группе женщин с индукцией мизопростолом.

Продолжительность от начала индукции до начала родовой деятельности и продолжительность родов при индукции

родов с использованием баллонного катетера и мизопростола сопоставимы, что подтверждает одинаковую эффективность данных методов индукции родов.

Отсутствие статистически значимых отличий средних показателей С-реактивного белка и соотношения нейтрофилов к лимфоцитам у женщин с индукцией родов путем дилатации шейки матки и женщин с индукцией питьевым мизопростолом свидетельствуют о том,

что инструментальный метод и медикаментозный метод индукции родов не отличаются по показателям системного воспаления.

Использование баллонного катетера у женщин с целым плодным пузырем для индукции родов не увеличивают частоту септических осложнений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Anjali Jain S., Pasrija S., Kille H.C. Labor induction with combined low-dose oral misoprostol and Foley catheter vs oral misoprostol alone at term gestation-a randomized study. // *AJOG Glob Rep.* – 2022. – Vol. 2 (3). – P. 100060.

2. Chowdhary A., Bagga R., Jasvinder K. et al. Comparison of intracervical Foley catheter used alone or combined with a single dose of dinoprostone gel for cervical ripening: a randomised study. // *J Obstet Gynaecol.* – 2019. – Vol. 39 (4). – P. 461-467.

3. Diguisto C., Le Gouge A., Arthuis C. et al. Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (GROG). Cervical ripening in prolonged pregnancies by silicone double balloon catheter versus vaginal dinoprostone slow release system: The MAGPOP randomised controlled trial. // *PLoS Med.* – 2021. – Vol. 18 (2). – e1003448.

4. Ducarme G., Berthommier L., Planche L. Predictors of efficacy for cervical ripening among the Bishop score criteria in nulliparous women at term. // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2023. – Vol. 161 (3). – P. 934-941.

5. Ducarme G., Gilman S., Sauvee M., Planche L. Cervical ripening balloon compared with vaginal dinoprostone for cervical ripening in obese women at term: A prospective cohort study. // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2024. – Vol. 22.

6. Kruit H., Nupponen I., Heinonen S., Rauhkonen L. Comparison of delivery outcomes in low-dose and high-dose oxytocin regimens for induction of labor following cervical ripening

with a balloon catheter: A retrospective observational cohort study. // *PLoS One.* – 2022. – Vol. 17 (4). – e0267400.

7. Lauterbach R., Ben Zvi D., Dabaja H. et al. Vaginal Dinoprostone Insert versus Cervical Ripening Balloon for Term Induction of Labor in Obese Nulliparas-A Randomized Controlled Trial. // *J Clin Med.* – 2022. – Vol. 11 (8). – P. 2138.

8. Pfleiderer M., Gilman E., Grüttner B. et al. Maternal and Perinatal Outcome After Induction of Labor Versus Expectant Management in Low-risk Pregnancies Beyond Term. // *In Vivo.* – 2024. – Vol. 38 (1). – P. 299-307

9. Salazar S., Grayson K., Tsamolias H. Cervical Lacerations: A Review of Risks. // *J Midwifery Womens Health.* – 2024. – Vol. 69 (2). – P. 300-303

10. Sangram Singh B., Joshi K., Pajai S. Intra-cervical Foley Balloon Catheter Versus Prostaglandins for the Induction of Labour: A Literature Review. // *Cureus.* – 2023. – Vol. 15 (1). – e33855

11. Seijmonsbergen-Schermers A.E., van den Akker T., Rydahl E. et al. Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. // *PLoS Medicine.* – 2020. – Vol. 17. – e1003103.

12. Wen C., Liu X., Wang Y., Wang J. Conventional versus modified application of COOK Cervical Ripening Balloon for induction of labor at term: a randomized controlled trial. // *BMC Pregnancy Childbirth.* – 2022. – Vol. 22 (1). – P. 739

13. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2015. [Available at: <https://apps.who.int/>

iris/bitstream /handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf?ua=1] (Accessed: 12 July 2021).

14. Yi J., Chen L., Meng X., Chen Y. The infection, cervical and perineal lacerations in relation to postpartum hemorrhage following vaginal delivery induced by Cook balloon catheter. // Arch Gynecol Obstet. – 2024. – Vol. 309 (1). – P. 159-166.

Сведения об авторе:

Фозилова Нилуфар – соискатель ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», врач Согдийского областного родильного дома; тел.: (+992) 927470096; e-mail: nilufar_f1988@mail.ru

УДК 618.1-089.87

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ГИСТЕРЭКТОМИЮ

Хакимова Н.Т.

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

Цель исследования. Изучить клинико-anamнестическую характеристику при гиперпластических процессах эндо- и миометрия и установить факторы риска их развития у женщин, перенесших гистерэктомию.

Материал и методы. Ретроспективно исследованы истории болезни 100 женщин репродуктивного и климактерического возраста после суправагинальной гистерэктомии. Из их числа были сформированы 3 группы: I группа (основная) - 50 женщин с гиперплазией эндо- и миометрия с надвлагалищной ампутацией матки без придатков; II группа (сравнимая) - 50 женщин с надвлагалищной ампутацией матки с придатками; III группа (контрольная) - 38 женщин без гиперпластических заболеваний репродуктивных органов и молочных желез.

По специально разработанной карте, состоящей из 45 вопросов индивидуальных данных, изучены основные аспекты клинико-anamнестической характеристики участниц исследования. Изучены данные соматического и гинекологического анамнезов, особенности менструальной и репродуктивной функций, общего и гинекологического осмотров, УЗИ матки и придатков, щитовидной железы.

Результаты. Установлено, что большинство исследованных I и II групп были сельскими жительницами со средним образованием, повторнородящими, имели низкий индекс здоровья, позднее менархе, раннее вступление в брак и короткие межродовые интервалы. Из соматических болезней преимущественное большинство больных перенесли грипп, ОРВИ, каждая пятая (20,5% и 19,3%) имела избыточный вес или ожирение. Из гинекологических заболеваний - дисгормональные заболевания, мастопатия (9,2% и 11,5%), ациклические кровотечения (16,2% и 11,5%), аборт (10,6% и 12,4%), каждая четвертая и третья (25% и 37,4%) имели в анамнезе один или несколько спонтанных выкидышей, каждая восьмая /седьмая - разрывы мягких тканей и шейки матки в родах, почти каждая десятая - кисты, миомы и кольпиты, при этом почти 1/3 женщин в группах в прошлом перенесли ЗППП.

Заключение. Ранее выявление факторов риска на первичном уровне оказания помощи женщинам, своевременное и эффективное лечение инфекций, гинекологической патологии, дисгормональных и гиперпластических процессов репродуктивной системы являются профилактикой гистерэктомии, онкопатологии и онкологических рисков. Своевременное, активное и доступное информирование женщин о последствиях гиперпластических процессов репродуктивных органов и онкологических рисках будет способствовать сохранению здоровья и качества жизни женщин.

Ключевые слова: факторы риска, гиперплазия репродуктивной системы, дисгормональные заболевания, ациклические кровотечения

ОМУЗИШИ ХУСУСИЯТХОИ КЛИНИКИ-АНАМНЕСТИКИИ ГИРИФТОРИИ ГИПЕРПЛАЗИЯИ ЭНДО ВА МИОМЕТРИИ БО ОМИЛХОИ ХАТАРИ ИНКИШОФИ ОНХО ДАР ЗАНХОИ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ШУДА

Хакимова Н.Т.

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

Мақсади тадқиқот. Омузиши хусусиятҳои клиники ва анамнестии гирифтори гиперплазияи эндо ва миометрий бо омилҳои хатари инкишофи онҳо дар занҳои гистерэктомия шуда.

Мавод ва усулҳо. Ба таври ретроспективи 138 таърихи беморон, ки дар шӯъбаи гинекологии «Пажушишгоҳи акушери, гинекологи ва перинатологии Тоҷикистон» ва шӯъбаи гинекологии беморхонаи ш. Кулоб, ки бо сабаби процесҳои гиперплазияи эндо ва миометрий дар солҳои 2012-2017 чарроҳи шудаанд, омӯхта шуд. Аз ин шумора барои тадқиқоти ретроспективи 3 гуруҳ ташкил карда шуданд: I-ум гуруҳ - 50 зан бо ампутатсияи бачадон бе овезаҳо; II-ум гуруҳ - 50 зан бо ампутатсияи бачадон бо овезаҳо; III гуруҳ - 38 зан бе ҷунин аворизҳои узвҳои таносул. Барои таҳқиқи тадқиқот картаи илми/анкета тарҳрезӣ шуд, ки он иборат аз 45 савол оиди шахсият, сатҳи дониш, касбу кор, бемориҳои соматикӣ, гинекологи ва аворизҳои анамнези репродуктиви буд.

Натиҷаҳо. Дар натиҷаи тадқиқот маълум карда шуд, ки бештари занҳои бемор сокини деҳот, сатҳи миёнаи хониш дошта, аз назари паритет якҷанд маротиба таваллудкарда буданд. Аз беш зиеди онҳо илтиҳоби роҳҳои нафас, зукомро гузаронида, ҳар як панҷум хайзи аввали дервоқеъишуда дошта, ҳар 5-умин бо вазни зиёд фарбеҳӣ буд. Аворизҳои дисгормонали, мастопатия дар 9,2% ва 11,5% ҳолат, хунравии асиклики дар 16,2% ва 11,5%; дар 10% ва 16% зан катъи ҳамли сунъӣ, дар ҳар як чорумин (25% ва 37,2%) - катъи ҳамли худсарона, дар ҳар ҳафтум - дариши гарданаки бачадон ва аз 1/3 қисми онҳо бемориҳои гузарандаи ҷинси гузарондааст.

Хулоса. Бармаҳал муайянкунӣ омилҳои хатар дар зинаи аввали кумаки тиббӣ, табобатҳои саривакт ва самараноки бемориҳои сирояти ва гинекологи, дисгормонали ва процесҳои гиперпластикии узвҳои таносул, профилактикаи гистерэктомия, онкопатология ва хатари онкологии аст. Иттилооти муосир ва фаҳмо додан ба занҳо оиди оқибатҳои процесҳои гиперпластикии узвҳои таносул ва хатарҳои онкологии ба сифатнокӣ ҳаёт ва сифати солимии занҳо мусоидат мекунад.

Калимаҳои асосӣ: омилҳои хатарнок, гиперплазияи узвҳои таносул, бемориҳои дисгормонали, хунравии асиклики

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDO- AND MYOMETRIUM IN WOMEN WHO HAVE UNDERGOEN HYSTERECTOMY

Khakimova N.T.

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. The study is to study the clinical and anamnestic characteristics of hyperplastic processes of the endo- and myometrium and to establish risk factors for their development in women who have undergone hysterectomy.

Material and methods. The case histories of 100 women of reproductive and climacteric age, after supravaginal hysterectomy in the gynecological departments of the clinic Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology and Kulyab, for the period 2012-2017, were retrospectively examined. Of these, 3 groups were formed: Group I (main) - 50 women with hyperplasia of the endo- and myometrium with supravaginal amputation of the uterus without appendages; Group II (comparative) - 50 women with supravaginal amputation of the uterus with appendages; Group III (control) - 38 women without hyperplastic diseases of the reproductive organs and mammary glands.

According to a specially developed card consisting of 45 questions of individual data, the main aspects of the clinical and anamnestic characteristics of the study participants were studied. The results of the somatic and gynecological anamnesis, features of menstrual and reproductive function, general and gynecological examinations, ultrasound of the uterus and appendages, thyroid gland were studied.

Results. It was found that the majority of the subjects of groups I and II were: rural residents with secondary education, multiparous, had a low health index, late menarche, early marriage and short interbirth intervals. Of the somatic diseases, the vast majority of patients had suffered from: - flu, acute respiratory viral infections, every fifth (20.5% and 19.3%) was overweight or obese. Of the gynecological diseases - dysgormonal diseases, mastopathy (9.2% and 11.5%), acyclic bleeding (16.2% and 11.5%), abortions (10.6% and 12.4%), every fourth and third (25% and 37.4%) had a history of one or more spontaneous miscarriages, every eighth / seventh - ruptures of soft tissues and the cervix during childbirth, almost every tenth - cysts, fibroids and colpitis, while almost 1/3 of the women in the groups had suffered from STIs in the past.

Conclusion. Early detection of risk factors at the primary level of care for women, timely and effective treatment of infections, gynecological pathology, dyshormonal and hyperplastic processes of the reproductive system is the prevention of hysterectomy, oncopathology and oncological risks. Timely, active and accessible information to women about the consequences of hyperplastic processes of the reproductive organs and oncological risks will help maintain the health and quality of life of women.

Key words: risk factors, hyperplasia of the reproductive system, dyshormonal diseases, acyclic bleeding

Актуальность

Гиперплазия эндо- и миометрия матки и гиперпластические процессы всей системы репродуктивных органов являются одной из важных проблем современной гинекологии.

Они связаны с дисгормональными изменениями в организме женщин, постепенно трансформирующимися в гиперпластические процессы репродуктивных органов. Данные процессы, нередкие в репродуктивном и климактерическом периодах, часто завершаются в итоге операцией гистерэктомии с вариантами: с придатками либо без придатков (в зависимости от распространенности поражения), по объему охвата - тотальными или субтотальными, по доступу и методу выполнения - традиционным либо лапароскопическим методами [1, 5].

Как известно, основными гинекологическими причинами гистерэктомий в мире у женщин репродуктивного и климактерического периодов являются дисгормональные гиперпластические процессы - доброкачественные или злокачественные новообразования репродуктивных органов. В числе самых частых причин гистерэктомии в структуре доброкачественных новообразований и заболеваний органов репродуктивной системы находятся миома матки, глубоко инфильтрированный аденомиоз тела матки и не поддающиеся терапии ациклические кровотечения [4, 7]. В акушерстве частая и основная причина гистерэктомий - акушерские ситуации экстренного порядка (массивные акушерские кровотечения, матка Кювелера, разрывы матки, ДВС и др.).

Исходя из того, что в последние годы частота гиперплазии репродуктивных

органов не имеет тенденции к снижению, и, напротив, миома матки и аденомиоз все более «омолаживаются», гистерэктомия в таком репродуктивном возрасте - нежелательный выбор, так как, являясь органудаляющей операцией, тем самым необратимо выключает репродуктивную функцию. Консервативная миомэктомия в таких ситуациях признается оптимальным методом лечения у женщин репродуктивного возраста, однако при множественных, хаотично расположенных узлах или диффузных вариантах невыполнима и причем не решает проблему окончательно [1, 2, 7].

Так, установлено, что в отдаленных последствиях консервативной миомэктомии нередко в процессе рецидива гиперплазии репродуктивных органов одновременно развиваются дисгормональные заболевания и в молочных железах [2, 3, 6].

В Таджикистане проведены единичные работы по изучению заболеваний молочных желез при гиперпластических процессах эндо- и миометрия.

Однако в последние годы не проводилось целенаправленных исследований по изучению предикторов, т.е. клинико-анамнестических факторов риска (ФР) развития выше названных состояний и отсутствуют научно-обоснованные рекомендации по ведению такого рода группы больных. Учитывая вышеизложенное, было решено исследовать ФР и клинико-анамнестическую характеристику данной категории пациенток.

Цель исследования

Изучить клинико-анамнестическую характеристику больных при гиперпластических процессах эндо- и миометрия, перенесших гистерэктомию, и установить факторы риска их развития.

Материал и методы исследования

Согласно цели исследования, ретроспективно изучены клинико-анамнестические данные 100 больных, госпитализированных и оперированных в гинекологических отделениях ТНИИАГиП и областного родильного дома г. Куляба.

I группа (основная) – 50 пациенток репродуктивного возраста, которым произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков;

II группа (сравнения) – 50 пациенток после надвлагалищной ампутацией матки;

III группа (контрольная) - 38 женщин без гиперпластических заболеваний репродуктивных органов и молочных желез.

Критерии включения – женщины репродуктивного и перименопаузального периодов, перенесшие операцию суправагинальной гистерэктомии.

Критерии исключения – женщины с подтвержденным раком репродуктивной системы и молочных желез.

Лабораторные исследования включали: общеклинические исследования - анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, мазок на флору и ИППП, бакпосев на флору с определением чувствительности; функциональные иссле-

дования - УЗИ репродуктивных органов, щитовидной железы и молочных желез.

Для статистической обработки материала использована программа Statistika 10.0 (StatSoft, USA). Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения, для качественных показателей вычисляли процентное значение. Парные сравнения между независимыми группами по количественным признакам проводились по U-критерию Манна Уитни, множественные сравнения - по H-критерию Крускала - Уоллиса, сравнения между независимыми группами по качественным показателям проводилось с поправкой Йетса и по точному критерию Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных социальных и анамнестических данных в группах показал, что по месту жительства, возрасту, паритету и социальному статусу группы сопоставимы.

Из представленных данных следует, что большинство обследованных женщин были жительницами села – 110/79,7±3,4% и всего лишь - 28/20,2±3,4% женщин были жительницами городов республики (табл. 1).

Таблица 1

Сведения о месте жительства обследованных женщин

Группа	Жительницы города		Жительницы села	
	n	M±m, %	n	M±m, %
I n-50	6	12±4,6	44	88±4,6
II n-50	10	20±5,6	40	80±5,6
III n-38	12	40±8,9*	26	86,7±6,2
Всего 138	28	20,2±3,4	110	79,7±3,4

Анализ социального статуса участниц в группах исследования показал, что также преимущественное большинство пациенток в группах были домохозяйками, обременены домашними делами и физическими нагрузками сельской жизни. Преимущественное большин-

ство участниц групп имели начальное или полное / неполное среднее образование, не знали и не информированы о симптомах и последствиях хронических гинекологических заболеваний и гиперпластических процессов репродуктивных органов.

В связи с этим, большинство из них, не имея сведений и времени на свое здоровье, но имея многолетние симптомы раз-

личных гинекологических патологий, не обращались в медицинские учреждения к специалистам.

Таблица 2

Социальный статус участниц в группах исследования

Группа	Служащие		Домохозяйки	
	10	20±5,6	40	80±5,6
I n-50	5	10±4,2	45	90±4,2
II n-50	16	42,1±8	22	57,8±8,0
III n-38	12	40±8,9*	26	86,7±6,2

Так, среди обследованных женщин во всех группах преобладали домохозяйки ($p<0,001$), только каждая пятая ($22,4\pm3,5\%$) оказались служащей.

Анализ возрастного состава показал, что возраст обследуемых женщин в группах варьировал в диапазоне от 31 года до 55 лет. При этом средний возраст в основной группе составил $45,6\pm0,7$ лет, в группе сравнения - $43,6\pm0,9$ лет, в контрольной группе - $45,4\pm1,04$ лет. При этом установлено, что, если в I группе каждая пятая женщина ($40\pm6,9\%$) была возрасте 41-45 лет, то каждая третья пациентка в I и II группах были в возрасте 45-50 лет ($32\pm6,6\%$ и $32\pm6,6\%$ соответственно).

