



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 илмии МД ПАГ ва ПТ

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

Котиби масъул:

Юсуфбекова У.Ю. – н.и.т., ходими калони илмии 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 илмии 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

Муассиси 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

№ 4, 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@niiaip.tj

Учредители журнала:

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

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

Научно-практически журнал

№ 4, 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); **Рустамова 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.Шупника” (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 Зохир 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)

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Валиева М.С., Бобоходжаева М.О., Юнусова Д.З.*
Динамика основных показателей здоровья матерей в Республике Таджикистан за 1990-2023 гг. 5
- Ишан-Ходжаева Ф.Р., Фозилова Н.А.*
Сравнительная эффективность и безопасность индукции преждевременных родов баллонным катетером и мизопростолом 14
- Мирзоева А.Б.*
Динамика показателей гнойно-септических послеродовых осложнений в стационарах 3-го уровня родовспоможения страны 21
- Мирзозода Г.С., Додхоева М.Ф.*
Влияние перенесённого Covid-19 на менструальную функцию 29
- Набиева Т.Р., Пулодзода Ф.П., Ибодуллозода М., Давлатова Д.А.*
Особенности гормональной функции плаценты и характеристика макро- и микроскопического исследования плацент у беременных женщин с хронической артериальной гипертензией 37
- Сатториён М.А., Ишан-Ходжаева Ф.Р.*
Результаты профилактики спонтанных преждевременных родов 43
- Хатамова М.Н., Гафорова Ф.А.*
Влияние перинатальных факторов на развитие раннего неонатального сепсиса у новорожденных разного гестационного возраста 51
- Цыбоева Г.И., Акмирзоева Н.Х., Исмоилова Т.Х., Джураева Т.А.*
Социальные и медицинские аспекты беременности, родов, послеродового периода и перинатальные исходы у юных женщин 55

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- Рахматов А.Б., Хомидов М.Ф., Абдиева Д.Х., Валиева М.С.*
Роль мультидисциплинарной бригады в ведении беременности и родов женщин с врожденным буллезным эпидермолизом 63

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Шамсов А.Т., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов Б.А.*
Опыт успешного лечения волосатоклеточного лейкоза у беременной женщины 69

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 576.344

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 1990-2023 ГГ.

Валиева М.С., Бобоходжаева М.О., Юнусова Д.З.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Цель исследования. Изучить динамику изменений основных показателей здоровья матерей в Республике Таджикистан на современном этапе.

Материал и методы. Проанализированы годовые отчеты родовспомогательных учреждений за период 2015-2024 гг., а также данные, опубликованные в статистическом сборнике ГУ «Республиканский Центр статистики и информации»: «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения медицинской информации» в 2023 году касательно здоровья матери.

Результаты. Показатель смертности населения в Республике Таджикистан с 6,2% в 1990 году снизился до 4,0% в 2015 году и в последние два анализируемых года колеблется между 3,1% и 3,2%. Показатель естественного прироста населения в 1990 году составил 32,2%, далее отмечается снижение до 21,8% в 2005 году; несколько повысился - 25,1% в 2010 году и в дальнейшем вновь снизился года до 21,4% в 2023г. Показатель рождаемости также имел явную тенденцию к снижению: с 38,4% в 1990 году до 24,6% в 2023 году. В 2023 году было зарегистрировано всего 257858 беременных, что, в сравнении с предыдущим 2022 годом, больше на 15389 случаев (242469). 83,5% из них были взяты под наблюдение в срок до 12 недель, 4,8% - в срок после 22 недель. При этом максимальный охват взятия под наблюдение в сроки до 12 недель выявлены в г. Душанбе, затем - в Согдийской и Хатлонской областях и в РРП, минимальный охват (69,1%) - в районах ГБАО. Охват беременных в сроки после 22 недель имеет обратно пропорциональную зависимость: максимально - в ГБАО, затем - Хатлонская область, РРП, Согдийская область и г. Душанбе. Число живорождений в 2023 году составило 265002, что превышает таковые данные 2022 года на более 10 тыс. родов (в 2022 году - 25910). При этом 5,2% составили преждевременные роды (в 2022 году - 4,5%). Максимальный процент преждевременных родов в 2023 году выявлен в г. Душанбе (6,9%), затем идет Согдийская (6,1%), Хатлонская области (5,4%), ГБАО (4,2%) и РРП (2,3%). В 2023 году зарегистрировано всего 2890 домашних родов (1,2% от общего числа родов), что значительно ниже (на 1290 случаев) данных за 2022 год (4180). Из общего числа домашних родов 1367 (47,3%) сопровождалась услугами медицинских работников. Максимальный показатель домашних родов зарегистрирован в ГБАО - 5,4%, затем идут РРП - 2,9%, Хатлонская область - 0,9%, г. Душанбе - 0,3% и Согдийская область - 0,2%. В 100% случаев домашние роды сопровождалась помощью медицинских работников в ГБАО, 51,6% - в Согдийской области, 45,7% - в РРП, 44,6% - в Хатлонской области и только 13,0% - в г. Душанбе. Анализ причин случаев материнской смертности, связанных с беременностью, показал, что в структуре причин 1 место в 2024 году занимали акушерские кровотечения - 37,3%, затем гипертензивные нарушения - 20,8%, (преэклампсия) 17,9% - экстрагенитальные заболевания, 11,9% - тромбоз эмболия и 11,9% - септические осложнения. До 2015 года максимальный показатель материнской смертности был в ГБАО, в 2020 году - в г. Душанбе, в 2022 году - обратно в ГБАО, а в 2023 году в этой области не было зарегистрировано ни одного случая материнской смертности.

Заключение. Таким образом, состояние здоровья матерей в Республике Таджикистан остается сложной проблемой на протяжении всего периода наблюдения. Показатели рождаемости и смертности населения, показатели, отражающие уровень здоровья матерей - материнская смертность, число аборт и процент домашних родов в Республике Таджикистан имеют явную тенденцию к снижению и являются прямо пропорционально зависимыми от данных по охвату взятия беременных под наблюдение в сроки до 12 недель и охват беременных в сроки после 22 недель. Квалифицированное родовспоможение и неотложная акушерская помощь являются решением проблемы материнской смертности.

Ключевые слова: показатели здоровья матерей, материнская смертность, структура, причины

ДИНАМИКАИ НИШОНДИҲАНДАҶОИ АСОСИИ САЛОМАТИИ МОДАРОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН БАРОИ СОЛҶОИ 1990-2023

Валиева М.С., Бобохоҷаева М.О., Юнусова Д.З.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши динамикаи тағирёбии нишондиҳандаҳои асосии саломатии модарон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар марҳилаи ҳозира.