Следовательно, резюмируя возрастную состав больных, необходимо подчеркнуть, что среди обследованных женщин в группах преобладающее большинство были в позднем репродуктивном или в пременопаузальном возрасте.

Анализ менструальной функции участниц показал, что в возрастном аспекте начало и становление менархе в подростковом периоде было различным и происходило в первых двух группах гораздо позже, по сравнению с третьей группой: $12/24\pm6,0$; $13/26\pm6,2$ и $1/2,6\%$ соответственно. Так, при сравнении полученных данных по возрасту начала «менархе» выявлено, что статистически достоверное ($p<0,001$) различие имелось в частоте позднего становления менархе у пациенток I и II групп, по сравнению с участницами III группы.

Анализ генеративной функции обследованных женщин установил, что во всех трех группах, основную часть женщин составляли повторнородящие, вторыми по данному критерию и частоте были многоплодные. Первородящие были только во второй группе ($1/2,0\pm2,0\%$). Искусственный аборт в анамнезе женщин I группы ($4/8,0\pm3,8\%$) зарегистрирован в 3 раза достоверно ($p<0,05$) реже, по сравнению с пациентками II группы ($12/24\pm6,0\%$). Прерывания беременности методом вакуум-аспирации отмечались у каждой пятой женщины I и II групп ($10/20\pm5,7\%$). Самопроизвольное прерывание беременности в различных сроках имело место у каждой десятой пациентки I группы ($5/10\pm4,2\%$).

При изучении контрацептивного анамнеза установлено, что ВМС в прошлом применяли большинство женщин I и II групп достоверно ($p<0,001$) чаще, чем женщины контрольной группы - $40/80\pm5,6\%$; $36/72\pm6,3\%$ и $10/26,3\pm7,1\%$ соответственно в течение 5 лет. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в прошлом использовали только $4/8,0\pm3,8\%$ женщин II группы, а в I группе ни одна из наблюдаемых их не применяла. В контрольной группе почти каждая третья женщина ($12/31,5\pm7,5\%$) регулярно использовала гормональную контрацепцию. Барьерный метод контрацепции в виде презервативов наиболее часто использовали женщины контрольной группы, что было достоверно ($p<0,05$)

чаще, по сравнению с женщинами I и II групп (9/23,6±6,8; 3/6,0±3,4% и 2/4,0±2,7% соответственно). Применение Депо-Провера имело место в единичных случаях во

всех обследуемых группах. Метод лактационной аменореи использовала почти каждая четвертая (9/23,6±6,8%) женщина контрольной группы (табл. 4).

Таблица 3

Сведения о детородной функции обследованных женщин

Беременность и её исход	Группа		
	I n-50	II n-50	III n-38
Нерожавшие	4 / 8,0±3,8	3 / 6,0±3,4	-
Первородящие	-	1 / 2,0±2,0	
Повторнородящие	22 / 44±7,0	21 / 42±6,9	16 / 42,1±8,0
Многорожавшие	24 / 48±7,0	25 / 25±7,0	22 / 57,8±8,0
Вакуум-аспирация (1-2 раза)	10 / 20±5,7	10 / 20±5,7	-
Искусственный аборт (всего)	4 / 8,0±3,8*	12 / 24±6,0*	-
1-2 раза	2 / 4,0±2,8*	12 / 24±6,0*	-
3-4 раза	2 / 4,0±2,8		
С/п выкидыши	5 / 10±4,2	-	-

Примечание: р* < 0,05 - статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Таблица 4

Контрацептивный анамнез обследованных женщин

Метод контрацепции	Группа		
	I n-50	II n-50	III n-38
ВМС	40 / 80±5,6*	36 / 72±6,3*	10 / 26,3±7,1*
КОК	-	4 / 8,0±3,8**	12 / 31,5±7,5**
Депо-Провера	1 / 2,0±2,0	3 / 6,0±3,4	1 / 2,6±2,5
Презерватив	3 / 6,0±3,4**	2 / 4,0±2,7**	9 / 23,6±6,8**
МЛА		1 / 2,0±2,0	6 / 15,7±5,9

Примечание: р* < 0,001 и р** < 0,05 - статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни)

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что в группах исследования почти каждые третья-четвертая участницы перенесли или имели хроническую инфекцию репродуктивных органов (табл. 5).

Необходимо отметить, что наиболее часто встречались воспалительные процессы тела и придатков матки: хронический метроэндометрит и хронический сальпингоофорит – в I и II группах (11/22±5,8% и 15/30±6,5%; 12/24±6,0% и 11/22±5,9%) соответственно.

Патологические процессы шейки матки в виде эндоцервицита и железисто-мышечной гипертрофии имели место в анамнезе у женщин II группы в 7/14±4,9% и 9/18±5,4% случаях соответственно. Сочетанная патология органов гениталий в виде двух нозологий зарегистрирована в анамнезе у 8/16±5,2% и 10/20±5,6%, а сочетание трех нозологий – в 4/8,0±3,8% и 6/12±4,6% случаях в I и II-ой группах женщин соответственно. При анализе структуры соматических заболеваний установлено, что наиболее частыми перенесенными соматически-

ми заболеваниями среди обследованных женщин явились острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) (29/58±6,9% и 25/50±7,0% соответственно) и детские инфекционные заболевания: 27/54±7,0% в I группе и до 27/54±7,0*% во II группе. В контрольной группе этот показатель составил 3/7,8±4,3*% (табл. 6).

Таблица 5

Перенесенные гинекологические заболевания в группах

Нозология	Группа		
	I n-50	II n-50	III n-38
Хронический метроэндометрит	11 / 22±5,8	15 / 30±6,5	
Хронический сальпингоофорит	12 / 24±6,0	11 / 22±5,9	
Кольпит, кандидоз	6 / 12,0±4,6	4 / 8,0±3,8	
Эндоцервицит	2 / 4,0±2,7	7 / 14±4,9	4 / 13,3±6,2
Эктопия шейки матки	2 / 4,0±2,7	2 / 4,0±2,7	
Железисто-мышечная гипертрофия шейки матки	6 / 12±4,6	9 / 18±5,4	
Оперативное вмешательство на придатках		1 / 2,0±2,0	
Бесплодие I	4 / 8,0±3,8	3 / 6,0±3,4	
Бесплодие II		1 / 2,0±2,0	
Сочетание 2 нозологий	8 / 16±5,2	10 / 20±5,6	
Сочетание 3 нозологий	4 / 8,0±3,8	6 / 12±4,6	

Таблица 6

Структура соматических заболеваний в группах

Нозология	Группа		
	I n-50	II n-50	III n-38
Инфекционные (детские): корь, ветрянка, паротит, краснуха	27 / 54±7,0*	20 / 40±6,9*	3 / 7,8±4,3*
ОРВИ	29 / 58±6,9	25 / 50±7,0	12 / 31,5±7,5
Заболевания мочевыводящей путей	4 / 8,0±3,8*	10 / 20±5,7*	2 / 5,2±3,6*
Заболевание щитовидной железы	11 / 22±5,9**	15 / 30±6,5**	2 / 5,2±3,6**
Анемия	20 / 40±6,9	22 / 44±7,0	
Заболевания гепатобилиарной системы	5 / 10±4,2	2 / 4,0±2,7	
Заболевания органов дыхания	1 / 2,0±2,0	4 / 8,0±3,8	
Сердечно-сосудистые заболевания	5 / 10±4,2	6 / 12±4,6	-

Примечание: р* < 0,001 и р** < 0,05 - статистическая значимость различия показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Анемия различной степени тяжести в I и II группах имела место в 20/40±6,9% и 22/44±7,0% случаях соответственно. Эта патология связана с длительными кровотечениями у данных групп пациенток. Отмечен также высокий уровень патологии щитовидной железы: у 11/22±5,9% пациенток I группы и у 15/30±6,5% – II, тогда как у женщин контрольной группы этот показатель составил 2/5,2±3,6%. Эти данные доказывают, что наша республика относится к региону йодной недостаточности, которая вызывает ряд патологий, приводящих к нарушению йодного гомеостаза, и влияет на репродуктивное здоровье женщин.

По сравнению с женщинами контрольной группы (2/5,2±3,6%), имеется достоверно ($p<0,01$) высокая частота заболеваний мочевыводящих путей у пациенток I группы (4/8,0±3,8%) и II группы сравнения (10/20±5,7%).

Следует отметить высокий процент заболеваний сердечно-сосудистой системы среды женщин I и II групп: 5/10±4,2% и 6/12±4,6% соответственно.

Анализ заболеваний шейки матки в анамнезе групп исследования установил, что в различном возрасте, каждая четвертая женщина первой группы и каждая пятая во второй группе в прошлом перенесла разные виды патологий и разные методы лечения заболевания цервикса.

Таким образом, настоящими исследованиями установлено, что женщины в группах с гиперплазией эндо- и ми-

ометрия, как факторами риска, в большинстве имели: низкий индекс здоровья, позднее менархе, раннее вступление в брак, повторные роды и короткие межродовые интервалы и не использовали современные методы контрацепции. Преимущественное большинство больных перенесли грипп, ОРВИ, больше половины - ВЗОМТ, каждая пятая (20,5% и 19,3%) имела избыточный вес или ожирение, дисгормональные заболевания, мастопатию (9,2% и 11,5%), ациклические кровотечения (16,2 и 11,5%), аборт (10,6% и 12,4%), каждая четвертая и третья (25% и 37,4%) в анамнезе имели от одного до несколько спонтанных выкидышей, каждая седьмая - разрывы мягких тканей и шейки матки в родах, каждая десятая - кисты и кольпиты, при этом 1/3 больных в прошлом перенесли ЗППП.

Заключение

Раннее выявление факторов риска на первичном уровне оказания помощи женщинам, своевременное и эффективное лечение инфекций, гинекологической патологии, дисгормональных и гиперпластических процессов репродуктивной системы являются мерами профилактики гистерэктомии, онкопатологии и онкологических рисков. Активное информирование (через СМИ, интернет, в ЦРЗ и др.) женщин о последствиях гиперпластических процессов репродуктивных органов и онкологических рисков будет способствовать сохранению качества жизни и здоровья женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Кобзарь Е.Г. и др. Роль врача гинеколога в выявлении патологии молочных желез и в сочетании с гиперпролеферативными заболеваниями // Проблемы репродукции. – 2023.- Т. 29 (5). - С. 6-17.
2. Гребенникова И.П. Гистерэктомия в современном акушерстве // Бюллетень медицинской интернет-конференции. – 2016. - Т. 6, № 6.

3. Доброхотова И.Ю., Ильина Ю.Э. Синдром постгистерэктомии. Диагностика и лечение. – ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 154 с.
4. Киек М.А. Оценка качества жизни гинекологических пациенток (обзор литературы). // Сибирский медицинский журнал. - 2022. - № 2. - С. 30-40.
5. Кравченко Е.Н., Безнощенко Г.Б. и др. Реабилитация после гинекологических операций в репродуктивном возрасте //

Мать и дитя в Кузбассе. - 2019. - Т. 78, № 3. - С. 18-22.

6. Попова А.А., Маннанникова Т.Н. Исходы лапароскопических гистерэктомии у беременных с морбидным ожирением // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Смиргерева. – 2016. - Т. 3, № 4. - С. 212-213.

7. Пушкарев А.В. и др. Доброкачественные опухоли молочных желез и факторы их

развития // Уральский медицинский журнал. - 2022. – Т.21, № 5.-С. 128-137.

Сведения об авторе:

Хакимова Нилуфар Темуришоевна – заочный аспирант ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 977770999; e-mail: hushvahtova@mail.ru

УДК 618.14-007

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН

Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т.,
Юсуфбекова У.Ю., Мамедова З.Т., Кармишева М.Н.

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

Цель исследования. Изучить показания к органорезекционным операциям у пациенток с гиперпластическими процессами матки в зависимости от состояния яичников.

Материал и методы. Объектом ретроспективного исследования были пациентки после гистерэктомии с придатками и без них. В исследование включены 100 историй болезни пациенток с гиперпластическими процессами матки, патологией яичников или без них. I группа - 50 женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами матки после гистерэктомии без придатков или с односторонним удалением яичников; II группа - 50 женщин климактерического возраста с гиперпластическими процессами матки, после гистерэктомии с двухсторонним удалением яичников.

Методы исследования: анкетирование, лабораторные и инструментальные.

Результаты. Длительность заболевания от первых симптомов до операции в группах варьировал от 2 до 7 лет, в среднем 4,4 года в I, 3,9 года - во II группе больных. Показаниями к гистерэктомии в I группе больных были рост миоматозного/ных узла, нарушения питания узла или субмукозно-интрамуральное расположение миомы матки и/или ее множественные формы, не подлежащие консервативной терапии, гормонорезистентная гиперплазия эндометрия, ациклические кровотечения и патология только одного яичника. Во II группе - симптомная (быстрый рост, сильные боли) миома матки и ациклические кровотечения (не поддающиеся консервативной терапии) с одновременным поражением обоих придатков.

Общие клинические анализы при анализе в динамике наблюдения существенно не изменялись, за исключением гемоглобина.

Заключение. Актуализация своевременного выявления и комплексного лечения больных с гиперпластическими процессами репродуктивной системы (гиперплазия эндометрия, миомы матки) и заболеваний придатков матки, а также динамического наблюдения, комплексного обследования и дифференцированной терапевтической коррекции после гистерэктомии позволяют предотвратить рецидив и усугубление пролиферативных процессов репродуктивной системы.

Ключевые слова: гиперпластические процессы матки, гиперплазия эндометрия, миома матки, патология яичников, гистерэктомия

ТАБОБАТИ БО УСУЛИ ЧАРРОХИ (ГИСТЕРЭКТОМИЯ) ПРОТССЕССОХОИ ГИПЕРПЛАСТИКИИ БАЧАДОН

Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т.,
Юсуфбекова У.Ю., Мамедова З.Т., Кармишева М.Н.

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

Мақсади тадқиқот. Омузиши нишондодҳои гистерэктомия дар занҳои дорандаи протсессҳои гиперпластикии бачадон вобаста ба бемориҳои овезаҳо.

Мавод ва усулҳо. Мувофиқи мақсади кор ба таври ретро ва проспективи, 100 занҳои баъди чарроҳии гистерэктомия. Истифода аз ҳуҷҷатҳои аввалияи бистаришавандаи онҳо, омухта шуда, пас онҳо ба саволҳои анкетаҳо ҷавоб дода ва назорати динамикии онҳо бурда шуд. Барои ҷамъоварии маводҳои илми, анкетани маҳсули илми иборат аз 45 саволҳо оиди ҳолатҳои иҷтимоӣ ва тиббӣ ин беморон тартиб дода шуд. Нишондодҳои анамнези соматикӣ, гинекологӣ ва репродуктивӣ онҳо омухта шуданд. Аз онҳо 2 ғуруҳи беморон баъди гистерэктомия, баъди чарроҳии намуни ғуноғун вобаста ба ҳаҷми бемориҳои бачадон, овезаҳо ва вобаста ба синни занҳо таъкил шуд: I ғуруҳ - 50 зан баъди гистерэктомия бе овезаҳо; II ғуруҳ - 50 зан баъди гистерэктомия ва гирифтани бо овезаҳо.

Усулҳои тадқиқот: анкета, лабораторӣ ва инструменталӣ.

Натиҷаҳо. Давомнокии бемори аз аввали саршавии он то ҷарроҳи дар гуруҳҳо аз 2 то 7 сол буда дар гуруҳи 1-ум ба ҳисоби миёна 4,4 сол ва дар гуруҳи 2-ум 3,9 сол буд. Дар вақти ҳеле аввали баъди ҷарроҳи, наст шудани гемоглобин, дида шуд, ки баъди ҷарроҳи табобати камхуни мувофиқи меъёр шуд: дар 1-ум гуруҳ то ҷарроҳи 89,5 г/л, баъди он - 79,0 ва баъди табобат то 118,3% шуд. Дар 2-ум гуруҳ: то ҷарроҳи - 92,5 г/л буд, баъди он 78,2 г/л, баъди табобати он 115,7 г/л шуд.

Хулоса. Ақтуализатсияи барвақт муайянкунии протсессҳои гиперпластикии (гиперплазияи бачадон ё миома бачадон ва гиперплазияи эндометрий) узвҳои системаи репродуктиви занҳо, назорат ва табобатҳои комплекси онҳо барои пешгирии синдроми баъдигистерэктомии ва аворизҳои онкологии системаи муфиднок аст.

Калимаҳои асосӣ: протсессҳои пролиферативии бачадон, системаи репродуктиви, гистерэктомия, миомаи бачадон, бемориҳои овезаҳо

SURGICAL TREATMENT OF ENDO- AND MYOMETRIAL HYPER-PLASTIC PROCESSES IN WOMEN

Khushvakhtova E.Kh., Khakimova N.T.,
Yusufbekova U.Yu., Mamedova Z.T., Karmisheva M.N.

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 indications for organ-removal operations in patients with hyperplastic processes of the uterus depending on the state of the ovaries.

Material and methods. The object of the retrospective study were patients after hysterectomy. The study included 100 case histories of patients with hyperplastic processes of the uterus, ovarian pathology or without them. The groups included: group I - 50 women of reproductive age with hyperplastic processes of the uterus after hysterectomy without appendages or with unilateral removal of the ovaries; group II - 50 women of climacteric age with hyperplastic processes of the uterus, after hysterectomy with bilateral removal of the ovaries.

Research methods: questionnaires, laboratory and instrumental.

Results. The duration of the disease from the first symptoms to surgery in the groups varied in general from 2 to 7 years, averaging 4.4 years in the I and 3.9 years in the II group of patients. Indications for hysterectomy in group I patients: every second patient has rapid growth of myomatous node/s, every fourth and fifth patient has impaired node nutrition or submucous-intramural location of uterine myoma, and/or its multiple forms not amenable to conservative therapy, hormone-resistant endometrial hyperplasia, acyclic bleeding and pathology of only one ovary. In group II, more than half (55.0%) of cases have symptomatic (rapid growth, severe pain) uterine myoma, and (18%) acyclic bleeding (not amenable to conservative therapy) and with simultaneous damage to both appendages. General clinical tests did not change significantly during the analysis in the dynamics of observation, with the exception of hemoglobin.

Conclusion. Updating the timely detection and comprehensive treatment of patients with hyperplastic processes of the reproductive system (endometrial hyperplasia, uterine fibroids) and diseases of the uterine appendages, as well as dynamic monitoring, comprehensive examination and differentiated therapeutic correction after hysterectomy will prevent relapse and worsening of proliferative processes of the reproductive system.

Key words: hyperplastic processes of the uterus, endometrial hyperplasia, uterine fibroids, ovarian pathology, hysterectomy

Актуальность

Гистерэктомия, выполняемая в связи с неэффективностью консервативных мер при прогрессирующей симптомной миоме матки и гиперпластических процессах репродуктивной системы, остается наиболее часто выполняемым хирургическим вмешательством у ги-

некологических больных [3, 4, 5]. По данным экспертов ВОЗ, в последние годы возрастает частота миомы матки и в целом гиперпластических процессов репродуктивной системы и молочных желез в результате многих взаимосвязанных факторов риска из общественной, социальной и медицинской сфер жизни в

большинстве стран мира [1-4]. Признается, что в экономически развитых странах частота выявления и эффективность лечения миомы матки (ММ) и гиперпластических новообразований репродуктивной системы (РС) существенно увеличилась [4, 5]. Там это связано с улучшением арсенала и возможностей своевременной диагностики и своевременного обследования, а также эффективностью лечения. Однако в развивающихся странах рост выявления заболеваемости и запущенных стадий заболеваний репродуктивной системы (РС) связан с тем, что ухудшились экономическая доступность для высокотехнологичных обследований, снизился уровень образования, настороженность и осведомленность населения о различных заболеваниях и новообразованиях репродуктивной системы [4, 5, 6]. Установлено, что ММ часто сочетается с пролиферативными формами ФКБ молочных желез, как единые органы-мишени при дисгормональных нарушениях репродуктивной системы [3, 4, 6].

Однако в последние годы в нашей стране недостаточно изучены состояние репродуктивных системы после гистерэктомии и удаления придатков матки при наличии фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) молочных желез у женщин репродуктивного и климактерического возрастов, что и явилось целью настоящих исследований.

Цель исследования

Изучить показания к органосохраняющим операциям у пациенток с гиперпластическими процессами матки в зависимости от состояния яичников.

Материал и методы исследования

Объектом ретроспективного исследования были 100 гинекологических больных после гистерэктомии без придатков или двусторонним удалением придатков, прооперированных в гинекологических отделениях клиник ТНИИАГиП и г. Куляба в 2012-2017 гг.

Критерии включения в I гр. - 50 женщин после гистерэктомии (ГЭ) без при-

датков в связи с миомой матки и /или гормонорезистентной гиперплазией эндометрия.

Критерии включения во II гр. - 50 женщин после гистерэктомии с придатками в связи с миомой матки, гиперплазией эндометрия, 2-сторонней патологией придатков.

Критерии исключения - онкологические заболевания репродуктивных органов и молочной железы.

Методы исследования: лабораторные - общеклинические (общий анализ крови мочи, свертываемость по Ли-Уайту и другие (фибрин и фибриноген) показатели коагулограммы), печеночные пробы, биохимический анализ крови; функциональные исследования - УЗИ матки придатков и молочных желез; кольпоскопия (простая и расширенная), цитологическое исследование - соскоб из цервикального канала, бакпосев с определением чувствительности к препаратам, гистологическое исследование удаленных макропрепаратов.

Проведены современные методы статистических исследований с помощью программы «Statistika», версия 6,0 и SPSS Statistika для медицинских исследований. Оценка достоверности производилась с использованием 95% доверительного интервала. Критерий статистической значимости считался при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Большинство участниц исследования в группах были жительницами села (44/88% и 40/80%), 12% и 20% - городскими жительницами. Участницы групп по возрасту, образованию и паритету достоверно не отличались и были сопоставимы. Так, возрастной состав в группах варьировал от 19 до 49 лет, при этом средний возраст в I группе составил $45,6 \pm 0,7$, во II - $43,6 \pm 0,9$ лет. Преимущественное большинство в группах были повторнородящими, только во II группе двое имели одни роды, в I и II группах по одной участнице были с первичным бесплодием.

При ретроспективном анализе историй болезни наблюдаемых женщин установлено, что до возникновения гиперпластических процессов матки у 48/96±2,7% первой и у 45/90±4,2% второй групп пациенток менструации были ритмичные. Умеренные менструации имели место у 4/86±4,9% и 41/82±5,4% соответственно больных I и II групп. С началом менархе обильные менструации установились у 7/14±4,9% первой группы женщин, а у пациенток второй группы - почти у каждой пятой (9/18±5,4%).

Менструальная функция обследованных женщин изменилась с началом заболевания соответственно в I и II группе в 28/56,0±7,0% и 27/54±7,0% случаях. Ациклические кровотечения имели место у 24/85,7±6,6% и 25/92,5±5,04% пациенток обследованных групп (табл. 1). У этих женщин кровопотеря во время менструации была достаточно большой, о чем свидетельствует частота встречаемости вторичной постгеморрагической анемии: 20 (40±6,9%) и 22 (44±7,0%) соответственно.

Таблица 1

Характер нарушения менструального цикла обследованных женщин до проведения гистерэктомии

Нозология	Группа	
	I (n=50)	II (n=50)
НМЦ во время заболевания:	28 / 56,0±7,0	27 / 54±7,0
ациклическое кровотечение	24 / 85,7±6,6	25 / 92,5±5,04
гиперполименорея	4 / 14,2±6,6	2 / 7,4±5,04

Показаниями к гистерэктомии (табл. 2) явились: гормонорезистентная форма гиперплазии эндометрия - 11(22±5,8%) и 15 (30±6,4%); быстрый рост миоматозных узлов - 6 (12±4,5%) и 7 (14±4,9%); большие размеры миоматозных узлов - 11 (22±5,8%) и 9 (18±5,4%); нарушение

питание миоматозного узла - 9 (18±5,4%) и 7 (14±4,9%); субмукозное или интрамурально-субмукозное расположение миоматозного узла - 13 (26±6,2%) и 12(24±6,03%) соответственно в первой и второй группах обследованных женщин.

Таблица 2

Распределение Показания к гистерэктомии в группах

Показания к гистерэктомии	Группа, n/M±m%	
	I (n=50)	II (n=50)
Гормонорезистентная форма гиперплазии эндометрия	11/22±5,8	15/30±6,4
Быстрый рост миоматозных узлов	6/12±4,5	7/14±4,9
Большие размеры миоматозных узлов	11/22±5,8	9/22±5,8
Нарушение питание миоматозного узла	9/18±5,4	7/14±4,9
Субмукозное или интрамурально-субмукозное расположение миоматозного узла	13/26±6,2	12/24±6,03

Анализ структуры патологических процессов придатков матки в группах исследования представлен в таблице 3.

В первой группе при гистерэктомии полного удаления яичников не произведено. Объем операции зависел от патологии придатков матки: серозная циста-

денома – 8 (38,1±10,5); зрелая тератома – 2 (9,5±6,4); муцинозная цистаденома – 1 (4,7±4,6); эндометриоидная киста – 3 (14,3±7,6) и ретенционные кисты, размеры более 7 см, – 7 (33,3±10,3). В этих случаях произведены цистэктомия или резекция яичника.

Таблица 3

Патологические процессы придатков матки у обследованных женщин до и после операции надвлагалищной гистерэктомии

Нозология	Группа, n/M±m%			
	I (n=50)		II (n=50)	
	до операции	после операции	до операции	после операции
Серозная цистаденома	8/38,1±10,5	3/42,8±18,7	14/28±6,3	-
Тератома	2/9,5±6,4	-	6/12±4,6	-
Муцинозная цистаденома	1/4,7±4,6	-	5/10±4,2	-
Эндометриоидная киста	3/14,3±7,6	2/28,5±17,07	11/22±5,8	-
Папиллярная цистаденома	-	-	3/6±3,3	-
Тубоовариальное образование	-	-	11/22±5,8	-
Ретенционные кисты	7/33,3±10,3	2/28,5±17,07	-	-
Всего патологии	21/42±6,9	7/14±4,9	50/100	-
Патологии нет	29/58±6,9	43/86,0±4,9	-	-

В динамике после гистерэктомии и удалении придатков в течение 2-4 лет после операции в 7 (14±4,9%) случаях выполнено повторное оперативное лечение по показаниям: серозная цистаденома – 3 (42,8±18,7%); эндометриоидная киста – 2 (28,5±17,07%) и ретенционная киста – 2 (28,5±17,07%) случая. Показаниями для удаления яичников во второй группе явились: в 6/12±4,6 случаях была диагностирована серозная цистаденома, тератома – в 6/12±4,6 случаях, муцинозная цистаденома – у 5/10±4,2, эндометриоидные кисты с обеих сторон – у 11/22±5,8, чаще всего у женщин отмечалось сочетание миомы матки с аденомиозом, папиллярная цистаденома – у 3/6±3,3 пациенток и у 11/22±5,8 – двустороннее тубоовариальное

образование. Все удаленные препараты подвергнуты к гистологическому исследованию, подобная характеристика их представлена в таблице 4.

Как установлено в динамике наблюдения и обследования, рецидивирования гиперпластических процессов на оставшихся репродуктивных органах (культи шейки матки, оставшийся яичник), онкологических осложнений не наблюдалось. Отмечалось незначительное количество (7/14,0±4,9%) случаев цистаденомы и кисты яичников, возникших через 2-4 года после гистерэктомии (серозная цистаденома, эндометриоидная кисты и ретенционные образования), при их гистологическом исследовании установлено, что они были не злокачественными, своев-

ременно удалены. Отдаленные последствия после гистерэктомии с удалением одного или 2-х яичников при раннем и комплексном дифференцированном обследовании и своевременном лечении возникших симптомов (недержание мочи, атрофический кольпит посткастрационного синдрома) при динамическом наблюдении является эффективной стра-

тегией в предотвращении перерождения в онкологическую патологию и другие возможные (пролапс тазовых органов, несостоятельность тазового дна, недержание мочи и др.) осложнения у пациенток после субтотальной гистерэктомии в связи с миомой матки и гиперпластическими процессами репродуктивных органов и ФКБ молочных желез.

Таблица 4

Гистологическая характеристика миомы матки и доброкачественных новообразований яичников

Морфологическая нозология	I группа (n=50)	II группа (n=50)
Лейомиома	13 / 26 ±6,2	17 / 34±6,6
Фибромиома	17 / 34±6,6	11 / 22±5,8
Аденомиоз+фибромиома	11 / 22±5,8	15 / 30±6,4
Нарушение питания узла	9 / 18±5,4	7 / 14±4,9
Серозная цистаденома	8 / 38,1±10,5	14 / 28±6,3
Муцинозная цистаденома	1 / 4,7±4,6	5 / 10±4,2
Зрелая тератома	2 / 9,5±6,4	6 / 12±4,6
Эндометриоидная киста	3 / 14,3±7,6	11 / 22±5,8
Папиллярная цистаденома	-	3 / 6±3,3
Фолликулярная киста	7 / 33,3±10,3	-
Тубоовариальное образование	-	11 / 22±5,8
Всего патологии яичников	21 / 42±6,9	50 / 100

Необходим дифференциальный подход к объёму оперативного вмешательства при хирургическом лечении гиперпластических процессов матки в сочетании с патологией яичников в различных возрастных периодах женщин с учетом комплексного обследования до и после операции для профилактики постгистерэктомического (ПГС) синдрома и рецидива гиперпластических процессов и онкологических заболеваний.

Заключение

Таким образом, по результатам настоящих исследований установлено, что стратегия наблюдения в динамике, комплексное обследование (кольпоскопи-

ческое, цитологическое гистологическое исследования и УЗИ оставшихся репродуктивных органов- культы и /или придатков) у женщин, перенесших гистерэктомию без придатков или с придатками, в связи со своевременным выявлением патологии репродуктивных органов эффективна. Она позволяет предотвратить развитие рецидива гиперпластических процессов, постгистерэктомического и климактерического синдромов, прогрессирования ФКБ и злокачественных новообразований репродуктивной системы и молочных желез.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметгалиева А.Р., Хайруллина Г.Р. и др. Влияние питания на течение миомы тела матки. // Вестник медицинского института «Реавиз». Реабилитация, врач и здоровье. - 2023. - Т. 13, № 6. - С. 92-96.

2. Бабаева Н.И., Аталян А.В. и др. Факторы риска миомы матки: Библиометрический анализ. // Акуш. и гинек. - Т 4, № 7. - С. 145-147.

3. Рустамова М.С. Гиперпластические процессы репродуктивных органов у женщин при метаболическом синдроме: учебник. – Душанбе, 2019. – 166 с.

4. Феофилова М.А., Томорева Е.И., Евдокимова Д.В. Этиология и патогенез миомы матки, ее взаимосвязь с состоянием здоровья и репродуктивной функцией женщин. (обзор литературы). // Вестник новых медицинских технологий. - 2017. - Т. 24, № 4. - С. 242-260.

5. Пономаренко М.С., Решетников Е.А. и др. Факторы риска развития миомы матки // Акушерство и гинекология. – 2024. - № 3. - С. 2027.

6. Леваков С.А., Зайратянц О.Б., Мовтаева Х.Р. Миома матки: учебное пособие. - М.: группа МДВ, 2019. - 168 с.

Сведения об авторах:

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна –ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», д.м.н.; тел.: (+992) 901115999; e-mail: hushvahtova@mail.ru

Хакимова Нилуфар Темуришоевна – аспирант ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»; тел.: (+992) 977770999; e-mail: hushvahtova@mail.ru

Юсуфбекова Умеда Юсуфбековна – ст. научн. сотрудник гинекологического отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», к.м.н.; тел.: (+992) 917681155; e-mail: yusumeda@gmail.com

Мамедова Зевар Туракуловна – ст. научн. сотрудник гинекологического отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», к.м.н.; тел.: (+992) 934541177

Кармишева Мавлуда Нарзуллаевна – научн. сотрудник гинекологического отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»; тел.: (+992) 918737279

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.89–008.441.44–0536:316.6

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТОФОРМНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК ПЕРЕХОДНОГО ВОЗРАСТА

¹Бобоходжаева М.О., ^{1,2}Хамдамова Д.О.

^{1,2}ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины»

²ООО «Лукмони Хаким», Таджикистан

В данной обзорной статье приведены данные последних лет об основных предикторах развития расстройств вегетативной нервной системы среди девочек переходного возраста, включая внешний вид, образование, свидания, издевательства, дружба, самооценка, давление со стороны сверстников, употребление психоактивных веществ, менструации и депрессия. Описаны примеры из разных стран, в которых преобладают те или иные факторы риска.

Ключевые слова: расстройства вегетативной нервной системы, предикторы развития, девочки переходного возраста, менструации, депрессии

ОМИЛҲОИ ХАВФ БАРОИ РУШДИ БЕМОРИҲОИ СОМАТОФОРМӢ ДАР ДУХТАРОНИ СИНИ ГУЗАРИШ

¹Бобохочаева М.О., ^{1,2}Хамдамова Д.О.

^{1,2}Муассисаи давлатии «Институти илмию тадқиқотии тиббии Тоҷикистон»

²ҶДММ Лукмони Ҳаким, Тоҷикистон

Дар мақолаи мазкур далелҳои охири дар бораи пешгӯии асосии ихтилоли системаи автономии асаб дар байни духтарони наврас ҷамъбаст карда шуда-аст, аз ҷумла намууди зоҳирӣ, таҳсил, шиносӣ, таҳқир, дӯстӣ, худбаҳодиҳӣ, фишори ҳамсолон, истифодаи маводи муҳаддир, ҳайз ва депрессия. Мисолҳо аз кишварҳои гуногун, ки дар онҳо омилҳои муайяни хавф бартарӣ доранд, тавсиф карда шудаанд.

Калимаҳои асосӣ: ихтилоли системаи вегетативии асаб, пешгӯии инкишоф, духтарони наврасӣ, ҳайз, депрессия

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF SOMATOFORM DISORDERS IN GIRLS OF TRANSITIONAL AGE

¹Bobokhodzhaeva M.O., ^{1,2}Khamdamova D.O.

^{1,2}State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine"

²Lukmoni Hakim LLC, Tajikistan

This review article summarizes recent evidence on the main predictors of autonomic nervous system disorders among adolescent girls, including appearance, education, dating, bullying, friendships, self-esteem, peer pressure, substance use, menstruation, and depression. Examples from different countries in which certain risk factors prevail are described.

Key words: disorders of the autonomic nervous system, predictors of development, girls of adolescence, menstruation, depression

Большинство людей считают, что подростковый возраст - лучшее время в жизни, поскольку он наполнен удовольствиями, свободой и энтузиазмом. Однако этот славный период не лишен проблем, чаще у девочек-подростков, таких как тревога, телесные изменения, эмоциональные дилеммы, кризис идентичности и первая менструация [6]. До полового созревания распространенность перепадов настроения у мальчиков и девочек практически одинакова, около 3-5%. Однако в подростковом возрасте у девочек перепады настроения в два раза выше, чем у мальчиков [4].

Девочки испытывают большую тревогу, чем мальчики, особенно потому, что более чувствительны к низким уровням кортикотропин-рилизинг-фактора (CRF), гормона, который управляет реакциями на стресс, что делает их более уязвимыми к тревоге, чем мальчики [14, 30].

Хорошее питание и сидячий образ жизни могут также быть причинами раннего менархе, меноррагий, появления бартолиновой кисты и кисты яичника [2, 18].

В исследовании Mendiratta S.L. и соавт. (2023) описано наблюдение, что число девочек-подростков, посещающих гинекологические клиники, составляют около 1,85% общих посещений и данный показатель зависит от уровня их информированности. Меньшая посещаемость наблюдается при неосведомленности первых признаков заболевания [28].

Многоплановые проблемы девочек-подростков могут решаться посредством расширения социальных прав и возможностей женщин и их просвещения, таких как женская грамотность, занятость и принятия политики гендерного равенства. Зачастую реализация этих мер требует межсекторального подхода [3, 8, 17, 19, 22].

Также необходимо проводить систематический скрининг депрессии и тревоги среди девочек-подростков на школьном и местном уровнях, чтобы выявить дево-

чек, которые нуждаются в дальнейшем вмешательстве [16].

В исследовании, проведенном Vesterling C. и соавт. (2023), 33% девочек-подростков имели задержку роста и массы, связанные с типом семьи, социально-экономическим статусом и уровнем образования. Авторы выявили, что распространенность истощения снижается с возрастом. В этом исследовании депрессия преобладала среди 7% и тревожность легкой степени тяжести среди 12,7% девочек-подростков, что должно заслуживает внимания. Частота развития депрессии значительно увеличивалась с увеличением возраста, с более низким социально-экономическим классом и не было связи с типом семьи и образовательным статусом. Развитие тревожности не имело значимой связи с возрастом, типом семьи и социально-экономическим статусом. Установлено, что распространенность тревоги является самой высокой среди неграмотных и самой низкой среди старшекласников, что было статистически значимым [39].

В другом исследовании выявлено присутствие домашнего насилия у 2,3% наблюдаемых девочек-подростков; 85,7% сообщили о финансовых трудностях в семье как причине домашнего насилия. Авторы полагают, что реальная распространенность физического насилия выше и причина полученных данных, вероятно, в культуре молчания и предоставлении информации от участников исследования [38].

Много публикаций посвящены изучению менструального здоровья, которое определяют как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие менструальных проблем [9, 10, 13, 20, 23, 31, 36]. Во время менструации у девочек-подростков часто встречаются психо-социальные проблемы, которые влияют на их успеваемость, посещаемость школы и социальную жизнь. Менструальные проблемы часто носят аффективный

и соматический характер [10]. Хотя в нескольких исследованиях сообщалось о физических проблемах, с которыми сталкиваются девочки-подростки во время менструации, однако лишь немногие исследования фокусировались на психосоциальных аспектах менструации.