Мавод ва усулҳо. Ҳисоботи солони муассисаҳои таваллудӣ дар давраи солҳои 2015-2024, инчунин маълумотҳои, ки дар маҷаллаи оморӣ Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тибӣ» «Саломатии аҳоли ва фаъолияти муассисаҳои тандурустии иттилооти тиббӣ дар соли 2023 оид ба саломатии модарон» нашр шудаанд, таҳлил карда шуданд.

Натиҷаҳо. Сатҳи фавти аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 1990 аз 6,2% то 4,0% дар соли 2015 коҳиш ёфта, дар ду соли охир аз 3,1 то 3,2% тағйир меёбад. Суръати афзоиши табиӣ аҳоли дар соли 1990 32,2% буд, баъд дар соли 2005 то 21,8% кам шуд; андаке зиёд - 25,1% дар соли 2010 ва баъдан боз то соли 2023 то 21,4% кам шуд. Сатҳи таваллуд низ тамоюли рӯшан коҳиш ёфт: аз 38,4% дар соли 1990 то 24,6% дар соли 2023. Дар соли 2023 ҳамагӣ 257858 нафар занони ҳомиладор ба қайд гирифта шудаанд, ки нисбат ба соли 2022 (242469) 15389 ҳолат зиёд аст. 83,5% онҳо то 12 ҳафта, 4,8% пас аз 22 ҳафта таҳти назорат гирифта шудаанд. Ҳамзамон, ҳадди ниҳоии фарогирии таҳти мушоҳида то 12 ҳафта дар шаҳри Душанбе, баъдан дар вилояти Сӯғд, вилояти Хатлон, навоҳии тобеи марказ ва ҳадди ақали фарогирӣ (69,1%) дар ноҳияҳои ВМКБ муайян шудааст. Фарогирии занони ҳомила пас аз 22 ҳафта таносуби мутаносиб мутаносиб дорад: ҳадди аксар дар ВМКБ, баъдан - вилояти Хатлон, НТЧ, вилояти Сӯғд ва Душанбе. Шумораи зинда таваллудшудагон дар соли 2023 265 002 нафарро ташкил дод, ки нисбат ба маълумоти соли 2022 беш аз 10 ҳазор таваллуд (дар соли 2022 - 25 910) зиёд аст. Дар баробари ин 5,2% таваллуди бармаҳал (дар соли 2022 - 4,5%) буд. Фоизи ниҳоии таваллуди бармаҳал дар соли 2023 дар шаҳри Душанбе (6,9%), дар вилояти Сӯғд (6,1%), баъдан дар вилояти Хатлон (5,4%), ВМКБ (4,2%) ва навоҳии тобеи марказ (2,3%) мушоҳида шудааст. Дар соли 2023 ҳамагӣ 2890 таваллуд дар хона ба қайд гирифта шудааст (1,2% аз шумораи умумии таваллудҳо), ки нисбат ба маълумоти соли 2022 (4180) хеле кам (1290 ҳолат) мебошад. Аз шумораи умумии таваллуди хонагӣ 47,3 фоиз ё 1367 нафарро кормандони соҳаи тиб ҳамроҳӣ кардаанд. Сатҳи баландтарин дар хона таваллуд дар ВМКБ - 5,4 фоиз, навоҳии тобеи марказ - 2,9 фоиз, вилояти Хатлон - 0,9 фоиз, шаҳри Душанбе - 0,3 фоиз ва вилояти Сӯғд - 0,2 фоиз ба қайд гирифта шудааст. Дар 100 фоизи ҳолатҳо таваллуд дар хона бо ёрии кормандони соҳаи тиб дар ВМКБ, 51,6 фоиз дар вилояти Сӯғд, 45,7 фоиз дар ноҳияҳои тобеи марказ, 44,6 фоиз дар вилояти Хатлон ва ҳамагӣ 13,0 фоиз дар шаҳри Душанбе сурат гирифтааст. Таҳлили сабабҳои фавти модарон вобаста ба ҳомиладорӣ нишон дод, ки дар соли 2024 дар сохтори сабабҳо хунравии акушерӣ - 37,3 фоиз, пас аз он ихтилолҳои гипертензия - 20,8 фоиз, (преэклампсия) 17,9 фоиз - бемориҳои экстрагениталӣ ва тромбоз - 119 фоиз ҷойи 1-умро ишғол кардаанд. мушкилиҳо. То соли 2015 ҳадди ниҳоии фавти модарон дар ВМКБ, дар соли 2020 дар Душанбе, соли 2022 бозгашт ба ВМКБ буд ва дар соли 2023 дар ин минтақа ягон ҳолати фавти модарон ба қайд гирифта нашудааст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, вазъи саломатии модарон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар тамоми давраи соҳибистиқлолӣ мушкил боқӣ мемонад, ки инро нишондодҳои расмӣ дар боло зикргардида собит мекунанд. Коэффитсиенти таваллуд ва фавти аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми 30 соли охир, инчунин чунин нишондиҳандаҳо, ки сатҳи саломатии модаронро инъикос мекунанд, ба монанди сатҳи фавти модарон, исқоти ҳамл ва фоизи таваллуд дар хона тамоюли коҳиши равшан доранд ва ба маълумот оид ба фарогирии занони ҳомила дар зерӣ назорати то 12 ҳафта ва фарогирии занони ҳомила дар муҳлати баъд аз 22 ҳафтаи ҳомила тамоюли коҳишёбанда доранд. Кӯмаки акушерии ихтисоснок ва ёрии таъҷилии акушерӣ ҳалли проблемаи фавти модарон мебошад. Аммо дар республикаи мо аз ҳад зиёд муассисаҳои тиббии дараҷаи якум, махсусан барои занони вилоятҳо суғҳиҷозонида шудаанд.

Калимаҳои асосӣ: нишондиҳандаҳои саломатии модарон, фавти модарон, сохтор, сабабҳо

DYNAMICS OF THE MAIN INDICATORS OF MATERNAL HEALTH IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN FOR 1990-2023

Valieva M.S., Bobokhodjaeva M.O., Ynusova D.Z.

State Establishment «Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

Aim. To study the dynamics of changes in the main indicators of maternal health in the Republic of Tajikistan at the present stage.

Material and methods. The annual reports of maternity institutions for the period 2015-2024 were analyzed, as well as the data published in the statistical digest of the State Institution "Republican Center for Statistics and Information" "Population Health and the Activities of Healthcare Institutions of Medical Information in 2023 Regarding Maternal Health.