Обращение за медицинской помощью при проблемах с менструальным циклом (дисменорея) очень распространены среди девочек-подростков. Девочки-подростки сталкиваются со значительными психосоциальными проблемами во время менструации, связанными с доступом к гигиеническим чистым материалам, отсутствием возможности уединения для смены прокладок, средствами утилизации гигиенических салфеток, социокультурными ограничениями, меньшей психологической и социальной поддержкой, плохими знаниями о том, как справиться с болью во время менструации, отсутствием доступности консультационных услуг и недостаточной информацией о менструации, отсутствие подготовки перед менархе, менструальных расстройств, стигма провоцирующим влиянием [31].

Другие исследования показали, что девочки-подростки в возрасте 15–19 лет часто чувствовали себя больными, грустными, раздражительными, пропускали школу во время менструации. Они не могли сконцентрироваться и сосредоточиться во время школьных занятий. Перед менструацией девочки-подростки были беспокойны, раздражительны и депрессивны, нервозны и грустны, а во время менструации эти проблемы обострялись. Вследствие этого большинство девушек боялись наступления менархе. Были единичные случаи возникновения суицидальных идей и желаний смерти в предменструальный период. Предменструальные симптомы, депрессия, раздражительность, перепады настроения, чувство потери контроля значимо коррелировали со случаями, имевшими суицидальные мысли, по сравнению с

женщинами без суицидальных мыслей [13].

В нескольких исследованиях сообщалось, что наиболее распространенными психологическими проблемами, о которых сообщали подростки перед менструацией, были усталость, гнев, головная боль и раздражительность, страх и депрессия, нарушения сна, длительный постельный режим, неспособность сосредоточиться на учебе, недомогание, усталость, неприятный запах и чувство тревожности, нарушение повседневной жизни, отсутствие социальной активности [23].

Наряду в другими проявления соматических отклонений у девочек в период неврологических стрессов может возникнуть синдром раздражённого кишечника, проявляющиеся диареей и болями в животе [11, 15, 24, 26, 33, 35].

Многие девушки не имели возможности заниматься домашними делами и спортом. Дисменорея и меноррагия повышали риск пропуска занятий в школе среди сельских девочек [36].

Коитальная активность (достижение оргазма без полового акта) также является частой причиной многих проблем с менструальным циклом у подростков [20].

Согласно одному исследованию, дисменорея и нарушения менструального цикла были связаны с диетическими привычками (употребление нездоровой пищи, меньшее употребление пищи), а предменструальные симптомы были связаны с недостатком физической активности, избыточным весом, меньшим употреблением пищи, приемом нездоровой пищи [9].

Продолжительность и регулярность менструального цикла также определялись такими факторами, как социально-демографический профиль, психосоциальный стресс, нарушения сна, тяжелые физические нагрузки, диета. Различные исследования показали, что повышенный стресс во время менструа-

ции является самым сильным предиктором нарушений менструального цикла. Нездоровый образ жизни также способствует нарушению менструального цикла. Повышенный стресс был также связан с нарушением сна во время менструации [37].

Плохие знания, недостаточная информация, меньшая осведомленность о менструальных проблемах, самоизоляция и стыд приводят к неправильным представлениям и антисанитарным практикам во время менструации среди подростков. Ограничения в социальном взаимодействии, самолечение, недостаток знаний о том, как справляться с менструацией, были проблемами, с которыми сталкивались девочки-подростки в странах с низким и средним уровнем дохода [40].

Большинство исследований, проведенных в Индии, показали, что девочкам запрещали школьную деятельность и физическую активность, такую как игры, путешествия, посещение общественных собраний, торжеств, фестивалей, бракосочетания, богослужений, ограничения в еде, вход в храм, на кухню, в чужой дом, выполнение работы по дому, принятие ванны, посещение школы, прикосновение к людям и материалам для пуджи (один из главных обрядов поклонения и почитания в индуизме). Ограничения в деятельности варьируются в зависимости от культуры и региона. В некоторых частях южных индийских деревень девочкам даже не разрешали войти в собственный дом, а во время менструации их просили сидеть и отдыхать у входа в дом. Девочек во время менструации считали грязными и нечистыми [31, 36].

Существует связь между уровнем образования, ограничениями активности и практикой в отношении менструации. Социокультурные практики в отношении менструации зависят от образования девочек, отношения к ним, семейного окружения, культуры и убеждений. Девочки-подростки в районах трущоб сталкиваются с многочисленными огра-

ничениями (например, пребывание вне дома и разлука с членами семьи, ни к кому не прикасаться), отсутствие информации о менархе до менструации, незнание причины кровотечения и органа, где происходит кровотечение [29].

Исследование показало, что городские и сельские девушки знали о менструации до наступления менархе. Среди городских девушек основным источником информации о менструации была мать, тогда как в сельской местности – учительница. Что касается наступления менархе, то городские девушки, как правило, достигают половой зрелости раньше, чем сельские девушки. Девочки с более высоким социально-экономическим статусом имели более низкий средний возраст наступления менархе в сельской и городской местностях, а более высокий средний возраст был обнаружен у городских девушек, занимающихся тяжелыми видами спорта [27].

Предменструальные симптомы чаще наблюдались у городских, чем у сельских девочек, тогда как пропуски занятий в школе из-за проблем с менструальным циклом чаще наблюдались среди сельских девочек. Менструальная практика была лучше у городских девушек, по сравнению с сельскими жительницами. Городские девушки пользуются гигиеническими прокладками чаще, чем сельские девушки. Выявлена также разница между сельскими и городскими девушками с точки зрения осведомленности о менархе и менструации, типе используемого абсорбента, способе его утилизации, очистке наружных половых органов [20].

Большинство сельских и городских девушек не чувствуют необходимости обращаться за помощью к врачу по поводу проблем с менструальным циклом и не получают консультаций по менструальной гигиене у специалистов, большинство из них получали консультации по вопросам менструальной гигиены от своих матерей. Многие чувствовали

депрессию и страх из-за кровотечений и изменений в организме во время менструации. Большинство девушек считают, что во время менструации к ним нельзя налагать ограничения [19].

В Индии было проведено два систематических обзора и метаанализа по менструальной гигиене среди девочек-подростков. Chudhary N. и соавт. (2019) проанализировали 138 исследований, опубликованных с 2000 по 2018 годов. Критериями оценки результатов были осведомленность о менархе, типе используемого абсорбента, утилизации, менструальной гигиене, ограничений и пропусках занятий в школе. Результаты показали, что половина из них знала о менархе, многие сталкивались с ограничениями, неправильной утилизацией абсорбента, одна четверть отсутствовала в школе во время уроков, у одной трети была возможность в школах сменить прокладку, у половины из них были дома туалеты для смены впитывающего материала. Сельские девушки сталкивались с нехваткой воды, отсутствием туалета, места для купания, отсутствием уединения и ограничениями в купании во время менструации [13].

Другой систематический обзор, проведенный Barman P. и соавт. в 2015 году, описывает исследования по обеспечению готовности к менструальной гигиене в индийских школах. Результаты показали, что менее половины из них знали о менархе, учителя были менее распространенным источником информации, только в половине школ был отдельный туалет для девочек. Изучение влияния соблюдения менструальной гигиены на здоровье и психосоциальные результаты показало, что плохая менструальная гигиена связана с инфекциями репродуктивного тракта. Имеются убедительные доказательства того, что образовательные вмешательства улучшают практику менструальной гигиены и уменьшают социальные ограничения [12].

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, большинство исследователей описывают 10 наиболее распространенных проблем у девочек: внешний вид, образование, свидания, издевательства, дружба, самооценка, давление со стороны сверстников, употребление психоактивных веществ, менструации и депрессия [1, 5, 7, 21, 25, 32, 34].

Влияние изменений внешнего вида девочки является наиболее часто влияющим на психологический статус. 30,4% всех подростков имеют проблемы с образом своего тела. Это время, когда тело девочек постоянно меняется и ей приходится с этим справляться. Более того, она продолжает видеть и слышать о телах с идеальной фигурой, а также влияет семейное окружение, способности, инвалидность, отношение сверстников и культурные корни. Средства массовой информации и давление со стороны сверстников также играют отрицательную роль.

Влияние периода образования связано с тем, что девочке-подростку приходится постоянно доказывать свою храбрость, набирая высокие баллы, преуспевая на экзаменах и на других образовательных мероприятиях. Это создает огромное академическое давление на девочек и приводит к стрессу. 33,8% всех подростков страдают от школьного или связанного с обучением стресса.

Влияние знакомств и свиданий со-размерно связано с увеличением уровня половых гормонов. Оно сопряжено с влюбленностью и возможным началом ранней половой жизни, которые вызывают естественное давление (противодействие) со стороны сверстников и родителей.

Влияние подростковых издевательств наблюдается у около 55% подростков и являются серьезной проблемой. В последние годы участились случаи киберзапугиваний.

Влияние дружбы и ссор могут привести к агрессии и перепадам настроения.

Влияние самооценки связано с тем, что

девочки-подростки сравнивают себя, свое тело и внешний вид с другими девочками их возраста и это бессознательно создает на них давление.

Влияние давления со стороны сверстников заставляет девочек-подростков вести себя определенным образом, что дает им чувство принадлежности.

Влияние использования психоактивных веществ на психическое, физическое и эмоциональное благополучие ребенка. В большинстве случаев давление со стороны сверстников приобщает девочек-подростков к этой опасной привычке. Девочки-подростки возвращаются к употреблению психоактивных веществ, чтобы облегчить стресс, почувствовать себя защищенными и уверенными изнутри.

Влияние начала менструального периода связано с возникновением множества заблуждений и вопросов относительно менструального цикла, так как зачастую сопряжено с появлением головных болей или сильных менструальных спазмов.

Частые смены настроения приводят к развитию депрессий и даже суицидам. Часто их предикторами являются низкие оценки, расставания, завышенные ожидания родителей, увеличение веса, употребление психоактивных веществ, чрезмерное желание спать или полное лишение сна и др.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобоходжаева М.О. Структура соматических заболеваний среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу // Здоровоохранение Таджикистана. - 2021. - № 3. - С. 16-21.
2. Бобоходжаева М.О. Структура заболеваний репродуктивных органов молодежи // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2021. - № 4. - С. 13-18.
3. Бобоходжаева М.О. Эффективность функционирования молодежных клиник-консультативных отделений // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2018. - № 3 (8). - С. 302-306.
4. Зайцева Ж.Г., Зайцева О.И., Колодяжная Т.А. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у подростков: вегетативный гомеостаз и реактивность мембран эритроцитов // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. - 2021. - № 5.
5. Кузнецова Е.А. Личностные особенности подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. - 2014. - № 3
6. Набойченко Е.С. Психология отклоняющегося поведения подростков. - Ека-

- теринбург: Издатель Калинина Г.П., 2007. - 285 с.
7. Физическая реабилитация детей при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы: практическое пособие для врачей / под ред. А.В. Макарича, Д.А. Чечетина. - Гомель: РНПЦ РМиЭЧ, 2016. - 104 с.
8. Яйленко А.А. Проблемы подросткового возраста // Смоленский медицинский альманах. - 2016. - № 4
9. Achuthan K. A novel banana fiber pad for menstrual hygiene in India: a feasibility and acceptability study // BMC Womens Health. - 2021. - № 21 (1). - P. 129.
10. Arafa A. Association of sleep duration and insomnia with menstrual symptoms among young women in Upper Egypt // Middle East Curr Psychiatry. - 2020. - № 27. - P. 2.
11. Balmus I.M., Ciobica A., Cojocariu R. Irritable bowel syndrome and neurological deficiencies: is there a relationship? The possible relevance of the oxidative stress status // Medicina (Kaunas). - 2020. - № 56. - P. 175.
12. Barman P., Mahanta T.G., Barua A. Social health problem of adolescent girls aged 15-19 years living in slums of Dibrugarh town, Assam // Clin. Epidemiology and Global Health. - 2015. - № 3. - P. S49-S53.

13. Choudhary N., Gupta M.K. A comparative study of perception and practices regarding menstrual hygiene among adolescent girls in urban and rural areas of Jodhpur district, Rajasthan // *J Family Med Prim Care*. – 2019. - № 8 (3). – P. 875–880.
14. Chutko L.S., Kornishina T.L., Surushkina S.Y. Syndrome of autonomic dysfunction in children and adolescents // *Zh Nevrol Psikhiatr Im S.S. Korsakova*. – 2018. - № 118 (1). – P. 43-49.
15. Cojocariu R., Ciobica A., Balmus I.M. Antioxidant capacity and behavioral relevance of a polyphenolic extract of *Chrysanthellum americanum* in a rat model of irritable bowel syndrome // *Oxid Med Cell Longev*. – 2019. – P. 3492767.
16. Devanarayana N.M., Rajindrajith S. Irritable bowel syndrome in children: current knowledge, challenges and opportunities // *World J Gastroenterol*. – 2018. - № 24. – P. 2211-2235.
17. Emich-Widera E., Kazek B., Szwed-Białożyty B. Headaches as somatoform disorders in children and adolescents / *Ment Illn*. – 2012. - № 4 (1). – P. e9.
18. Estevez-Baez M., Carricarte-Naranjo C., Jas-García J.D. Influence of heart rate, age, and gender on heart rate variability in adolescents and young adults // *Adv Exp Med Biol*. – 2019. - № 1133. – P. 19-33.
19. Fiertag O., Taylor S., Tareen A., Garralda E. Somatic symptom, bodily distress and related disorders in children and adolescents / In Rey J.M., Martin A. (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. – 2019. [<https://I.1-Somatic-symptom-disorders-2019.pdf>.]
20. Jain A., Singh D. Adolescent gynae clinic – need of the day: a prospective study at a tertiary care centre // *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. – 2019. - № 8. – P. 1973-1976.
21. Jha N. Psychosocial and stress-related risk factors for abnormal menstrual cycle pattern among adolescent girls: A case-control study // *J Educ Health Promot*. – 2020. - № 9. – P. 313.
22. Hayano J., Yuda E. Pitfalls of assessment of autonomic function by heart rate variability // *J Physiol Anthropol*. – 2019. - № 38. – P. 3.
23. Heimann P., Herpertz-Dahlmann B., Buning J. Somatic symptom and related disorders in children and adolescents: evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2018. - № 1 (12). - P. 34–38.
24. Hennegan J., Winkler I.T., Bobel C. Menstrual health: a definition for policy, practice, and research / *Sex Reprod Health Matters*. – 2021. - № 29 (1). – P. 1911618.
25. Hollier J.M., van Tilburg M.A., Liu Y. Multiple psychological factors predict abdominal pain severity in children with irritable bowel syndrome // *Neurogastroenterol Motil*. – 2019. - № 31. – P. e13509.
26. Huang W.L., Yang C.C., Kuo T.B. The autonomic features of somatization diagnoses: somatic symptom disorder and persistent somatization / *Asian J Psychiatr*. – 2020. - № 53. – P. 102356.
27. Low E.X., Mandhari M.N., Herndon C.C. Parental, perinatal, and childhood risk factors for development of irritable bowel syndrome: a systematic review // *J Neurogastroenterol Motil*. – 2020. - № 26. – P. 437-446.
28. Malhi P., Bharti B. School bullying and association with somatic complaints in victimized children // *Indian Journal of Pediatrics*. – 2021. - № 10 (88). - P. 962–967.
29. Mendiratta S.L., Dath S.S., Yadav R. Health problems in adolescent girls // *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. – 2023. - № 12. – P. 445-7.
30. Nandita B., Arup J.R. Gynecological problems in adolescent age group: A prospective study // *Eur J Biomed Pharma Sci*. – 2017. - № 4 (2). – P. 226-8.
31. Ostberg V., Laftman S.B., Modin B. Bullying as a stressor in mid- adolescent girls and boys associations with perceived stress, recurrent pain, and salivary cortisol // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2018. - № 2 (15). - P. 364.
32. Rathod A.D., Chavan R.P., Panjai S.P. Gynecological problems of adolescents' girls attending outpatient department at Tertiary care centre with evaluation of cases of puberty menorrhagia requiring hospitalization / *J Obstet Gynecol India*. – 2016. - № 66 (1). – P. S500-6.

33. Roma M., Marden C.L., Flaherty M.A. Impaired health-related quality of life in adolescent myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: The impact of core symptoms // *Frontiers in Paediatrics*. – 2019. - № 7. – P. 1-11.
34. Sadowski A., Dunlap C., Lacombe A. Alterations in heart rate variability associated with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis // *Clin Transl Gastroenterol*. – 2020. - № 12. – P. e00275.
35. Schiweck C., Piette D., Berckmans D. Heart rate and high frequency heart rate variability during stress as biomarker for clinical depression. A systematic review // *Psychol Med*. – 2019. - № 49. – P. 200-211.
36. Semen M., Lychkovska O., Kaminsky D. Heart Rate Variability and Somatization in Adolescents With Irritable Bowel Syndrome // *J Neurogastroenterol Motil*. – 2023. - № 2 (29). – P. 2093-0879.
37. Sharma S. Menstrual Hygiene Preparedness Among Schools in India: A Systematic Review and Meta-Analysis of System-and Policy-Level Actions // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. - № 17 (2). – P. 647.
38. Stone A.L., Walker L.S., Heathcote L.C. Somatic symptoms in paediatric patients with chronic pain: proposed clinical reference points for the Children's Somatic Symptoms Inventory (Formerly the Children's Somatisation Inventory) // *The Journal of Pain*. – 2019. - № 10. – P. 1-9.
39. Sundari T., George A.J., Sinu E. Psychosocial Problems of Adolescent Girls during Menstruation // *J Mental Health Educ*. – 2022. - № 3 (2). – P. 47-63.
40. Vesterling C., Schutz-Wilke O., Baker N. Epidemiology of Somatoform Symptoms and Disorders in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Health & Social Care in the Community Volume*. - 2023, Article ID 6242678, 16 pages [<https://doi.org/10.1155/2023/6242678>].
41. von Polier G., Simons M. Somatoform disorders in children and adolescents // *Psychiatry and Psychotherapy of Childhood and Adolescence*. – Springer, Berlin, Germany, 2020. - P. 1-17.

Сведения об авторах:

Бобоходжаева Масуда Облокуловна – научный сотрудник ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины», д.м.н.; e-mail: masuda_10@mail.ru

Хамдамова Дилнигор Обиджановна – соискатель ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины», врач ООО «Лукмони Хаким»; e-mail: info@lukmoni-hakimfoim.tj

УДК 616.25-003

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОТОРАКСА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Каримова М.Т.

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

В публикации проведен обзор современных данных отечественной и зарубежной литературы по вопросам этиологии, классификации, анализу методов диагностики пневмоторакса у новорожденных в неонатальном периоде. Представлены сравнительные результаты рентгенологических и ультразвуковых исследований пневмоторакса у новорожденных.

Ключевые слова: пневмоторакс, новорожденные, ультразвуковое исследование легких, рентгенография грудной клетки

НАЗАРИ МУОСИР БА МУШКИЛОТИ ТАШХИСИ ПНЕВМОТОРАКС ДАР ДАВРАИ НАВЗОД

Каримова М.Т.

Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» ВТҶИАҶТ

Дар ин наشريя маълумоти муосири адабиети ватанӣ ва хориҷӣ оид ба масъалаҳои этиология, тасниф, таҳлили усулҳои муосири ташхис, пневмоторакс дар кӯдакони навозод дар давраи неонаталӣ баррасӣ карда шудааст. Пешиноҳод сравнительные натиҷаҳои рентгенологическими ва ултрасадоӣ тадқиқоти пневмоторакса назди навозод.

Калимаҳои асосӣ: пневмоторакс, навозодон, ташхиси ултрасадоии шуш, рентгенографияи ҳуҷайраи сина

A MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF DIAGNOSIS OF PNEUMOTHORAX IN THE NEONATAL PERIOD

Karimova M.T.

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

This publication provides a review of current data from domestic and foreign literature on the etiology, classification, and analysis of modern diagnostic methods for neonatal pneumothorax. Comparative results of X-ray and ultrasound examinations of pneumothorax in newborns are presented.

Key words: pneumothorax, newborns, lung ultrasound, chest X-ray

Актуальность

Пневмоторакс, возникший в неонатальном периоде, приводит к значительному росту заболеваний и смертности у новорожденных. Синдром утечки воздуха проявляется в виде спонтанного напряженного и / или ненапряженного пневмоторакса, чаще среди недоношенных детей и новорожденных с респиратор-

ными нарушениями. Частота выявления составляет от 1% до 2% случаев у доношенных и до 5-15% = у недоношенных новорожденных и имеет обратную зависимость между гестационным возрастом и вероятностью заболевания [1, 20, 21]. Основными факторами риска развития пневмоторакса считаются незрелость и сопутствующие заболевания у новоро-

жденных, а также малая и очень малая массы тела при рождении. Летальность достигает до 21% случаев, особенно среди недоношенных новорожденных. Наиболее часто синдром утечки воздуха проявляется в течение первых 48 часов жизни у недоношенных новорожденных в форме напряженного и/или ненапряженного пневмоторакса [3, 8, 21, 29]. Данное осложнение, как правило, возникает на фоне уже имеющихся заболеваний легких и расценивается как вторичный пневмоторакс (SSP), требующий немедленного диагностического подхода и своевременной хирургической коррекции. Соответственно исходы вторичного пневмоторакса у новорожденных с уже имеющимися заболеваниями легких прогностически более неблагоприятны. [2, 4, 5, 16, 18, 21].

Этиология и факторы риска. Известно, что спонтанный пневмоторакс у новорожденных, выявленный в первые часы жизни, оценивается как вторичный. Частота выявления пневмоторакса, по данным ряда публикаций, у новорожденных напрямую зависит от гестационного возраста, степени дыхательной недостаточности, а также от методов диагностики [6, 12, 19].

Несмотря на проведенные в последние годы исследования в области данной патологии, достоверно предсказать развитие спонтанного пневмоторакса у новорожденных пока не представляется возможным. По данной проблеме ведутся работы, и результаты исследования зачастую противоречат друг другу [5, 6, 8, 9, 10, 18, 19, 24, 27]. Пневмотораксы диагностируются от 5% до 20% случаев у новорожденных с проявлениями респираторного дистресс синдрома (РДС) (болезни гиалиновых мембран). У недоношенных новорожденных на фоне недоразвития легочной ткани, недостаточной их эластичности и нехватки сурфактанта существует высокая предрасположенность к возникновению эмфиземы и формированию «воздушных ловушек»,

на фоне чего появляется синдром утечки воздуха [7, 8, 20, 21]. При синдроме аспирации меконием пневмоторакс проявляется чаще - от 20% до 50% случаев. При синдроме транзиторного тахипноэ новорожденных (ТТН) пневмоторакс развивается в 10% случаев [1, 6, 11, 20, 24, 27, 30]. У новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, также повышается риск развития пневмоторакса, по сравнению с естественными родами. У этих новорожденных закономерно развивается синдром «влажного легкого», при неосложненных состояниях (пневмоний) синдром самостоятельно проходит в течение первых 4-6 часов [11].

Следующей группой причин, по мнению ряда авторов, способствующих развитию пневмоторакса у новорожденных (посттравматического, ятрогенного), являются внешние воздействия [12, 13]. Проведение респираторной поддержки у новорожденных, включая медицинские манипуляции (пункции, катетеризации и др.), агрессивную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), является зачастую основным этиологическим фактором возникновения данного состояния, поскольку в 20 - 40% случаев образуются разрывы легочной ткани [5, 6, 7, 18, 20, 25]. При проведении вентиляции легких в режиме СИПАП (постоянное положительное давление в дыхательных путях) и использовании метода «рекрументации» (процесс раскрытия ранее спавшихся ателектазированных альвеол за счет постоянного положительного давления в дыхательных путях) риск развития пневмоторакса возрастает до 16% случаев. Данное состояние может привести к формированию «воздушных ловушек», повышению внутриальвеолярного давления, что способствует разрыву альвеол и проникновению воздуха в плевральную полость [3, 4, 5, 13, 15, 20]. По данным Старкова И.Ю., Купера Д. и др., основой патологического повышения внутрилегочного давления, приводящего к развитию пневмоторакса, является

неравномерная вентиляция на вдохе, а также проведение реанимационных мероприятий, когда воздух большим потоком попадает в субплевральные альвеолы [1, 5, 6, 8]. Применение сурфактанта улучшает прогноз, но не исключает риск осложнений. В случаях аспирации околоплодными водами (меконияльной аспирации) у новорожденных с «влажными легкими», т.е. присутствии или задержки в легочных тканях жидкости, данное состояние также провоцирует чрезмерное растяжение альвеол [4, 7, 8, 17, 24].

Классификация и клинические проявления. На сегодняшний день единой признанной авторской универсальной классификации пневмоторакса у новорожденных не существует. Представленные классификации пневмотораксов сформированы на основе клинических наблюдений, анатомо-физиологических особенностей и причинно-следственных факторов [6, 10, 11, 14, 15, 18]. Классификация спонтанного пневмоторакса согласно клиническим рекомендациям (British Thoracic Society, 2010; ACCP [American College of Chest Physicians], 2001, разделяется по этиологии: первичный (PSP) и вторичный (SSP) (возникающий на фоне болезни дыхательных путей, интерстициальной болезни легких); по кратности образования (первичный эпизод, рецидив); по степени объема коллапса (малый, средний, большой, тотальный); по осложнениям (напряженный, ненапряженный), односторонний, двусторонний пневмоторакс, эмфизема мягких тканей, пневмомедиастинум, пневмоперикардит, гемопневмоторакс.



Рис. 1.
Правосторонний напряженный пневмоторакс со смещением сердца и средостения влево с частичным ателектазом, захватывающим левое легкое.



Рис. 2 Массивный двусторонний пневмоторакс. Двусторонний пневмоторакс уравнивает друг друга и предотвращает смещение средостения



Рис. 3. Пневмоторакс

Особенности течения пневмоторакса у новорожденных. Клинические проявления пневмоторакса у новорожденных могут варьировать от бессимптомного до острого и быстро прогрессирующего, потенциально угрожающего течения, особенно у недоношенных новорожденных. Тяжесть проявления пневмоторакса зависит от степени патологического объема вовлеченного легкого (ACCP) – верхушечный, располагающийся в куполе плевральной полости выше ключицы – малый менее 15-20% объема плевральной полости, средний 20-50%, большой более 50% объема плевральной полости, тотальный полный коллапс легкого. Две трети всех односторонних пневмотораксов развиваются справа, а двусторонний наблюдается в 15-20% случаев (рис. 1, 2, 3) [2, 4, 5, 6, 10].

В тяжелых случаях пневмоторакса у новорожденных клиническая симптоматика проявляется симптомами: тахипноэ, втяжение межреберий, надключичных и подключичных ямок, дыхание стонущее, тотальный цианоз кожи, асимметрия грудной клетки, выбухание грудной клет-

ки на стороне поражения. Напряженный пневмоторакс может сопровождаться кардиоваскулярными симптомами: тахикардией и/или брадикардией, снижением артериального давления, похолоданием кожи конечностей. У 15% доношенных и поздних недоношенных новорожденных со спонтанным пневмотораксом развивается стойкая легочная гипертензия [12, 16, 18, 20, 23].

Большинство незначительных пневмотораксов разрешаются самостоятельно, но напряженные требуют хирургического вмешательства, откачки воздуха из плевральной полости. При напряженном пневмотораксе можно использовать иглу (23 или 25 калибра) или ангиокатетер (18 или 20 калибра) и шприц для временной эвакуации свободного воздуха из плевральной полости. Основным же лечение является налаживание плеврального дренажа с последующим контролем над функционированием дренажной трубки [5, 9, 14, 17, 20, 26, 30, 32].

Диагностика

1. Трансиллюминация как скрининговый метод.

2. Классическим диагностическим методом остается рентгенография грудной клетки, данное исследование входит во все неонатологические стандарты по ведению новорожденных с дыхательной недостаточностью [3, 4, 6, 17].

3. Компьютерная томография.

4. Ультразвуковое исследование легких, как высокочувствительный метод (особенно в стационарах III уровня).

Метод рентгенографии легких у новорожденных имеет свои недостатки, чувствительность метода ограничена, особенно при малых объемах воздуха в плевральной полости, анатомическими особенностями новорожденных, техническими трудностями выполнения снимков в условиях интенсивной терапии [4, 5, 24, 25, 18]. Как отмечают многие авторы, диагностика пневмоторакса на рентгенологических снимках может быть затруднена по нескольким причинам. У

новорожденных легкие еще не развиты и их структура отличается от легких взрослых, это может снижать контраст между воздухом в плевральной полости и паренхимой легких [3, 5, 6, 7, 12, 15, 18]. Из-за малого размера грудной клетки у новорожденных сложно различить тонкие линии, такие как контуры коллабированного легкого и плевры. У новорожденных сложно добиться идеального положения при рентгенографии, так как часто используются портативные рентгенологические аппараты в условиях реанимации, что может снижать качество изображения. Признаки пневмоторакса на рентгенологических снимках в виде симптома «гиперпросветления» может быть похожим на эмфизему, ателектаз или бронхолегочную дисплазию, буллы / кисты, инородное тело [6, 7, 12, 25, 28]. При эмфиземе, особенно буллезной формы, у новорожденных (при врожденной долевого форме) в отличие от пневмоторакса легочный рисунок может частично сохраняться и нет четкой линии коллабированного легкого. При ателектазе соседнего участка легкого может сопровождаться компенсаторным перераздуванием других участков, что выглядит как гиперпросветление [6, 7, 12, 14, 25]. Скрытый (латентный) пневмоторакс может быть небольшим и не выявляться в стандартных проекциях, особенно если он задний или базальный. Это требует специальных укладок или ультразвуковая диагностика. Наличие других устройств и заболеваний, таких как дыхательная трубка, катетеры, могут перекрывать обзор, а также могут вызывать баротравмы, что осложняет дифференцировку причин изменения на снимках [4, 6, 14, 18, 14, 27, 28]. К типичным рентгенологическим признакам пневмоторакса у новорожденных относятся: отсутствие легочного рисунка, сосудистого рисунка, контур легкого (линия коллабированного легкого) или край спавшегося легкого, смещение средостения в случае одностороннего

пневмоторакса смещение в противоположную сторону, в случае двустороннего смещение средостения нет (рис. 2). Может происходить усиление реберных теней на стороне пневмоторакса, на фоне воздуха в плевральной полости, ребра могут выглядеть более четкими, особенно при одностороннем пневмотораксе (рис. 1). Знак «глубокой борозды» (deep sulcus sign) - это рентгенологический признак пневмоторакса, который чаще всего наблюдается у больного, находящегося в горизонтальном положении (супинационная укладка), при наличии воздуха в плевральной полости. Воздух скапливается в самых нижних частях грудной полости, то есть в реберно-диафрагмальном синусе. На R-снимке это выглядит как глубокий, резко очерченный латеральный (боковой) синус – глубже и темнее, чем обычно (рис. 4). Это происходит потому, что воздух в положении лежа перемещается латерально и «выталкивает» легкие вверх и медиально. Характерно также изменение положения диафрагмы, уплощение ее купола на стороне поражения легких (рис. 2, 3) [12, 16, 23, 28, 30].



Рис. 4. Пневмоторакс

Компьютерная томография обладает высокой точностью в выявлении пневмоторакса, особенно в сложных или неясных случаях. Однако из-за высокой дозы облучения и необходимости транспортировки пациента использование этого метода ограничено в неонатологии. Многие заболевания легких, такие как РДС и ТТН,

пневмонии, ателектазы и пневмоторакс, в прошлом диагностировали с помощью рентгенографии грудной клетки или КТ, но теперь их можно легко диагностировать с помощью УЗИ [10, 12, 13, 15, 20].

Как отмечают в своих исследованиях многие авторы, современная диагностика пневмоторакса у новорожденных претерпела значительные изменения, все большую актуальность приобретает метод ультразвукового исследования легких. Особо нужно подчеркнуть роль УЗИ легких в неонатологии из-за специфической патологии, присущей незрелости легких, а также чувствительности новорожденных к повторному воздействию радиации [1, 3, 4, 5, 12, 19, 20]. УЗИ легких, благодаря своей высокой точности, безопасности, специфичности и чувствительности на сегодня становится все более важным инструментом в выявлении пневмоторакса у новорожденных. Мета анализ показал, что чувствительность ультразвуковой диагностики пневмоторакса у новорожденных составляет 97%, специфичность - 100%, что превосходит показатели рентгенографии грудной клетки. Сканирование производят по передней и боковым поверхностям грудной клетки с использованием межреберного доступа [1, 5, 8, 13, 17, 19, 22]. Ультразвуковыми признаками пневмоторакса являются отсутствие признака «скольжения плевры», отсутствие В-линий, наличие А-линий (горизонтальные артефакты, указывающие на наличие воздуха между плевральными листками). В М-режиме визуализация картины «штрих кода», признака «точка легкого» (lung point) - это граница между нормальным рисунком со скольжением легкого и аномальным рисунком без скольжения легкого [26, 27]. Следовательно, точка легкого представляет собой физическую границу пневмоторакса. Наличие этого признака считается специфическим для пневмоторакса и может помочь определить его размер (рис. 5, 6) [1, 5, 15, 23, 24, 29].

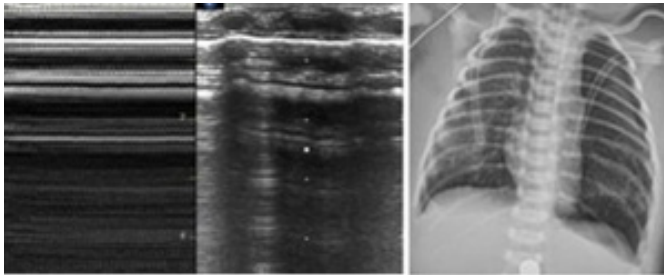


рис.5

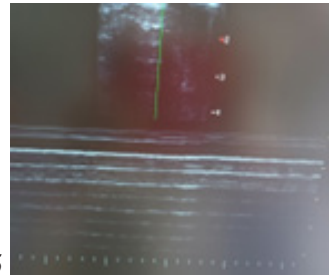


рис.6

Таким образом, как показывают исследования последних лет, ультразвуковое исследование легких у новорожденных при подозрении на пневмоторакс обладает рядом неоспоримых преимуществ, делающих его незаменимым методом в неонатальной практике. Это современный высокоэффективный метод диагностики, который не требует ионизирующего излучения (уровень доказательности А), что особенно важно в неонатологии, где снижение лучевой нагрузки имеет приоритетное значение. УЗИ легких может выполняться непосредственно у постели больного, в режиме реального времени (уровень доказательности В), позволяет быстро выявлять острые ургентные состояния без задержки на транспортировку в рентген-кабинет. УЗИ легких является более точным, по сравнению с рентгенографией в «супинационной укладке» методом, исключающим или подтверждающим пневмоторакс (уровень доказательности А) [7, 14, 20, 21, 22, 23, 29]. Он обладает высокой чувствительностью (до 100%) и специфичностью (более 95%) при диагностике пневмоторакса, особенно при использовании специфических признаков, таких как отсутствие легочного скольжения, «штрих код» в М-режиме и наличие легочной точки (уровень доказательности А по мета-анализам и систематическим обзорам).

Дополнительным преимуществом является возможность многократного повторения и проведения наблюдения за состоянием легких в процессе лечения без ограничений по частоте обследования (уровень доказательности В), что делает данный метод идеальным инструментом для мониторинга в отделениях интенсивной терапии [16, 17, 25, 26, 30, 32, 33].

Заключение. В современных условиях УЗИ легких занимает ведущее место в диагностике пневмоторакса у новорожденных благодаря своей доступности, безопасности и высокой диагностической эффективности. Метод позволяет оперативно выявлять угрожающие жизни состояния и мониторировать динамику лечения без воздействия ионизирующего излучения [29, 30]. Он признан ведущими международными и отечественными педиатрическими и неонатальными сообществами как предпочтительный метод выбора при подозрении на пневмоторакс у новорожденных [31-34].

Литература

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсаитела Л.В. Синдром утечки воздуха в легких. обзор перинатальных респираторных нарушений // Неонатология. – 2023. – Т. 12
2. Баранова Н.К., Тараканов И.А. Спонтанный пневмоторакс у детей: наш опыт // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2022. - Т. 12.

3. Бедиви А.С., Аль-Билтаги М. УЗИ грудной клетки у новорожденных: что нужно знать неонатологам. // Artificial Intellinguci in Medical Imaging. – 2018. – Т. 14
4. Ван Цз., Вэй Х. Применение ультразвукового исследования при заболеваниях легких у новорожденных. Обновленный обзор. // Секция детской пульмонологии. - 2022. – Т.10.
5. Ермакова Е.Э., Буровников А.А. Анализ заболеваемости спонтанным пневмотораксом у новорожденных

сом новорожденных в Тверской области // Актуальные вопросы хирургии и анестезиологии-реаниматологии детского возраста. - 2022. - Т. 5, Вып. 1.

6. Каттаросии Л. и др. Воздействие радиации в раннем возрасте можно снизить с помощью УЗИ легких // Early Hum Dev. - 2011. - Т. 12, № 2

7. Каттаросии Л. УЗИ легких: его роль в неонатологии и педиатрии // Early Hum Dev. - 2013. - Т. 89, Sup. 11. - С. S17-S19.

8. Колтунов И.Е., Дегтярева М.В. Возможности ультразвукового исследования в комплексной диагностике заболеваний легких в неонатальном период // Ультразвуковая диагностика в неонатологии. - 2017. Т. 15, № 8-9.