Results. The mortality rate of the population in the Republic of Tajikistan in 1990 decreased from 6.2‰ to 4.0‰ in 2015 and for the last two years it fluctuates between 3.1 and 3.2‰. The natural population growth rate in 1990 was 32.2‰, then decreased to 21.8‰ in 2005; slightly increased - 25.1‰ in 2010 and then decreased again until 2023 to 21.4‰. The birth rate also had a clear downward trend: from 38.4‰ in 1990 to 24.6‰ in 2023. In 2023, a total of 257,858 pregnant women were registered, which is 15,389 cases more than in the previous 2022 (242,469). 83.5% of them were taken under observation up to 12 weeks, 4.8% - after 22 weeks. At the same time, the maximum coverage of taking under observation up to 12 weeks was revealed in Dushanbe, then in Sughd region, in Khatlon region, in RRS and the minimum coverage (69.1%) - in the districts of GBAO. The coverage of pregnant women after 22 weeks has an inversely proportional relationship: the maximum is in GBAO, then - Khatlon region, RRS, Sughd region and Dushanbe. The number of live births in 2023 was 265,002, which exceeds the data for 2022 by more than 10 thousand births (in 2022 - 25,910). At the same time, 5.2% were premature births (in 2022 - 4.5%). The maximum percentage of premature births in 2023 was detected in Dushanbe (6.9%), followed by Sughd region (6.1%), then Khatlon region (5.4%), GBAO (4.2%) and RRS (2.3%). In 2023, only 2,890 home births were registered (1.2% of the total number of births), which is significantly lower (by 1,290 cases) than the data for 2022 (4,180). Of the total number of home births, 47.3% or 1,367 births were accompanied by health workers. The highest rate of home births was recorded in GBAO - 5.4%, followed by RRS - 2.9%, Khatlon region - 0.9%, Dushanbe city - 0.3% and Sughd region - 0.2%. In 100% of cases, home births were accompanied by assistance from health workers in GBAO, 51.6% - in Sughd region, 45.7% - in RRS, 44.6% - in Khatlon region and only 13.0% - in Dushanbe. Analysis of the causes of pregnancy-related maternal mortality showed that in the structure of causes, obstetric hemorrhages occupied 1st place in 2024 - 37.3%, then hypertensive disorders - 20.8%, (preeclampsia) 17.9% - extra-genital diseases, 11.9% - thromboembolism and 11.9% - septic complications. Until 2015, the maximum maternal mortality rate was in GBAO, in 2020 - in Dushanbe, in 2022 - back to GBAO, and in 2023, not a single case of maternal mortality was registered in this region.

Conclusion. Thus, the health status of mothers in the Republic of Tajikistan remains difficult throughout the entire period of independence, which is confirmed by the official indicators mentioned above. The birth and mortality rates of the population in the Republic of Tajikistan over the past 30 years, as well as such indicators reflecting the level of maternal health as the maternal mortality rate, abortion rate and the percentage of home births have a clear downward trend and are directly proportional to the data on the coverage of pregnant women under observation up to 12 weeks and the coverage of pregnant women after 22 weeks, comply with WHO recommendations for maternal health. Qualified obstetric care and emergency obstetric care are the solution to the problem of maternal mortality. However, too many medical institutions in our republic of the first level are poorly equipped, especially for women from the provinces.

Key words: Maternal health indicators, maternal mortality, structure, causes

Актуальность

За несколько последних десятилетий число женщин, обращающихся в медицинские учреждения для родов, во многих странах возросло, а показатели материнской и младенческой смертности снизились [7]. Несмотря на эти улучше-

ния, последние оценки показывают, что ежегодно происходит 295 000 случаев материнской смерти, 2,4 миллиона случаев неонатальной смерти и 1,9 миллиона случаев мертворождения [6, 8]. Подавляющее большинство смертей происходит в странах с низким и средним уровнями до-

хода (СНСД) и большинство из них можно предотвратить. 25 сентября 2015 года 193 страны приняли Цели устойчивого развития (ЦУР), официально известные, как адресные таргеты для партнеров по развитию по сотрудничеству с государствами на период до 2030 года [5]. Цели устойчивого развития обеспечивают сбалансированность экономического, социального и экологического компонентов развития общества, среди которых третья цель посвящена проблемам здоровья [1].

ЦУР, равные в достижении к 2030 году 70 случаев материнской смерти на 100 000 живорождений, 12 случаев смерти новорожденных на 1000 живорождений и менее 12 случаев мертворождения на 1000 всех рождений, указанные в Плане действий «Каждый новорожденный» (ENAP), не достигаются [2]. Кроме того, пандемия COVID-19 привела к значительным сбоям в работе служб охраны материнства во всем мире, а прогресс в достижении ЦУР застопорился и даже обратился вспять во многих СНСД [3, 4].

Большинство случаев материнской смертности в мире напрямую связаны с акушерством (73%), в основном из-за предотвратимых или поддающихся лечению состояний. Многие из этих случаев смерти происходят в результате того, что женщины рожают в условиях, где отсутствует доступ к квалифицированному персоналу или медицинским учреждениям. Однако предотвратимые случаи материнской смертности и тяжелая заболеваемость сохраняются даже в учреждениях с высоким охватом основными вмешательствами, такими как утеротоники (лекарственные средства, которые стимулируют сокращение матки) для профилактики и лечения послеродового кровотечения (ПРК), противосудорожные препараты при преэклампсии и антибиотики при перипартальном (акушерском) сепсисе. Основными причинами материнской смертности в мире являются акушерское кровотечение (27,1%), преэклампсия и эклампсия (14%), сепсис

(10,7%) и затрудненные роды (9,6%), на которые приходится 62% случаев смерти, напрямую связанных с акушерством [7].

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, материнская смерть - это: «смерть женщины, наступившая во время беременности или в течение 42 дней после ее окончания, независимо от продолжительности и места беременности, от любой причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникших причин» [7].

Цель исследования

Изучить динамику изменений основных показателей здоровья матерей в Республике Таджикистан на современном этапе.

Материал и методы исследования

Были проанализированы годовые отчеты родовспомогательных учреждений за период 2015-2024 гг., а также данные, опубликованные в статистическом сборнике ГУ «Республиканский Центр статистики и информации»: «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения медицинской информации» в 2023 году касательно здоровья матери.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Количественные показатели описывались в виде среднего значения и стандартной ошибки. Качественные показатели представлены в виде абсолютного значения и долей (%). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ данных официальной статистики из разных стран мира свидетельствует, что среди 5 Центрально-Азиатских стран максимальный показатель материнской смертности, равный 30/100 тысяч живорожденных, выявлен в Узбекистане, а самый минимальный - 5/100 тысяч живорожденных выявлен в Туркменистане.

Таджикистан по данному показателю занимает второе место после Узбекистана (20/100 тысяч живорожденных). В целом для Центрально-азиатских стран показате

ль материнской смертности составил 18/100 тысяч живорожденных, для стран СНГ – 14, а для Европейского региона - 9/100 тысяч живорожденных (рис. 1).