9. Копетти Р. и др. «Двойная точка легкого» - УЗИ признак транзиторного тахипноэ новорожденного. - Дублин, 2007.

10. Копетти Р., Каттаросии Л. УЗИ легких у новорожденных и детей; В кн.: Сонография грудной клетки младенцев. - Берлин: Springer, Гельдерберг, 2011. - 125 с.

11. Копрушани Р., Магканас Е., Вапориди К. УЗИ легких у пациентов в критическом состоянии: Сравнение с прикроватной рентгенографией грудной клетки // Медицина интенсивной терапии. - 2011. - Т. 37, № 9. -С. 1488-1493.

12. Курепа Д., Заглул Н., Лю Дж. Руководство по УЗИ легких новорожденных // Перинатология. - 2018. - Т. 38. - С.11-22.

13. Курепа Д., Лю Дж. Международный экспертный консенсус и рекомендации по диагностике узификации пневмоторакса и ультразвуковой терапии торацентеза. - М., 2020.

14. Лихтенштейн Н.Д. Ультразвуковое исследование легких при острой дыхательной недостаточности. Введение в протокол BLUE // Minerva Anesthesiol. - 2009. - Т. 75, № 5. - С. 313-317.

15. Лю Дж. УЗИ легких для диагностики заболеваний у новорожденных// J. Matern Fetal Neonatal Med. - 2014. - Т. 27, № 8. - С. 856 - 861.

16. Мустафа О., Зубариоглу А. Неонатальный пневмоторакс - 10-летний опыт работы

в одного центре // Педиатрия. - 2020. - Т. 7, № 2. - С. 163-167.

17. Мязин А.А. Ультразвуковая диагностика патологических воздушных скоплений в плевральной полости и легких // интенсивная терапия. - 2022

18. Нефедова С.В., Черняева Т.М. Ультразвуковая диагностика легких у недоношенных новорожденных // Неонатология. - 2020. - Т. 8, № 1.

19. О'Коннор А.Р., Морган И.Е. Обзор по рентгенологической диагностике пневмоторакса // Российский медицинский журнал. - 2006. - № 17. - С. 1281

20. Пасич И.С., Сопер Л.Р. Васкес Е. Сравнение результатов УЗИ легких и рентгенографии грудной клетки при оценке респираторного дистресс синдрома у новорожденных // Ультразвуковая диагностика. - 2023. - Т. 26, № 2. - С. 435-448.

21. Перегудова Ю.В., Пертусенко О.И. Анализ случаев развития спонтанного пневмоторакса у новорожденных. - Н.Новгород, 2012.

22. Расули В. И др. Неонатальный пневмоторакс. - Душанбе, 2024.

23. Сингх Я., Дауэнгауэр-Кирмен С. Установление стандартов УЗИ легких у новорожденных в клинической практике. - 2012.

24. Старков В.Ю., Шестак Е.В. Ультразвуковая диагностики легких - инструмент диагностики и определения терапевтической стратегии при респираторно дистресс синдромах у новорожденных (обзор литературы) // Перинатология - 2024. - № 2

25. Степанов Н.М., Стальмахович В.Н. Спонтанный пневмоторакс у детей: стратегия хирургического лечения. - М., 2021

26. Счастливы К., Сайерс К., Эман А. Использование УЗИ легких для выявления осложнений РДС // Педиатрия. - 2015. - Т. 41, № 9. - С. 2319 -2325.

27. Улего-Эррос И., Пилар М.П. // Американский журнал респираторной и интенсивной терапии. - 2025. - Т. 211, № 1. - С. 103-112.

28. Щеголев А.В. Храпов К.Н. Диагностика пневмоторакса с помощью ультразвука // Анестезиология и реаниматология. - 2014. - № 4.

29. Lichtenstein D.A. BLUE-protocol and FALLS-protocol: two applications of lung ultrasound in the critically ill // Chest. - 2015. - Vol. 147, № 6.- P. 1659–1670.
30. Liu J., Cao H. Y., Fu W. Lung ultrasonography to diagnose meconium aspiration syndrome of the newborn // J. Int. Med. Res. - 2016. - Vol. 44, № 6. - P. 1534– 1542.
31. Liu J., Chen X. X., Li X. W. et al. Lung ultrasonography to diagnose transient tachypnea of the newborn // Chest. - 2016. - Vol. 149, № 5. - P. 1269–1275.
32. Liu J., Wang Y., Fu W. et al. Diagnosis of neonatal transient tachypnea and its differentiation from respiratory distress syndrome using lung ultrasound // Med. (Baltimore). - 2014. - Vol. 93. № 27. - P. e197
33. Rasuli B. Neonatal pneumothorax. - Radiology Reference Artiche. –Radiopaldia, 2024.
34. Volpiceli G. et al. International evidence –based recommendations for point-of-care lung ultrasound. // Intensive Care Med. - 2012. – Vol. 38, № 4 – P. 577-591.

Сведения об авторе:

Каримова Мавлюда Тимуровна – врач-неонатолог ТНIIАГиП; тел.: (+992) 917488403; e-mail: mavludk@mail.ru

УДК 616.92.93-053.2

КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Набиев З.Н., Шамсов Б.А.,
Давлатзода Д.А., Рахматова Р.А., Мамуров Д.У.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

В статье авторами представлен всесторонний обзор клинических, эпидемиологических и патогенетических аспектов течения внебольничной и внутрибольничной пневмонии у детей раннего возраста. Подчеркивается значимость комплексного подхода к оценке факторов риска, включая социально-экономические, перинатальные, иммунологические и экологические детерминанты. Обоснована роль грудного вскармливания, своевременной вакцинации и профилактики алиментарных дефицитов в снижении частоты осложнённых форм заболевания. Рассматриваются иммунопатологические механизмы, особенности морфофункционального состояния дыхательной системы у новорождённых, а также влияние окружающей среды и бытовых условий на тяжесть клинического течения. Проведённая систематизация данных подтверждает необходимость раннего выявления и стратификации групп риска, а также расширения программ общественного здравоохранения, направленных на снижение детской смертности от пневмонии.

Ключевые слова: пневмония у детей, грудное вскармливание, иммунитет, факторы риска, грудной возраст, респираторные инфекции, Таджикистан, перинатальные осложнения

АҲАМИЯТИ КЛИНИКӢ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИРОЯТҶОИ РОӢИ НАФАС ДАР КӶДАКОНИ СИННУ СОЛИ БАРМАӶАЛ

Набиев З.Н., Шамсов Б.А.,
Давлатзода Д.А., Рахматова Р.А., Маъмуров Д.У.

МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷарроҳӣи кӯдакона»

Дар мақола муаллифон баррасии ҳамаҷонибаи ҷанбаҳои клиникӣ, эпидемиологӣ ва патогенетикӣи ҷараёни пневмонияи ҷамоатӣ ва госпиталиро дар кӯдакони хурдсол пешниҳод мекунанд. Муҳимияти равиши маҷмӯӣ барои арзёбии омилҳои хавф, аз ҷумла омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ, перинаталӣ, иммунологӣ ва экологӣ таъкид шудааст. Нақши ширмаконӣ, ваксинизацияи саривақтӣ ва пешгирии норасоии гизо дар қоҳиш додани зуҳуроти шаклҳои мураккаби беморӣ асоснок карда шудааст. Дар мақола механизмҳои иммунопатологӣ, хусусиятҳои ҳолати морфофункционалии системаи нафаскашӣ дар кӯдакони навозд, инчунин таъсири муҳити зист ва шароити зиндагӣ ба шиддатнокии ҷараёни клиникӣ баррасӣ карда мешаванд. Мунтазамсозии маълумотҳои гузаронидашуда зарурати барвақт муайян кардан ва гурӯҳбандии гурӯҳҳои хавф, инчунин тавсеаи барномаҳои тандурустӣи ҷамъиятиро, ки ба наст кардани ғавти кӯдакон аз пневмония нигаронида шудаанд, тасдиқ мекунанд.

Калимаҳои асосӣ: варами пневмония дар кӯдакон, ширмаконӣ, масуният, омилҳои хавф, кӯдакӣ, сироятҳои роҳи нафас, Тоҷикистон, мушкилиҳои перинаталӣ

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL SIGNIFICANCE OF RESPIRATORY INFECTIONS IN YOUNG CHILDREN

Nabiev Z.N., Shamsov B.A.,
Davlatzoda D.A., Rakhmatova R.A., Mamurov D.U.

State Institution «Republican Scientific and Clinical Center for Pediatrics and Children's Surgery»

In the article, the authors present a comprehensive review of the clinical, epidemiological and pathogenetic aspects of the course of community-acquired and nosocomial pneumonia in young children. The importance of an integrated approach to assessing risk factors, including socio-economic, perinatal, immunological and environmental determinants is emphasized. The role of breastfeeding, timely vaccination and prevention of alimentary deficiencies in reducing the incidence of complicated forms of the disease is substantiated. The article considers immunopathological mechanisms, features of the morphofunctional state of the respiratory system in newborns, as well as the influence of the environment and living conditions on the severity of the clinical course. The conducted systematization of data confirms the need for early detection and stratification of risk groups, as well as the expansion of public health programs aimed at reducing infant mortality from pneumonia.

Key words: pneumonia in children, breastfeeding, immunity, risk factors, infancy, respiratory infections, Tajikistan, perinatal complications

Одним из стратегических приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения Республики Таджикистан остаётся охрана здоровья матери и ребёнка. Этот приоритет реализуется через систему комплексных социально-экономических и медико-санитарных мероприятий, координируемых как государственными, так и негосударственными структурами. В рамках глобальных инициатив, направленных на устойчивое развитие, особое внимание уделяется снижению младенческой и детской заболеваемости за счёт профилактики и раннего выявления наиболее угрожающих заболеваний, в том числе острых инфекций органов дыхания [1, 2, 24, 37].

Актуальность проблем детского здоровья обусловлена их мультифакторной природой и тесной связью с уровнем социально-экономического благополучия населения, доступностью медицинской помощи, санитарной культурой и экологическими факторами. В научной и клинической литературе подчёркивается, что соматическое и психофизическое состояние детского населения отражает общие тенденции общественного развития и социального капитала общества [2, 8, 23]. Эффективное решение задач, связанных с оздоровлением детского контингента, требует междисциплинарного подхода и тесного взаимодействия специалистов в области акушерства и гинекологии, неонатологии, педиатрии, медицинской

генетики, эпидемиологии, функциональной диагностики и организации здравоохранения.

В последние годы в мировой педиатрической практике наблюдается рост интереса к патологиям нижних дыхательных путей, в частности к тяжёлым формам пневмонии, как одной из ведущих причин младенческой и детской летальности. По данным исследований, пневмония продолжает оставаться наиболее частой инфекционной причиной смерти у детей в возрасте до 5 лет, несмотря на достигнутые успехи в вакцинации и развитии антибактериальной терапии [6, 12, 13, 16]. Многостороннее изучение проблемы пневмонии в России показало, что в результате тяжёлого и осложнённого течения респираторных заболеваний ежегодно более 1 миллиона человек становятся инвалидами, и при этом 40 тысяч из этой группы составляют дети до 18 лет [30, 31].

Во многих странах с развивающейся экономикой пневмония является одной из ведущих причин заболеваемости. В качестве причины смерти детей младше 1-го года пневмония также занимает одно из лидирующих мест. Существующие данные показывают, что на сегодняшний день распространённость пневмонии среди доношенных детей составляет до 1%, однако данный показатель среди недоношенных новорожденных детей возрастает до 10%, что подчёркивает важность изучения данной проблеме в неонатологии [41].

Систематические обзоры, отражающие демографические показатели при пневмонии, свидетельствуют о сохранении высокой доли летальных случаев от пневмонии среди детского населения не только на территории Российской Федерации и стран СНГ, но и по всему миру. Это происходит несмотря на разработки модернизированных и высокоэффективных химиотерапевтических противомикробных и антибактериальных средств. Эта тенденция со стороны различных экспертов оценивается как результат социально-экономических и биологических факторов, а также и недостаточного контроля над контролируемыми инфекционными агентами [32, 36].

Проведённые в последние годы систематические обзоры и метаанализы, направленные на изучение эпидемиологических характеристик пневмонии в детском возрасте, подтверждают устойчивую тенденцию к сохранению высокой летальности, несмотря на достижения современной педиатрии и антиинфекционной терапии. Согласно обобщённым данным, показатель смертности при тяжёлых формах пневмонии среди детей колеблется от 12–13% в популяциях с высоким уровнем медицинской и социальной обеспеченности до 40–50% в группах детей, проживающих в условиях неблагоприятной санитарно-бытовой и эпидемиологической обстановки [24, 25, 43].

Такая выраженная разница в исходах заболевания подчёркивает критическую роль социальных детерминант здоровья и указывает на необходимость внедрения адресных программ по профилактике и раннему выявлению осложнённых форм респираторной патологии среди социально уязвимых категорий детского населения. В ряде работ подчёркивается, что пневмония у детей, особенно в возрасте до 5 лет, является своеобразным индикатором эффективности национальных стратегий по охране здоровья и доступности первичной медико-санитарной помощи [6, 10, 17].

Одной из наиболее острых проблем современной педиатрической практики является нозокомиальная (внутрибольничная) пневмония, представляющая собой значительное клинко-эпидемиологическое и организационное бремя для системы здравоохранения. Особенно актуальной данная патология становится в отделениях интенсивной терапии и хирургического профиля, где частота летальных исходов при госпитальных формах пневмонии остаётся стабильно высокой. Современные иммунологические исследования подтверждают, что основой тяжёлого течения этих состояний являются множественные факторы, способствующие снижению иммунной реактивности, нарушению барьерных функций и общему истощению адаптационных резервов организма ребёнка [5, 6, 8].

По данным европейских и отечественных исследователей, в отделениях интенсивной терапии новорождённых наиболее частой причиной летального исхода являются инфекционные заболевания, на долю которых приходится более трети всех летальных случаев (около 37,4%). В этой структуре лидирующую позицию занимает пневмония - в среднем 38,6%, далее следуют генерализованные формы сепсиса и других инфекций, составляющие до 22% [4, 11, 12].

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), по-прежнему остаются ключевым вызовом для клинической медицины. Среди них госпитальная пневмония рассматривается как одно из наиболее угрожающих по исходам состояний. Согласно архивным данным и аналитическим отчётам ГУ НМЦ - «Шифобахш» за 1990–1999 гг., уровень летальности при нозокомиальной пневмонии колебался в пределах от 12,7% до 40%, без выраженной тенденции к снижению. Более того, в период 1996–1999 гг. наблюдалось увеличение данного показателя. Примечательно, что в начале 1990-х годов (например, в 1992 г.)

летальность от госпитальной пневмонии составляла лишь 1–2%, преимущественно за счёт досуточных случаев смерти, однако уже к концу десятилетия отмечалось нарастание тяжёлых форм с вовлечением жизненно важных органов [7, 10, 14]. С улучшением социально-экономического статуса страны, а также внедрением новых методов контроля управляемых инфекций в последующие годы показатели данной патологии значительно снизились, что подтверждает эффективность внедрения современных и высокотехнологических методов диагностики и лечения в педиатрии [5, 9, 14, 36, 39, 43].

На протяжении нескольких десятилетий бурные и агрессивные научно-клинические дискуссии среди специалистов в области функциональной диагностики и клинической медицины касаются использования и ограничения метода рентгенодиагностики в педиатрии. Это обосновывается тем, что избыточное радиационное излучение может спровоцировать развитие опухолевых образований и злокачественных заболеваний различных органов и систем. Независимо от того, что «золотым стандартом» диагностики пневмонии все ещё считается рентгенологическое исследование органов грудной клетки, по мнению сотрудников медицинского университета Калифорнии (США), данный метод диагностики пневмонии может иметь определённую погрешность, так как в ранней стадии пневмонии, когда ещё не образован воспалительный очаг, обнаружение каких-либо рентгенологических «диагностических теней» не происходит. По их мнению, целесообразно рекомендовать рентгенологическую диагностику детям в тех случаях, когда у ребёнка уже обнаруживается лихорадка и тахипноэ, так как рутинное назначение рентгенологического исследования грудной клетки может снизить онкологическую и гематологическую настороженность в последующие периоды жизни [19, 25, 33, 44].

На протяжении более 15 лет евро-

пейские клинические рекомендации требуют классифицировать пневмонию на две большие группы: внебольничные и внутрибольничные. Это предложение уже внедрено в системе диагностики многих стран мира, в том числе постсоветских стран, так как переход на систему учёта МКБ-10 не позволяет «по-старому» классифицировать данное заболевание [36, 37, 39].

В зависимости от анатомо-физиологических и этиологических факторов, которые влияют на развитие пневмонии среди новорожденных детей, в неонатологии пневмонию классифицируют иначе. На современном этапе развития неонатологии пневмония новорождённых классифицируется на две основные группы: врождённые (внутриутробные) и постнатальные формы. Врождённые пневмонии развиваются в антенатальном или интранатальном периоде, чаще всего в течение первых 72 часов жизни, и обусловлены трансплацентарной или восходящей инфекцией, передающейся от матери плоду. В отличие от них, постнатальные пневмонии формируются в течение первого месяца жизни и могут быть как внебольничного, так и внутрибольничного происхождения [4, 8, 10].

Патогенез постнатальных пневмоний часто связан с отягощённым течением раннего и позднего неонатального периода, наличием перинатальной гипоксии, синдрома аспирации, нарушением мукоцилиарного клиренса, а также активацией латентных внутриутробных инфекций. Немаловажную роль играют и особенности течения транзиторных состояний новорождённых, при которых нарушается лёгочная адаптация, повышается риск альвеолярной гиповентиляции и создания благоприятных условий для колонизации дыхательных путей условно-патогенной флорой [6, 9, 11, 37].

Разграничение врождённых и постнатальных форм пневмонии основано на различиях в этиопатогенетических механизмах, морфологических проявлениях и

клинической симптоматике. Кроме того, инфекционные агенты, вызывающие данные формы пневмонии, также существенно различаются: для врождённых форм типичны стрептококки группы В, *Listeria monocytogenes*, цитомегаловирус, а для постнатальных — грамотрицательные энтеробактерии, стафилококки, а также нозокомиальные штаммы, резистентные к антибиотикам широкого спектра действия [7, 12, 13, 43].

Многочисленные исследования по аутопсии детей, умерших в отделении интенсивной терапии, сообщают о том, что при долгосрочном использовании инвазивных методов респираторной поддержки, в том числе искусственной вентиляции легких, обнаруживается ИВЛ-ассоциированное воспаление легких, однако в досмертном периоде у них в диагнозах не звучала пневмония. Такое явление подтверждает наличием госпитальной инфекции, однако усиленная антибактериальная и посиндромная терапия не позволили «расцвести» пневмонию у этих групп детей во время нахождения в отделении интенсивной терапии [23, 28, 31, 38, 42].

Согласно клинко-морфологической классификации, пневмонии у детей раннего возраста подразделяются на паренхиматозные (альвеолярные) и интерстициальные (межуточные) формы. Паренхиматозные пневмонии характеризуются преимущественным поражением альвеолярной ткани и могут проявляться в виде очаговых, очагово-сливных, сегментарных и долевых (крупозных) форм. Очаговые и очагово-сливные поражения, как правило, обусловлены бактериальной флорой и имеют тенденцию к прогрессированию при неадекватной терапии. Сегментарные и долевые пневмонии сопровождаются более выраженными признаками дыхательной недостаточности и нередко требуют стационарного лечения с применением кислородной поддержки и системной антибактериальной терапии.

Интерстициальные пневмонии развиваются преимущественно при воздействии вирусных агентов или внутриклеточных бактерий и характеризуются поражением интерстициальной (межуточной) ткани лёгких - перибронхиальных и периваскулярных пространств, межалвеолярных перегородок. Эти формы пневмонии чаще диагностируются у детей первого года жизни, протекают с менее выраженным альвеолярным экссудатом, но с большей склонностью к затяжному и рецидивирующему течению. Морфологическая специфика воспалительного процесса обуславливает особенности клинической картины и тактики терапии [6, 7, 10, 18].

Результаты масштабных лонгитюдных клинко-эпидемиологических исследований в области детской пульмонологии свидетельствуют о том, что тяжесть клинического течения пневмонии у детей не всегда напрямую коррелирует с видом возбудителя или характером иммунного ответа. Установлено, что наряду с иммунологическими механизмами и вирулентностью инфекционного агента, существенное влияние на исход заболевания оказывают модифицируемые факторы риска — в том числе неблагоприятные бытовые условия, гипотрофия, анемия, раннее искусственное вскармливание и позднее обращение за медицинской помощью [6, 8, 10, 15, 23, 36].

Современные представления о патогенезе пневмонии подчёркивают необходимость комплексной клинической оценки, выходящей за рамки микробиологической диагностики. В раннем детском возрасте особенно важно учитывать широкий спектр экзогенных и эндогенных предрасполагающих факторов, определяющих тяжесть течения заболевания, продолжительность госпитализации и вероятность развития осложнений.

Оценка степени тяжести пневмонии у детей первого трёхлетия жизни рассматривается как один из ключевых прогностических инструментов, определяющих

выбор антибактериальной терапии, объём поддерживающих мероприятий и необходимость госпитализации в отделение интенсивной терапии. Разработанные клинические шкалы, в том числе оценки по дыхательной недостаточности, уровню интоксикации и наличию сопутствующей патологии, могут быть успешно использованы педиатрами на амбулаторном и стационарном этапах оказания помощи без необходимости в сложных диагностических процедурах [5, 7, 9, 12, 35].

Наряду с этими, существует ряд факторов, имеющих косвенную связь с развитием и степенью тяжести пневмонического процесса или активацией ее возбудителем, которые могут сыграть существенную роль в становлении и укреплении иммунологического гомеостаза организма детей раннего возраста [33, 34, 39, 43].

Несмотря на значительное количество публикаций, посвящённых вопросам этиологии, патогенеза и терапии пневмонии у детей, в современной клинической практике отсутствует унифицированный подход к классификации факторов риска, особенно в отношении тяжёлых форм заболевания у детей раннего возраста. Анализ отечественных и зарубежных источников показывает, что среди педиатров сохраняются расхождения в интерпретации клинической значимости отдельных предрасполагающих факторов, а также в определении их вклада в развитие различных форм внебольничной и госпитальной пневмонии в неонатальном и постнеонатальном периодах [6, 7, 10, 13, 15, 36].

На основании обобщения литературных данных представляется возможным выделить две основные группы факторов риска: модифицируемые, к которым относятся неблагоприятные бытовые условия, табачный дым в окружении ребёнка, искусственное вскармливание, хроническое недоедание, позднее обращение за медицинской помощью, и немодифи-

цируемые, такие как недоношенность, врождённые аномалии лёгких, перинатальная гипоксия и дефекты иммунной системы [8, 9, 11, 12, 17, 34, 37, 40].

Ряд исследований, в том числе американских и европейских авторов, подчёркивает, что сочетанное воздействие эндогенных и экзогенных факторов оказывает прямое влияние на частоту и тяжесть течения респираторной патологии у детей младшего возраста. Однако многие аспекты, касающиеся комплексного взаимодействия этих факторов, включая их влияние на развитие внебольничной и внутрибольничной пневмонии, остаются недостаточно изученными [4, 5, 14, 38].

Таким образом, клиническая стратификация риска и прогнозирование течения пневмонии у детей требует дальнейших многоцентровых исследований, направленных на верификацию значимости каждого отдельного фактора и построение клинико-прогностических моделей, применимых в практическом здравоохранении.

Многолетние клинические наблюдения и обобщённые данные отечественных и зарубежных исследований подтверждают, что наиболее тяжёлое течение пневмонии регистрируется у детей, имеющих отягощённый ante- и перинатальный анамнез. К числу значимых факторов относятся: осложнённое течение беременности и родов, недоношенность, низкая масса тела при рождении и на момент госпитализации, внутриутробные инфекции, гипотрофия, раннее искусственное вскармливание, гиповитаминозы (в частности дефицит витамина А), анемии, а также наличие врождённых аномалий, включая пороки развития сердца и центральной нервной системы. Указанные факторы существенно снижают резистентность организма к инфекционным агентам и формируют предрасположенность к затяжному и осложнённому течению респираторной патологии [6, 7, 10, 11, 12].

Несмотря на ранее придаваемую значимость таким состояниям, как рахит и нутритивные дефициты, современные клинические данные указывают, что в структуре факторов риска у детей раннего возраста всё большее значение приобретают нейрогенные дисфункции глотания, хроническая аспирация, врождённые и приобретённые иммунодефицитные состояния, а также тяжёлые пороки развития, прежде всего сердечно-сосудистой системы [9, 13, 15].

Кроме того, социально-экономические факторы играют не менее важную роль. Низкий уровень жизни семьи, скученное проживание, отсутствие доступа к качественным медицинским и санитарно-гигиеническим услугам, а также наличие в семье других часто болеющих детей, особенно посещающих организованные детские коллективы (ДДУ), значительно повышают риск развития и неблагоприятного течения пневмонии [4, 5, 8, 14, 17].

Особое внимание в последние годы уделяется роли естественного вскармливания в профилактике инфекционной заболеваемости. Систематические обзоры и метаанализы, проведённые на платформе Cochrane и в базе данных Medline, доказывают, что грудное молоко оказывает комплексное положительное влияние на формирование иммунной системы, микробиоты кишечника и защитных барьеров организма ребёнка. Иммунологические компоненты грудного молока, включая секреторный IgA, лактоферрин, лизоцим, цитокины, гормоны, нуклеотиды и длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты, формируют первый защитный фронт ребёнка в условиях внешней патогенной нагрузки [16, 18, 19].

Доказано, что дети, находящиеся на грудном вскармливании, реже болеют острыми респираторными и кишечными инфекциями, имеют более благоприятные исходы при аллергических заболеваниях, а в долгосрочной перспективе — меньший риск развития метаболиче-

ского синдрома и ожирения [18, 19, 35].

Правительство Республики Таджикистан учитывая тенденцию к использованию и пропаганде искусственного вскармливания в ранние сроки детства, в 2006 году приняло специальный закон «О поддержке и поощрении естественного вскармливания». Однако анализ результатов мониторинга по грудному вскармливанию в 2010 году в республике показал, что процент младенцев, находящихся исключительно на искусственном вскармливании в возрасте до 4-х месяцев, составляет всего 62% [25, 26, 27]. Данный показатель относительно выше по сравнению со странами с развитой экономикой, в том числе при сравнении с показателями в Российской Федерации.

Таким образом, адекватное и сбалансированное питание в раннем детском возрасте следует рассматривать как один из ключевых детерминантов не только физического роста и гармоничного соматического развития, но и как важнейший фактор формирования иммунной резистентности организма. Рациональное вскармливание, соответствующее возрастным физиологическим потребностям ребёнка, способствует снижению частоты острых инфекционных заболеваний, в том числе пневмонии, и улучшает прогноз при их течении.

Рациональная организация вскармливания или плановое кормление детей в раннем детстве могут выступать в качестве профилактических факторов ряда заболеваний, таких как рахит, острые и хронические расстройства пищеварения, а также анемия. Эти состояния, вначале являясь фоновыми, считаются существенными показателями при расшифровке и интерпретации детской заболеваемости и смертности детей младшего возраста [35, 38, 40].

Систематические обзоры, посвящённые оценке демографических и поведенческих факторов, демонстрируют, что уровень заболеваемости острыми респираторными инфекциями, включая

пневмонию, существенно выше среди детей, находящихся на искусственном вскармливании, по сравнению с теми, кто получает исключительно грудное молоко. Грудное вскармливание, обладая выраженным иммуномодулирующим эффектом, снижает риск инфицирования, в то время как отказ от него значительно повышает вероятность развития тяжёлых форм респираторных заболеваний [6, 8, 10, 14].

Кроме того, установлено, что дети с увеличенной вилочковой железой (тимомегалией), а также те, кто страдает инфекционно-воспалительными или аллергическими заболеваниями, в том числе экссудативно-катаральным диатезом, находятся в группе повышенного риска по развитию тяжёлых и затяжных форм пневмонии. Особенно уязвимы дети раннего возраста, у которых на фоне структурной и функциональной незрелости иммунной системы такие состояния могут прогрессировать вплоть до фатальных осложнений, включая внезапную смерть [7, 12].

Результаты отечественных исследований подтверждают, что у подавляющего большинства часто болеющих детей — по данным различных авторов, до 97% — наблюдаются признаки гормонального дисбаланса, затрагивающего гипоталамико-гипофизарно-щитовидно-надпочечниковую ось. Эти эндокринные изменения сопровождаются нарушением адаптивных реакций, снижением уровня неспецифической защиты и повышением чувствительности к внешним инфекционным и стрессовым агентам [4, 9, 11, 13, 15].

Феномен часто болеющего ребёнка в данном контексте может рассматриваться не только как эпидемиологическая характеристика, но и как маркер функциональной незрелости нейроэндокринной и иммунной регуляции, что требует индивидуализированного подхода в профилактике, диагностике и терапии пневмонии в этой когорте пациентов.

Следует особо подчеркнуть, что у недоношенных детей, особенно в течение

первого года жизни, пневмония отличается более тяжёлым и часто затяжным течением, сопровождающимся высокой частотой осложнений по сравнению с доношенными новорождёнными. Согласно данным ряда клинических исследований, фоновая соматическая отягощённость оказывает существенное влияние на характер воспалительного процесса, усиливая выраженность дыхательной недостаточности и продлевая продолжительность госпитализации. Так, у пациентов с внутрибольничными пневмониями рахит диагностировался у 13,3% детей, хронические расстройства питания — также у 13,3%, а анемия — у 7,8%, что превышает аналогичные показатели у детей с внебольничными формами заболевания в 10 раз. Эти состояния не только утяжеляют клиническое течение, но и прямо влияют на загруженность педиатрических стационаров, удлиняя койко-дни и снижая эффективность лечения [7, 8, 10, 14, 16].

На сегодняшний день всё большее внимание уделяется состоянию и формированию кишечной микробиоты в раннем детском возрасте. Ещё в 1960-х годах была выдвинута гипотеза о её решающей роли в становлении иммунной системы ребёнка, получившая подтверждение в современных молекулярно-биологических и иммуногенетических исследованиях. Установлено, что кишечная микрофлора выполняет множество жизненно важных функций — иммуномодулирующую, барьерную, метаболическую и пищеварительную — и представляет собой не только мишень, но и активный индуктор взаимодействия организма с внешней средой [6, 12, 17, 19].

Микробиота кишечника в раннем возрасте играет критическую роль в активации врождённых иммунных реакций и развитии адаптивного иммунитета. Особое значение при этом придаётся панетным клеткам, локализующимся в криптах тонкого кишечника, которые синхронизированы по времени с ми-

кробной колонизацией и регулируют ангиогенез, а также состав и равновесие микробиоценоза. Нарушения в этих регуляторных звеньях, вызванные экзогенными или эндогенными факторами, могут способствовать не только развитию кишечной дисбиотической патологии, но и повышенной уязвимости организма к респираторным инфекциям, включая пневмонию [4, 9, 13, 15, 18, 20].

Несмотря на наличие теоретических и экспериментальных данных, связь между состоянием желудочно-кишечного тракта и тяжестью инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания у детей до конца не изучена. Этот аспект требует проведения дополнительных комплексных мультидисциплинарных исследований с участием гастроэнтерологов, педиатров и иммунологов, учитывающих микробиологические, морфофункциональные и иммунные показатели на различных этапах формирования патологического процесса.

Согласно данным ряда авторов, пол ребенка представляет собой значимый фактор при комплексной оценке состояния, прогноза и течения инфекционно-воспалительных заболеваний, в том числе пневмонии. Наиболее обоснованной считается точка зрения, согласно которой мальчики болеют чаще девочек и имеют более высокий риск развития неблагоприятных исходов. При этом различия в заболеваемости между полами не превышают 20%, однако именно у мальчиков чаще отмечаются затяжные и осложнённые формы болезни [4, 6, 9, 13].

Генетические и иммуногенетические исследования показали, что более высокая резистентность девочек к инфекционным агентам может быть обусловлена особенностями хромосомной организации. В частности, синтез иммуноглобулинов IgG и IgA опосредован генами, локализованными на X-хромосоме. При наличии мутации в одной из X-хромосом у девочек возможно компенсаторное перекрытие за счёт второй, в то время как у

мальчиков, имеющих одну X-хромосому, подобная компенсация невозможна. Это обуславливает относительно сниженные уровни гуморального иммунного ответа у новорождённых мужского пола [7, 10, 14, 16].

В связи с этим целесообразно учитывать пол ребенка как один из немодифицируемых факторов риска, наряду с наследственной предрасположенностью, наличием атопических состояний, возрастом (особенно неонатальный период), а также системными нарушениями иммунного ответа, характерными для раннего младенческого возраста [11, 12, 15].

Физиологические особенности дыхательной системы новорождённых также способствуют повышенной уязвимости к развитию пневмонии. Установлено, что вследствие поверхностного типа дыхания и функциональной незрелости дыхательного центра, особенно у недоношенных детей, в момент начала дыхания не происходит полного расправления альвеол, что обуславливает формирование физиологических ателектазов, преимущественно в базальных отделах лёгких. Дополнительными патогенетическими факторами служат недостаточная миелинизация волокон дыхательных путей, низкая автономная регуляция дыхания и незрелость сурфактантной системы, что предрасполагает к образованию ателектатических очагов и создаёт благоприятные условия для развития инфекционного процесса [5, 8, 17, 18, 19].

Таким образом, недоношенность, мужской пол, а также функционально-морфологическая незрелость респираторной системы формируют уязвимую группу среди младенческого населения, требующую повышенного клинического внимания в плане профилактики и ранней диагностики пневмонии.

Независимо от того, что данные состояния прямо не влияют на системы иммунитета, косвенно влияющие факторы выступают в качестве способствующих факторов по развитию более тяжёлых

течений пневмонии у детей в раннем периоде детства. Ряд авторитетных исследований подчёркивает, что высокая летальность при пневмонии и других инфекционно-воспалительных заболеваниях у детей раннего возраста напрямую связана с анатомо-физиологической незрелостью организма, морфофункциональными особенностями лёгочной ткани, а также с выраженными нарушениями в системе врождённого и адаптивного иммунитета [4, 6, 9, 13, 19]. Морфологическая и функциональная незрелость бронхолёгочного аппарата, недостаточная продукция сурфактанта, ограниченная вентиляционная способность и сниженный мукоцилиарный клиренс существенно повышают риск тяжёлого течения респираторной патологии у детей в периоде раннего младенчества.

Иммунологические аспекты также играют ключевую роль: у новорождённых и детей первого года жизни отмечается сниженная активность фагоцитоза, дефицит продукции секреторных иммуноглобулинов, в первую очередь IgA, а также функциональная незрелость Т- и В-клеточного звена иммунитета. В связи с этим, при первичном контакте с бактериальными и вирусными патогенами иммунная система этих детей не обладает достаточным опытом «иммунологической памяти», что обуславливает недостаточно эффективный и зачастую несвоевременный ответ на инфекционный агент [5, 7, 11].

По мере взросления ребёнка происходит становление и развитие адаптивных иммунных механизмов, что значительно повышает эффективность защиты организма от патогенов. Именно поэтому дети старших возрастных групп демонстрируют более контролируемое и прогнозируемое течение пневмонии, в отличие от младенцев, у которых заболевание нередко манифестирует остро и агрессивно, быстро приводя к осложнениям и угрожающим жизни состояниям.

С возрастом частота заболеваемости пневмониями снижается, причем ме-

няется и характер инфекционного процесса.

Американские учёные подчеркивают влияние экологической среды на развитие различных патологических состояний среди детей, в том числе младенцев в ранние периоды развития. В большинстве стран с высоким уровнем социально-экономического развития проводятся масштабные научно-практические исследования, направленные на изучение роли факторов окружающей среды в формировании заболеваемости среди детского населения. Результаты таких исследований подтверждают выводы ряда американских авторов, подчёркивающих значительное влияние эколого-географических условий на распространённость острых респираторных заболеваний, включая пневмонию [10, 12, 18].

Согласно современным концепциям, экологические факторы рассматриваются как одна из ключевых групп внешних воздействий, наряду с генетическими, климатическими, эпидемиологическими, социально-бытовыми и профессиональными компонентами, определяющими общее состояние здоровья населения [7]. Особую актуальность приобретают климатические влияния, обуславливающие сезонную вариабельность в уровне заболеваемости.

Так, в условиях резкой смены температурных показателей, атмосферного давления и солнечной активности, особенно в переходные периоды года — ранняя весна (февраль–апрель) и поздняя осень (октябрь–декабрь) — отмечается достоверное повышение частоты заболеваний пневмонией у детей. В этот период снижается функциональная активность механизмов неспецифической защиты, включая барьерную функцию слизистых оболочек дыхательных путей, что создаёт предпосылки для быстрой инвазии респираторных патогенов и формирования тяжёлых форм инфекционного процесса.

Следовательно, метеорологические колебания, как часть климатического ри-

ска, должны учитываться при разработке стратегий профилактики и раннего выявления пневмонии у уязвимых возрастных групп детского населения.

Согласно данным, представленным зарубежными авторами, одним из ключевых факторов, способствующих формированию тяжёлых форм пневмонии у детей, является неблагоприятная экологическая и бытовая среда, в которой происходит рост и развитие ребёнка. Исследования показывают, что ухудшение гигиенических условий проживания — в частности, нерегулярное проветривание помещений, ограниченные прогулки на свежем воздухе, перенаселённость, проживание на низких этажах многоэтажных зданий, а также отсутствие гигиенического контроля при обработке предметов ухода за ребёнком (одежда, игрушки, бутылочки, соски и т.п.) — повышает риск респираторной инфекции, в том числе микозного генеза [6, 9, 14, 17].