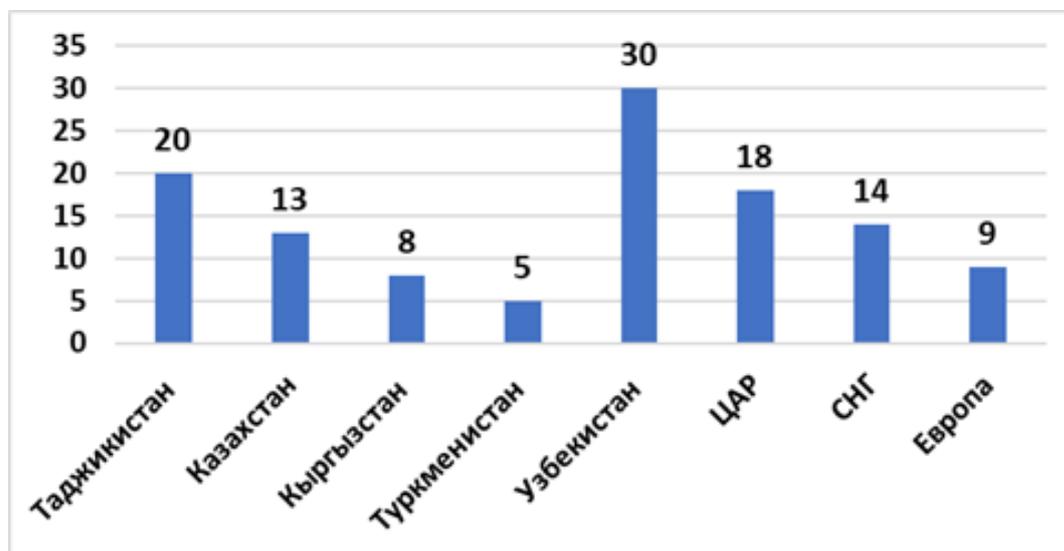


Рис. 1. Показатель материнской смертности на 100 000 живорожденных в некоторых регионах мира (2023)

Источник: Статистический сборник ГУ «Республиканский Центр статистики и информации»: «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения медицинской информации в 2023 году»

Следует отметить, что данный показатель в Таджикистане всё ещё превышает

показатели стран Центральной Азии, СНГ и Европейского региона.

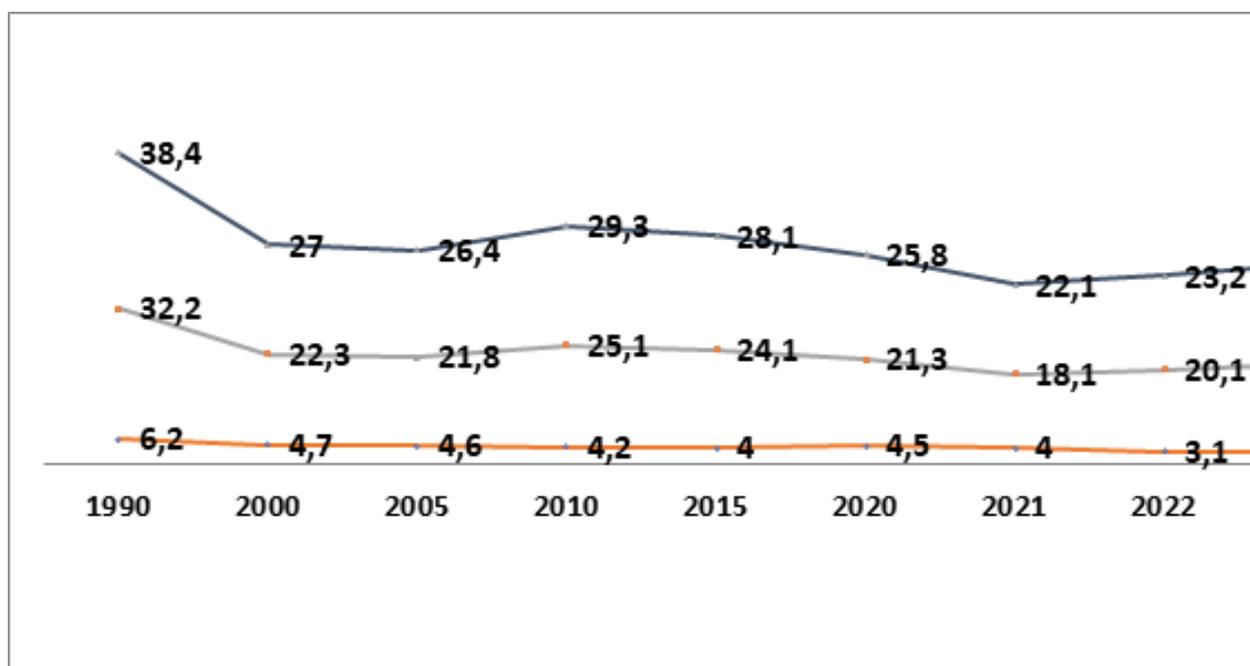


Рис. 2. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения РТ, 1990 – 2023 гг.

Источник: Статистический сборник ГУ «Республиканский Центр статистики и информации»: «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения медицинской информации в 2023 году»

Показатель смертности населения в Республике Таджикистан в 1990 году с 6,2‰ снизился до 4,0‰ в 2015 году и за последние два анализируемых года колеблется между 3,1‰ и 3,2‰.

Показатель естественного прироста населения в 1990 году составил 32,2‰, далее отмечается снижение до 21,8‰ в 2005 году; несколько повысился - 25,1‰ в 2010 году и в дальнейшем вновь снизился до 2023 года до 21,4‰.

Показатель рождаемости также имел явную тенденцию к снижению: с 38,4‰ в 1990 году и до 24,6‰ – в 2023 году.

Изменения, которые имели место за последние годы в показателях рождаемости, смертности и естественного прироста населения, очень трудно вписать в теорию демографического перехода. Это связано с тем, что быстрое снижение рождаемости, внешняя миграция были результатом политических событий, становления рыночных отношений, приведших к росту

безработицы, высокого уровня бедности населения, распространением практики планирования семьи. Быстрое снижение уровня рождаемости с 1990 до 2023 года произошло не в результате повышения уровня образования населения и улучшения благосостояния семей, не в результате улучшения экономического статуса семьи, не в результате роста урбанизации, которые являются факторами снижения рождаемости, а в результате ухудшения этих показателей, что, в целом, не соответствует теории демографического перехода. В ближайшие годы можно прогнозировать рост уровня рождаемости, что обусловлено преобладанием молодежи в возрастной структуре населения, улучшением уровня жизни и регистрации случаев рождаемости и смертности.