Особое внимание обращается на уязвимость детей, находящихся в социально-неблагополучных условиях, таких как детские дома, интернаты, лагеря беженцев, а также семьи с выраженными признаками асоциального поведения. В таких условиях дети подвергаются множественным экзогенным стресс-факторам, включая пассивное табакокурение, воздействие бытовых токсинов, пищевой дефицит и высокий уровень микробной контаминации окружающей среды. Социально-экономическая нестабильность, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами родителями также являются отягчающими факторами. По данным международных исследований, в странах с низким уровнем социально-экономического развития ежегодно регистрируется от 2 до 4 миллионов летальных исходов у детей раннего возраста, вызванных пневмонией [10, 11, 18, 20, 23].

Несмотря на значительное количество научных публикаций, до настоящего времени отсутствует детальный анализ взаимосвязи между вышеперечислен-

ными факторами и характером течения внебольничной и внутрибольничной пневмонии в раннем младенческом возрасте, а также их влиянием на танатогенез [5, 13, 16, 22, 31].

В последние годы усиливается научный интерес к иммунопатогенетическим механизмам, определяющим тяжесть и исход инфекционно-воспалительных процессов у детей. Установлено, что глубина дисфункции иммунной системы при пневмонии напрямую зависит от длительности предшествующих инфекций, степени интоксикации и возраста ребёнка, а также от нарушений в системе фагоцитоза, клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Наряду с врождёнными дефектами иммунной защиты, немаловажную роль играет вторичный иммунодефицит, формирующийся на фоне тяжёлой интоксикации, длительного катаболизма и нарушения лейко- и лимфопоэза [4, 12, 14, 19, 36].

По данным зарубежных авторов, у 5,1% детей, умерших от внебольничной пневмонии, были выявлены первичные иммунодефицитные состояния, а у значительного числа пациентов — признаки вторичной иммунной недостаточности различной этиологии, включая токсико-инфекционные, метаболические и медикаментозно-индуцированные формы [8, 15, 22, 24].

Формирование тяжёлых и осложнённых форм пневмонии у детей раннего возраста следует рассматривать как мультифакторный процесс, в котором экосоциальные, иммунологические и гигиенические компоненты взаимодействуют и взаимно усиливают неблагоприятные клинические сценарии. Эти данные подчеркивают необходимость внедрения многоуровневой профилактики, охватывающей как медицинскую, так и социально-гигиеническую сферы.

Суммарный анализ данных иммунологических исследований свидетельствует о том, что даже при ограниченной доле выявленных иммунодефицитных

состояний среди детей с нозокомиальной пневмонией — в среднем около 2,2% случаев — морфологические проявления иммунной недостаточности отмечаются значительно чаще. У приблизительно одной трети таких пациентов диагностируются характерные патоморфологические признаки, включая увеличение тимуса и его функциональную незрелость, что указывает на дезорганизацию центральных органов иммуногенеза и подтверждает наличие скрытых или субклинических форм иммунной дисфункции [7, 14, 18]. Эти данные подчёркивают необходимость более ши-

рокого включения иммунологических исследований в диагностический алгоритм при ведении детей с тяжёлыми и осложнёнными формами пневмонии, особенно в условиях стационара. Таким образом, понимание роли врождённой и вторичной иммунной недостаточности является важнейшим аспектом ранней диагностики, прогнозирования течения заболевания и индивидуализации терапевтической тактики при пневмонии у детей раннего возраста.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахимов Р.М., Вохидов А.В. Клинические особенности и факторы риска развития синдрома интоксикации у детей раннего возраста с пневмонией // Здоровье матери и ребенка. – 2020. – № 1. – С. 1-5.
2. Абдурахимов Р.М., Вохидов А.В. Сопутствующие заболевания у детей с пневмонией // Мать и дитя. – 2020. – № 4. – С. 4-7.
3. Абдрахманова С.Т., Скучалина Л.Н., Айшауова Р.С. Особенности респираторной патологии у детей с поражением центральной нервной системы // Валеология. – 2014. – № 4. – С. 12–14.
4. Абдуллаева Н.Ш. Особенности течения пневмонии у детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системой: автореф. дисс. ...канд. мед. наук. Душанбе, 2011. – 25с.
5. Алиева П.Р., Джуманиязова Г.М. Клинико-этиологические формы внебольничной пневмонии у детей разных возрастных категорий в регионе Приаралья // Медицина и здравоохранение: материалы V Междунар. науч. конф. – Казань: Бук, 2017. – С. 35-38.
6. Айшауова Р.Р., Абдрахманова С.Т., Скучалина Л.Н. Особенности внебольничной пневмонии у детей с детским церебральным параличом // Доктор.Ру. – 2018. – № 5. – С. 14–18.
7. Айшауова Р.Р., Абдрахманова С.Т., Мещеряков В.В. Характеристика морфо-

функционального состояния диафрагмы у детей при детском церебральном параличе // Дневник Казанской мед. школы. – 2018.- № 1. – С. 35–39.

8. Алиева Ж.К., Боконбаева С.Д. Особенности этиологической структуры и клиники внебольничной пневмонии у детей раннего возраста из многодетных семей // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4. – С. 139-152.

9. Алиева П.Р., Джуманиязова Г.М. Клинико-этиологические формы внебольничной пневмонии у детей разных возрастных категорий в регионе Приаралья // Медицина и здравоохранение: материалы V Междунар. науч. конф. – Казань: Бук, 2017. – С. -35-38.

10. Алексеева Л.А., Ибрагимова О.М., Бабаченко И.В. Значение гематологических показателей при острых респираторных вирусных инфекциях у детей // Журнал инфектологии. – 2018. – Т. 5, № 3. – С. 43–49.

11. Анаев Э.Х. Лактат и легкие: от теории к практике // Пульмонология. – 2017. – № 6. – С. 108-114.

12. Антипкин Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р. Принципы диагностики и лечения негоспитальных пневмоний у детей // Педиатрия. – 2018. – № 24. – С. 36-41.

13. Ахаева А.С. Анализ взаимосвязей уровня прокальцитонина при внебольничной пневмонии у детей // Медицина и экология. – 2017. – № 3. – С. 84-87.

14. Ахмедова Д.С. Особенности течения внебольничной пневмонии у военнослужащих в Республике Таджикистан: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Душанбе, 2019. – 23 с.
15. Афашагова М.М., Маржохова М.Ю., Нагоева М.Х. Синдром эндогенной интоксикации при некоторых стрептококковых инфекциях // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - № 2. - С. 323-327.
16. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство / Под ред. Таточенко В.К. - М.: ПедиатрЪ. 2017. - 480 с.
17. Бобровнический В.И. Пневмонии у детей: эпидемиологические аспекты // Медицинский журнал. - 2018. - № 2. - С. 29-30.
18. Будневский А.В., Есауленко И.Э., Овсянников Е.С. и др. Анемический синдром у больных внебольничной пневмонией // Клиническая медицина. - 2018. - Т. 94, № 1. - С. 56-60.
19. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации / Под ред. проф. Царьковой С.А. - Екатеринбург: УГМУ, 2017. - 79 с.
20. Внебольничная пневмония у детей. Диагностика и лечение. Учебное пособие / под ред. С.Н. Незабудкина и др. - СПб.: СПбГПМУ. - 2019. – 36 с.
21. Геппе Н.А., Малахов А.Б., Волков И.К. и др. К вопросу о дальнейшем развитии научно-практической программы по внебольничной пневмонии у детей // Русский медицинский журнал. - 2017. - Т. 22, № 3. - С. 188-193.
22. Гончарова Т.А. Функциональное состояние метаболического звена клеточного энергетического обмена при внебольничной пневмонии у детей с перинатальным поражением ЦНС // Мать и дитя в Кузбассе. - 2018. - № 2. - С.35-39.
23. Давлатов С.Т. Состояние гемостаза у новорожденных и детей первого года жизни с бактериальной пневмонией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Душанбе, 2013. – 23 с.
24. Илтиҳоби шуши амбулаторӣ дар кӯдакони хурдсол ва нишондодҳои клиникӣ ва собиқавии он / Х.Ф. Баҳодуров, З.Н. Набиев, С.М. Ғафурзода, Д.А. Қаюмова // Илм ва ҷанонаварӣ. - 2023. - № 1. - С. 45-48.
25. Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А. Особенности тромбоцитарного звена гемостаза у детей раннего возраста с бактериальной пневмонией // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2016. - № 2. - С. 23-29.
26. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония. - М., 2018. - 98 с.
27. Левина А.С., Бабаченко И.В., Шарипова Е.В. Этиологическая характеристика внебольничной пневмонии у детей в зависимости от возраста // Пульмонология. - 2017. - № 5. - С. 62-66.
28. Мамлеев Р.Н. Осложненная внебольничная пневмония у ребенка, вызванная полирезистентным *Streptococcus pneumoniae*: особенности течения, анализ ошибок // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2017. - № 5. - С. 62 – 65.
29. Файзуллоев Ф.А. и др. Особенности течения острой пневмонии у детей раннего возраста при некоторых формах врожденных пороков сердца // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - № 2. - С. 61-66.
30. Попкова Н.И. Скачкова М.А., Карпова Е.Г. Внебольничные пневмонии у детей: Клинические, лабораторные и этиологические особенности // Журнал экспериментальной, клинической и профилактической медицины. www.sbook.ru 2020.
31. Садовникова И.В. Клинические проявления эндогенной интоксикации и механизмы метаболической защиты организма при хронических гепатитах у детей // Современные технологии в медицине. - 2015. - № 3. - С. 168-170.
32. Сомова А.В., Романенко В.В., Голубкова А.А. Эпидемиология *S. pneumoniae*-ассоциированных пневмоний и анализ эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции у детей до 6 лет // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2018. - № 1. - С.25-32.
33. Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А., Курбонов Н.Б. Хусусиятҳои маили гемостаз дар кӯдакони норасид бо пневмония // Авҷи Зӯҳал. - 2020. - №. 4. - Р. 64-67.
34. de Benedictis F.M. et al. Complicated pneumonia in children // The Lancet. - 2020. - Vol. 396, № 10253. - P. 786-798.

35. Ferrer M. et al. Severe community-acquired pneumonia // Characteristics and prognostic factors in ventilated and nonventilated patients. - PLoS ONE. - 2018. - № 13 (1).

36. Guidelines for management of community acquired pneumonia in children // Chin J Pediatr. - 2013. - № 51. - P. 745 - 749.

37. Harris E. Machine Learning algorithms failed to find Depression Biomarker // JAMA. - 2024. - Vol. 331, № 7. - P. 554-554.

38. Naghib M. et al. Mycoplasma pneumonia and toll-like receptors // A mutual avenue. Allergol Immunopathol (Madr). - 2018. - № 46 (5). - P. 508-513.

39. Nuttall J.J.C. Current antimicrobial management of community-acquired pneumonia in HIV-infected children. // Expert OpinPharmacother. - 2019. - № 21. - P. 1-14.

40. Okada T. et al. Rapid effectiveness of minocycline or doxycycline against macrolideresistant Mycoplasma pneumoniae infection in a 2011 outbreak among Japanese children. // Clin Infect Dis. - 2012. - № 55. - P. 1642-1649.

41. Spuesens E.B.M. et al. Carriage of Mycoplasma pneumoniae in the Upper Respiratory Tract of Symptomatic and Asymptomatic Children [Text] // An Observational Study. PLOS Medicine. - 2013. - № 10 (5). - P. 905-911.

42. Welte T., Torres A., Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe // Thorax. - 2012. - Vol. 67, № 1. - P. 71-79.

43. Yang D. et al. The timing of azithromycin treatment is not associated with the clinical

prognosis of childhood Mycoplasma pneumonia pneumonia in high macrolideresistant prevalence settings. // PLoS ONE. - № 13 (1): e0191951.

44. Yang H.J. et al. Mechanism of resistance acquisition and treatment of macrolideresistant Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children. // Korean J Pediatr. - 2017. - № 60 (6). - P. 167-174.

Сведения об авторах:

Набиев Зоир Нарзуллоевич – начальник Управления организации медицинских услуг матерям, детям и планированию семьи Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, д.м.н., профессор; e-mail: zoir_1962@mail.ru

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович – директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», к.м.н.; тел.: (+992) 907588887

Давлатзода Дилиод Аслам – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; e-mail: peditria@internet.ru

Рахматова Рухиона Акрамовна – ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», д.м.н., доцент; e-mail: zoir_1962@mail.ru

Мамуров Дилиод Урокович – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; e-mail: peditria@internet.ru

К ЮБИЛЕЮ ДАВЛАТЗОДА ГУЛДЖАХОН КОБИЛ



С любовью к жизни. С преданностью профессии.

Все достижения Давлатзода Гулджахон Кобил берут начало с её юности - времени, когда искренний интерес к медицине стал не просто выбором, а призванием. Путь был предопределён самой судьбой: не стояло вопроса кем быть, потому что сердце с юных лет уже знало ответ - быть врачом.

Это была любимая школа, где закладывались первые жизненные ориентиры. Любимый институт, где знания превратились в компетентность. Это была любящая и крепкая семья, ставшая надёжной опорой и источником вдохновения. А затем - любимая работа, которой Гулджахон Кобил посвятила всю свою жизнь без остатка.

Сегодня Давлатзода Г.К. - одна из ключевых фигур в системе здравоохранения Таджикистана. Человек глубокой организованности, высокого профессионализма и исключительного чувства долга. Врач с большой буквы, кандидат медицинских наук, учёный, доцент, директор Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии».

Давлатзода Гулджахон Кобил родилась 26 мая 1975 года в семье служащих - большой, дружной и уважающей труд, где с детства воспитывались такие качества, как ответственность, стремление к знаниям и уважение к людям.

В 1998 году она с успехом окончила лечебный факультет Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино, положив тем самым прочную основу для будущей профессиональной деятельности.

В 1998–2000 годах продолжила обучение в клинической ординатуре на базе кафедры акушерства и гинекологии того же университета, где углубляла свои знания и приобретала практический опыт в одной из самых важных и ответственных областей медицины - охране материнства и детства.

Свои первые профессиональные шаги Давлатзода Гулджахон сделала в 2000–2003 годах, проявив себя как целеустремлённый, исполнительный и надёжный специалист. За короткий срок она заслужила доверие коллег и руководства, и была назначена заведующей Медицинского пункта Народного предприятия «Ширин» - должность,

требуемая не только медицинской компетентности, но и организаторских способностей.

Проявляя интерес к научной работе поступила в аспирантуру и в 2003 - 2007 годы являлась аспирантом ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии». Учитывая её большой интерес к науке, в 2007-2011 годы Давлатзода Гулджахон принята и работала научным сотрудником акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии».

Она дежурила на постоянной основе в клинике, любила заниматься больными и также подкрепляла свое клиническое мышление. Затем была назначена на должность заведующей родильным отделением ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», добросовестно работая на этой должности.

С 2015 года по настоящее время является директором Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии».

Под руководством Давлатзода Г.К. институт преобразился в настоящее научное и профессиональное сообщество - центр притяжения идей, знаний и передовых медицинских подходов. Благодаря её мудрому управлению, институт не только сохранил мощный интеллектуальный и кадровый потенциал, бережно удержав в своих рядах выдающихся учёных и врачей, но и открыл широкую дорогу молодым специалистам, вдохновляя новое поколение медиков на развитие и свершения.

Научная деятельность Гулджахон Кобиловны - яркий пример стремления к глубинному пониманию процессов в медицине. В 2007 году, как логическое продолжение многолетней исследовательской работы, она защитила кандидатскую диссертацию на тему:

«Применение донора оксида азота в комплексной терапии нарушений маточно-плацентарного кровотока», внеся весомый вклад в развитие перинатологии и повышения качества медицинской помощи женщинам.

За многолетний безупречный труд в системе здравоохранения, в частности акушерстве и гинекологии, она награждена нагрудным знаком «Отличника здравоохранения Республики Таджикистан» и удостоена отраслевыми наградами: «Отличник культуры Республики Таджикистан», грамотами Центрального исполнительного комитета Народной Демократической Партии Таджикистана, Национальной академии наук Таджикистана, Комитета по делам женщины и семьи при Правительстве Республики Таджикистан. Наряду с этим указом Президента Республики Таджикистан награждена государственной наградой - Медалью «Хизмати шоиста».

За её плечами - годы самоотверженного труда, несколько десятков научных публикаций, тысячи спасённых жизней и бесчисленное количество благодарных сердец. Её уважают коллеги, ценят пациенты и гордятся ученики.

Вне профессиональной деятельности Давлатзода Гулджахон Кобил - любящая мать, заботливая супруга и нежная бабушка. Несмотря на высокий ритм работы и большую ответственность, она находит время и силы для того, чтобы быть опорой и наставницей для своих детей и внуков. Её дом наполнен теплом, взаимопониманием и семейной гармонией.

В кругу родных, среди друзей и соседей она - образец мудрой женщины, уважаемой и любимой. В коллективе её ценят не только за профессионализм и лидерские качества, но и за человечность, искренность, отзывчивость, доброжелательность и умение поддержать в трудную минуту.

В этот знаменательный юбилей хочется от всего сердца пожелать Гулджахон Кобил дальнейших успехов, новых достижений и ярких побед. Пусть каждый день будет наполнен вдохновением, каждая цель - чёткой и достижимой, а жизненная энергия ведёт к новым вершинам.

Желаем Вам, уважаемая Гулджахон Кобил, оставаться такой же обаятельной, сильной духом, энергичной и преданной своему делу. Пусть Ваш дом будет полон любви и уюта, а рядом всегда будут родные, друзья и единомышленники.

Пусть Вам и дальше удаётся с лёгкостью совмещать женскую мудрость и профессиональную строгость, внутреннее обаяние и организаторский талант, лидерство и сердечность.

Юбилей - это не только повод для поздравлений, но и момент, чтобы оглянуться назад с чувством выполненного долга и уверенности в завтрашнем дне. Пусть впереди будет ещё много новых вершин, открытий и светлых страниц, достойных этого яркого и плодотворного жизненного пути.

Пусть реализуются все замыслы, а Ваша жизнь, как и прежде, будет примером для коллег, гордостью для родных и вдохновением для молодёжи. С юбилеем!

*С уважением и признательностью,
любящий и уважающий Вас коллектив ГУ «Таджикский научно-
исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»*

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

**Уважаемые авторы!
Редакция журнала «Мать и дитя» просит Вас придерживаться**

**следующих правил оформления
рукописи**

1. Направляемый для публикации рукопись статьи должен быть напечатан на стандартном 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 аннотации (резюме) оригинальной научной статьи обязательно следует выделить разделы «Цель», «Материал и методы», «Результаты», «Заключение».

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

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

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

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

В статьях запрещено размещать конфиденциальную информацию, которая может идентифицировать личность пациента (упоминание его фамилии, номера истории болезни и т.д.). Авторы обя-

заны 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 свидетельстве 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 моти-

вированное 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.