Нами был проведен анализ динамики изменений основных показателей здоровья матерей в Республике Таджикистан в течение более 30 лет (рис. 3).

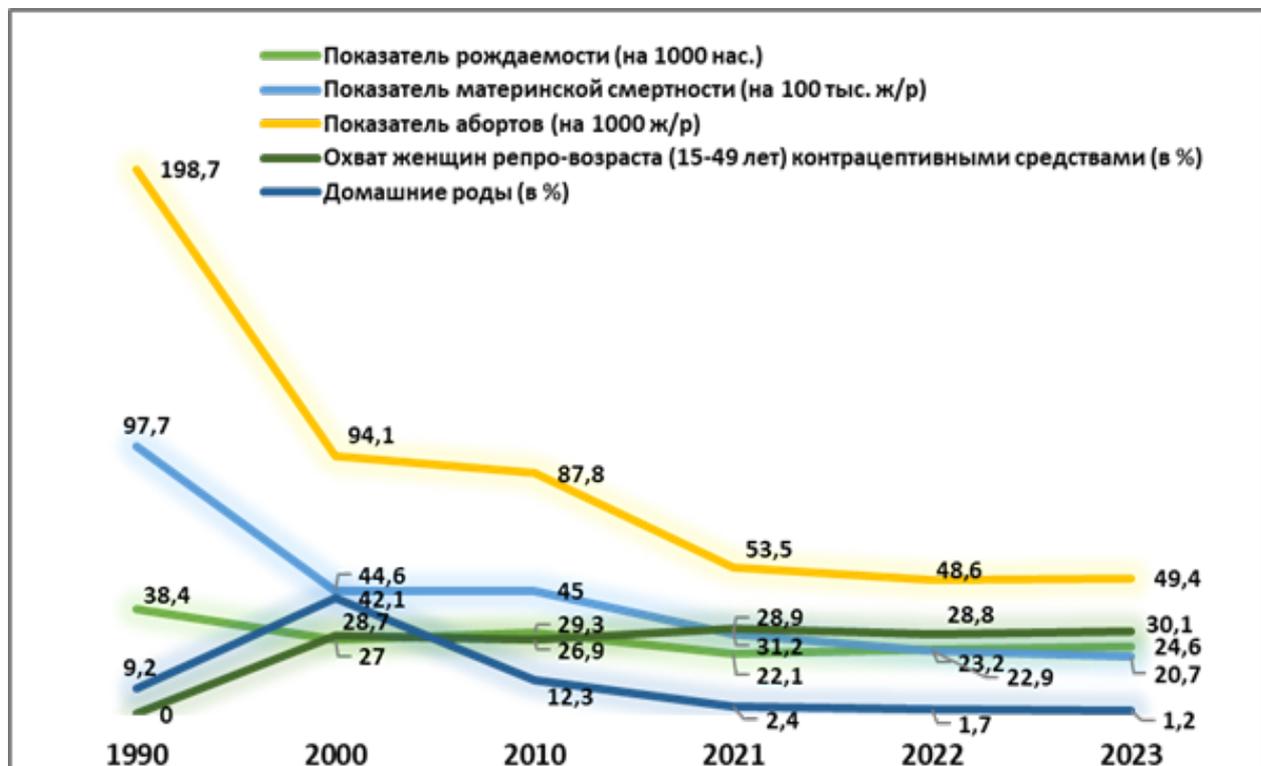


Рис. 3. Динамика основных показателей здоровья матери в Республике Таджикистан за 1990-2023 гг. (на 100 000 живорожденных)

Источник: Статистический сборник ГУ «Республиканский Центр статистики и информации»: «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения медицинской информации в 2023 году»

Как видно из данного рисунка, показатель рождаемости за анализируемые годы в Таджикистане снизился с 38,4 до 24,6 на 1000 населения; показатель материнской смертности – с 97,7 до 20,7 на 100 тыс. живорожденных; показатель аборт - с 198,7 до 49,4 на 100 живорожденных и процент домашних родов снизился до 1,2%. В то же время охват женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) контрацептивными средствами за последние 20 лет возрос с 28,7% до 30,1%.

В 2023 году было зарегистрировано всего 257858 беременных, что в сравнении с предыдущим 2022 годом больше на 15389 случаев (242469). 83,5% из них были взяты под наблюдение в срок до 12 недель, 4,8% - в срок после 22 недель. При этом максимальный охват взятия под наблюдение в сроки до 12 недель выявлены в г. Душанбе, затем - в Согдийской и Хатлонской областях, в РРП и минимальный охват (69,1%) - в районах ГБАО. Охват беременных в сроки после 22 недель имеет обратно пропорциональную зависимость: максимально в ГБАО, затем Хатлонская область, РРП, Согдийская область и г. Душанбе.

Число живорождений в 2023 году составило 265002, что превышает таковые данные 2022 года на более 10 тыс. родов (в 2022 году – 25910). При этом 5,2% составили преждевременные роды (в 2022 году

- 4,5%). Максимальный процент преждевременных родов в 2023 году выявлен в г. Душанбе (6,9%), затем идет Согдийская область (6,1%), затем - Хатлонская область (5,4%), ГБАО (4,2%) и РРП (2,3%).

В 2023 году было зарегистрировано всего 2890 домашних родов (1,2% от общего числа родов), что значительно ниже (на 1290 случаев) данных за 2022 год (4180). Из общего числа домашних родов 47,3%, или 1367, родов сопровождалась услугами медицинских работников. Максимальный показатель домашних родов зарегистрирован в ГБАО - 5,4%, затем идут РРП - 2,9%, Хатлонская область - 0,9%, г. Душанбе - 0,3% и Согдийская область - 0,2%. В 100% случаев домашние роды сопровождалась помощью медицинских работников в ГБАО, 51,6% - в Согдийской области, 45,7% - в РРП, 44,6% - в Хатлонской области и только 13,0% - в г. Душанбе.

Анализ причин случаев материнской смертности, связанных с беременностью, показал, что в структуре причин 1 место в 2024 году занимали акушерские кровотечения - 37,3%, затем гипертензивные нарушения - 20,8%, (преэклампсия) 17,9% - экстрагенитальные заболевания, 11,9% - тромбоэмболия и 11,9% - септические осложнения.

В таблице приведены показатели материнской смертности в разрезе регионов Таджикистана.

Показатели материнской смертности в разрезе регионов Республики Таджикистан за 1995-2023 годы (на 100 тыс. живорожденных)

Регионы	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2022	2023
Душанбе	130,5	49,6	35,2	40,4	42,5	41,7	23,1	25,4
Хатлонская область	93,1	44,3	15,7	42,9	40,5	18,2	25,0	22,5
Согдийская область	81,2	44,6	45,0	41,3	31,2	24,5	19,7	17,7
ГБАО	157,5	27,7	123,1	203,5	134,0	29,6	69,6	-
РРП	103,4	44,8	44,7	42,6	36,7	37,8	20,4	19,3
Республика	96,3	44,6	40,1	45,0	28,4	26,5	22,9	20,7

Примечание: источник: Статистический сборник ГУ «Республиканский Центр статистики и информации»: «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения медицинской информации»

Как видно из приведенных данных, до 2015 года максимальный показатель материнской смертности отмечался в ГБАО, в 2020 году - в г. Душанбе, в 2022 году - в ГБАО, а в 2023 году в этой области не было зарегистрировано ни одного случая материнской смертности.

Более 70% женщин проживают в сельской местности с различными географическими, климатическими, социально-экономическими и экологическими особенностями, абсолютное большинство из них проживает в семьях, в которых доход на 1 человека ниже величины прожиточного минимума, с выраженными проблемами доступа к качественной питьевой воде, коммунальным услугам, транспорту и другим средствам коммуникации.

Заключение

Таким образом, состояние здоровья матерей в Республике Таджикистан остается сложной проблемой на протяжении всего периода приобретения независимости, что подтверждается официальными вышеуказанными показателями.

Показатели рождаемости и смертности населения в Республике Таджикистан за последние 30 лет, а также

показатели, отражающие уровень здоровья матерей, такие как показатель материнской смертности, показатель абортот и процент домашних родов, имеют явную тенденцию к снижению и являются прямо пропорционально зависимыми от данных по охвату взятия беременных под наблюдение в сроки до 12 недель и охват беременных в сроки после 22 недель соответствуют рекомендациям ВОЗ по охране здоровья матерей.

В структуре причин случаев материнской смертности в Таджикистане ведущее место занимают акушерские кровотечения, затем - преэклампсия, экстрагенитальные заболевания, септические осложнения и др.

Квалифицированное родовспоможение и неотложная акушерская помощь является решением проблемы материнской смертности. Однако пока еще слишком многие медицинские учреждения в нашей республике I уровня плохо оснащены, особенно для женщин из глубинки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 декабря 2008 г. № 600 «Порядок оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан учреждениями государственной системы здравоохранения». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.adlia.tj/spisdoc_print.

2. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 25 февраля 2017 г. № 90 «Программа государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью в пилотных районах Республики Таджикистан на 2017-2019 годы. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.adlia.tj/spisdoc_print.

3. Постановление Правительства Респу-

блики Таджикистан от 30 сентября 2021 года №414 «О Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?Rgn=140295.

4. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30.05.2017. - №1413 «Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ncz.tj/system/files/Legislation/1413_RU.pdf.

5. Статистический сборник ГУ «Республиканский Центр статистики и информации»: «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения медицинской информации». - Душанбе, 2024. - 348 с.

6. Currie C., Zanotti C., Morgan A. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. - WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2012. – 252 p.

7. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: meeting report // World Health Organization. – Geneva, 2013. – 67 p.

8. WHO Global TB Report // WHO: Geneva. - 2020. - 284 p.

Сведения об авторах:

Валиева Мунира Салиджановна – соискатель ГУ “Таджикский институт профилактической медицины”, тел: 927253668. E-mail: tbobokhojaeva@adbmtch.tj

Бобоходжаева Масуда Облокуловна – научный сотрудник ГУ “Таджикский институт профилактической медицины”, д.м.н.; тел.: (+992) 501808066; e-mail: tbobokhojaeva@adbmtch.tj

Юнусова Дилрабо Зокирджановна – начальник отдела Управления организации помощи матерям и детям и планирования семьи МЗиСЗНРТ, к.м.н.; тел.: (+992) 905889983

УДК 616-089 888

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНДУКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ БАЛЛОННЫМ КАТЕТЕРОМ И МИЗОПРОСТОЛОМ

*Ишан-Ходжаева Ф.Р.,
Фозилова Н.А.*

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

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы индуцированных преждевременных родов (ПР) в зависимости от способа индукции.

Материал и методы. Изучены результаты индукции родов мизопростолом (n=74) и баллонным катетером (n=22) у 96 женщин.

Результаты. Применение мизопростола для индукции преждевременных родов статистически значимо увеличивает частоту рождения детей в асфиксии. Установлена корреляционная связь между использованием мизопростола для индукции родов и частотой дыхательной недостаточности, частотой кровоизлияний в мозг (коэффициент корреляции Пирсона 0,327; 0,229).

Заключение. Дилатация шейки матки катетером Фолея обеспечивает относительную безопасность индукции преждевременных родов.

Ключевые слова: индукция, баллонный катетер, мизопростол, перинатальные исходы

САМАРАНОКИИ МУКОИСАВИ ВА БЕХТАРИИ ИНДУКСИЯИ МЕҲНАТИ БАРМАҲАЛ БО КАТЕТЕРИ БАЛЛОН ВА МИЗОПРОСТОЛ

*Ишан-Хочаева Ф.Р.,
Фозилова Н.*

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои перинаталии меҳнати бармаҳал (PTL) вобаста ба усули индуксионӣ.

Мавод ва усулҳо. 96 зане, ки бо мисопростол (n=74) ва катетери баллон (n=22) истифода шудаанд.

Натиҷаҳо. Истифодаи мисопростол барои индуксияи меҳнати пеш аз мӯҳлат ба таври оморӣ ҳодисаи асфиксияро дар кӯдакон зиёд мекунад. Байни истифодаи мисопростол барои индуксияи таваллуд ва ҳодисаҳои ноқомии нафаскашӣ ва хунравии мағзи сар (коэффициенти коррелятсияи Пирсон 0,327; 0,229) алоқамандӣ муқаррар карда шуд.

Хулоса. Васеъшавии гарданаки бачадон бо катетери Фоли бехатарии нисбии индуксияи таваллуди пеш аз мӯҳлатро таъмин мекунад.

Калимаҳои асосӣ: индуксия, катетери баллон, мисопростол, натиҷаҳои перинаталӣ

PERINATAL OUTCOMES OF INDUCED PREMATURE LABOR DEPENDING ON THE METHOD OF INDUCTION

*Ishan-Khodjaeva F.R.,
Fozilova N.A.*

State Establishment «Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

Aim. To study perinatal outcomes of induced preterm labor (PTL) depending on the method of induction.

Material and methods. 96 women with induction with misoprostol (n=74) and balloon catheter (n=22).

Results. The use of misoprostol for induction of preterm labor statistically significantly increases the frequency of birth of children in asphyxia. A correlation was established between the use of misoprostol for induction of labor and the incidence of respiratory failure and the incidence of cerebral hemorrhage (Pearson correlation coefficient 0.327; 0.229).

Conclusion. Cervical dilation with a Foley catheter provides relative safety for induction of preterm labor.

Key words: induction, balloon catheter, misoprostol, perinatal outcomes

Актуальность

Индукция родов стала основным и жизненно важным вмешательством в области охраны материнского здоровья, направленным на облегчение родов и минимизацию роста показателей кесарева сечения во всем мире. Индукция родов проводится в тех случаях, когда продление беременности может угрожать здоровью матери или ее ребенка, а роды должны привести к лучшим результатам, чем продолжение беременности [1].

Индукция родов является небезопасным вмешательством, поэтому одним из главных принципов при принятии решения об индукции родов является принцип оценки превалирования пользы или опасности для матери и плода. Существует ряд осложнений со стороны матери, плода и плаценты, при которых оправданы преждевременные роды. Сроки родов в таких случаях должны уравновешивать материнские и новорожденные риски индукции родов и риски, связанные с дальнейшим продолжением беременности. Остается несколько состояний, для которых отсутствуют данные для определения сроков родов, а сроки родов в этих обстоятельствах должны быть индивидуальными и основанными на текущей клинической ситуации [6].

Зависимость исходов индукции родов от гестационного срока показала, что гестационный возраст был связан с более высокой частотой кесаревых сечений, более низкими показателями спонтанных вагинальных родов, более высокими показателями асфиксии новорожденного. Индукция родов также значительно увеличила потребность в

токолизе и эпидуральной анестезии и вызвала более высокий уровень отклонений при кардиотокографии, в то время как процент ассистентских вагинальных родов не зависел от акушерского ведения и гестационного возраста [7].

Одним из механических методов индукции родов является использование баллонных катетеров Фолея. В доступной литературе найдены многочисленные источники по использованию данного метода индукции родов, анализ которых подтверждает необходимость продолжения исследований по вопросам показаний к применению, эффективности и приемлемости этого метода индукции. Доказательства среднего качества показывают, что баллонный катетер может быть немного менее эффективным, чем пероральный и вагинальный мизопростол. Дальнейшие исследования с доказательствами высокого качества видятся актуальными, если они будут затрагивать вопросы разницы в результатах безопасности для новорожденных [2].

Исследования, посвященные сравнению эффективности использования для индукции родов баллонного катетера с другими методами индукции родов, проведены в различных условиях. Так, проспективное наблюдательное исследование нерожавших женщин с одноплодным доношенным плодом в затылочном предлежании, неповрежденными плодными оболочками и неблагоприятной шейкой матки, которым проводилось созревание шейки матки с помощью баллона или вагинальной вставки с динопростомом, показало, что частота благоприятного состояния шейки матки была

одинаковой между группами, вагинальные роды произошли в 76,6% и 78,6% случаях и перинатальная заболеваемость не различались между группами. Авторами доказаны преимущества баллонного катетера в достижении консистенции и расширении шейки матки [3].

В литературном обзоре исследований по сравнению использования катетера Фолея и простагландинов (мизопростола и динопростона) были приведены работы, из которых можно сделать заключение – пероральное использование мизопростола намного эффективнее, чем вагинальное. Из сравниваемых методов катетер Фолея оказался наименее эффективным методом индукции, несмотря на то, что он предлагает самый низкий риск. При применении баллонного катетера с последующим введением окситоцина ряд авторов предлагают с целью снижения частоты инфекции применять введение окситоцина в высоких дозах с последующим прекращением введения после достижения активной фазы. Сочетание использования окситоцина после подготовки шейки матки баллонным катетером способствует улучшению созревания шейки матки, сокращению продолжительности родов, особенно в случаях плохой зрелости шейки матки, и увеличению частоты родов в течение 24 часов. Авторы указывают на ряд преимуществ: увеличение частоты вагинальных родов, снижение уровня материнской и неонатальной инфекции. Частота послеродовых кровотечений, уровень рН пуповинной артерии $<7,05$ или госпитализация новорожденных в отделения интенсивной терапии не различались между когортами [8, 9].

Одним из важных направлений исследований является оценка влияния использования баллонного катетера на частоту инфицирования матери или плода. Проведя метаанализ, McMaster K. и соавт. (2015) выявили рандомизированные контролируемые исследования, в которых сравнивали эффектив-

ность катетер Фолея с препаратами простагландина местного применения (вагинально или цервикально) для созревания шейки матки или индукции родов. Проанализировав исследования, авторы пришли к заключению, что использование трансцервикальных катетеров Фолея для созревания шейки матки и индукции родов не связано с повышенным риском инфекционной заболеваемости, по сравнению с приемом только препаратов простагландинов, у пациенток, которым преиндукция проводилась катетером Фолея: частота развития хориоамнионита была одинаковой при использовании Фолея, по сравнению с применением простагландинов; относительный риск составил 0,96. Применение антибиотиков с профилактической целью в обеих группах было одинаковым [5].

Обзор источников литературы о сравнении эффективности и безопасности использования для индукции родов баллонного катетера и простагландинов определяет необходимость дальнейшего изучения связи между индукцией и исходами для матери и плода на каждой неделе беременности в различных популяциях матерей [4].

Цель исследования

Сравнить эффективность и безопасность индукции родов мизопростолом и баллонным катетером.

Материал и методы исследования

Проспективно обследованы 96 женщин в недоношенные сроки беременности, которым проводили индукцию родов мизопростолом (группа 1; $n=74$) и баллонным катетером (группа 2; $n=22$). Среди женщин группы 1 вагинальный режим использования мизопростола (ВМ) применен в 49 случаях, питьевая форма мизопростола (ПМ) – в 25 случаях. Применение изолированно баллонного катетера (ИБ) зарегистрировано в 12 случаях, в сочетании с последующим внутривенным капельным введением окситоцина (Б+О) - в 10 случаях.

Критериями включения женщин в группы явилась беременность, недоношенный срок, необходимость досрочного родоразрешения. Критериями исключения из групп явились доношенный срок гестации и противопоказания для индукции родов.

Методы исследования включали общеклиническое и гинекологическое исследования, определение срока гестации, необходимые лабораторные исследования соответственно осложнениям беременности, оценку шейки матки по модифицированной шкале Бишоп, ультразвуковое исследование (фетометрия, доплерометрия).

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программы IBM SPSS Statistics (США) 1986 год. 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 Манна-Уитни. Результаты были статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Индукция мизопростолом статистически значимо ($p < 0,05$) чаще проводилась при сроках беременности 32 ± 6 недель – 34 ± 6 недель, чем индукция баллонным катетером. При поздних преждевременных родах статистически значимо чаще применяли баллонный катетер, чем мизопростол. При сроках гестации меньше 32 ± 6 недель частота применения мизопростолом и баллонного катетера не имели статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Показаниями для индукции родов мизопростолом явились тяжелая пре-

эклампсия - в 46 (47,9%) случаях, дородовый разрыв плодных оболочек – в 20 (20,8%) случаях, СЗРП – в 6 (6,3%) случаях, хронический гломерулонефрит – в 1 (1%) случае, резус-конфликтная беременность – в 1 (1%) случае. Баллонный катетер Фолея применяли женщинам с тяжелой преэклампсией – в 18 (18,8%), с СЗРП – в 4 (4,2%) случаях.

Статистически значимых различий при сравнении диагностированных осложнений в родах и послеродовом периоде в зависимости от метода индукции не установлено ($p > 0,05$). Аномалии родовой деятельности при вагинальном применении мизопростолом встречались в 4 из 25 случаев, при питьевой форме - в 5 из 49, что не имело статистически значимых различий (хи-квадрат с поправкой Йейтса 0,119; $p > 0,05$). ПОНРП был диагностирована только в 1 случае у женщины, которой применяли питьевую форму мизопростолом, в то время как послеродовые гипотонические кровотечения встречались при вагинальной форме в 2 случаях. Септических осложнений в послеродовом периоде не отмечено ни в одном случае.

Анализ случаев кесарева сечения в зависимости от режима применения мизопростолом показал, что в 6 (24%) случаях индукция родов закончилась операцией при использовании питьевого препарата, что было в 3 раза чаще, чем при использовании вагинального режима (8%). Необходимо отметить, что из 12 случаев применения изолированного баллонного катетера ни в одном случае роды не закончились операцией кесарева сечения. При сочетании баллонного катетера с окситоцином зарегистрировано 2 (20%) случая кесарева сечения.

Средние значения оценочных баллов по шкале Апгар на 1-й минуте в группе женщин с преждевременными родами после индукции мизопростолом составили $5,8 \pm 0,09$ баллов, что было статистически значимо ниже ($t = 4,4$; $p < 0,05$), чем после индукции баллонным катетером ($6,8 \pm 0,2$ бал-

лов). На 5-й минуте данный показатель у женщин после индукции мизопростолом ($6,9 \pm 0,09$) также был статистически значимо ниже ($t=4$; $p<0,05$), чем после индукции баллонным катетером ($7,8 \pm 0,2$ баллов).

В целом, частота недоношенных новорожденных, родившихся в асфиксии различной степени (60 – 81,1%), статистически значимо (хи-квадрат 19,521; $p<0,001$) чаще зарегистрирована в группе женщин с индукцией мизопростолом, по сравнению с соответствующим показателем у женщин в группе индукции баллонным катетером (7-31,8%). На 5-й минуте частота оцененных новорожденных на 8 и 9 баллов была статистически значимо выше после преждевременных родов в результате индукции баллонным катетером, по сравнению с индукцией мизопростолом.

После проведения реанимационных мероприятий частота недоношенных новорожденных, оставшихся в состоянии асфиксии, в обеих группах (25,7% и 13,6%) статистически значимо не имела отличий

(хи-квадрат с поправкой Йейтса 0,793; $p>0,05$). Не выявлено статистически значимых различий ($p>0,05$) частоты рождения детей в асфиксии (38 из 49) при применении вагинального и питьевого мизопростолом (22 из 25), а также при сравнении изолированного (2 из 12) и сочетанного применения катетера Фолея (5 из 10) – хи-квадрат с поправкой Йейтса 0,596 и 1,468).

Удельный вес новорожденных, госпитализированных в детскую реанимацию, родившихся в результате индукции вагинальным мизопростолом (28 - 62,2%), был в 2 раза больше соответствующего показателя после индукции питьевой формой мизопростолом (17 – 37,8%). Новорожденных матерей после индуцированных преждевременных родов баллонным катетером, которые были госпитализированы в детскую реанимацию (4-36,4%), было в 2 раза меньше, чем детей, родившихся в результате использования сочетанного с окситоцином баллонного катетера (7-63,6%) (рис.).



Удельный вес новорожденных, госпитализированных в детскую реанимацию, в зависимости от режима использования мизопростолом (слева) и баллонного катетера (справа)

Установлена сильная связь между воздействием фактора сочетанного применения баллонного катетера для преждевременных родов, и частотой госпитализации новорожденных в отделение интенсивной терапии (нормированный

коэффициент Пирсона 0,485). Среднее количество дней пребывания новорожденных матерей с индукцией мизопростолом составило $7,9 \pm 0,5$ дней, баллоном - $7,2 \pm 1,1$ дней, что не имело статистически значимых различий ($t=0,59$; $p>0,05$).

Таблица 1

Частота новорожденных с ранней неонатальной заболеваемостью при различных видах и режимах индукции преждевременных родов

Показатель	М (n=74)	М.В. (n=49)	М.П. (n=25)	Б (n=22)	И.Б (n=12)	Б+О (n=10)
Травма	8 (10,8%)	5 (10,2%)	3 (12%)	0	0	0
Дыхательная недостаточность	27 (36,5%)	14 (28,6%)	13 (52%)	4 (18%)	2 (16,6%)	2 (20%)

Установлена корреляционная связь средней силы (нормированный коэффициент Пирсона 0,327) между использованием мизопростола для индукции родов и частотой дыхательной недостаточности у новорожденных в раннем неонатальном периоде. При этом риск развития дыхательной недостаточности возрастал при использовании питьевого варианта приёма, по сравнению с вагинальным мизопростолом (RR=1,820; DI 1,018–3,255). Частота дыхательной недостаточности новорожденных после индукции родов баллонным катетером составила 18% (4 новорожденных). Не выявлена связь между режимом использования баллонного катетера и частотой дыхательной недостаточности новорожденных (нормированный коэффициент Пирсона=0,061). Выявлена корреляционная связь средней силы (нормированный коэффициент Пирсона=0,229) между частотой кровоизлияний в мозг новорожденных и использованием мизопростола. Какой-либо связи между использованием различных режимов мизопростола и частотой кровоизлияний в мозг

не установлено (нормированный коэффициент Пирсона =0,039). В группе женщин, которым для индукции родов использовали баллонный катетер, изолированно или в сочетании с окситоцином, случаев кровоизлияний в мозг не диагностировано.

Средняя продолжительность от начала индукции до начала регулярных схваток при использовании баллонного катетера (875,2±91,8 минут) была статистически значимо меньше (p<0,05), по сравнению с соответствующим показателем в группе женщин с индукцией мизопростолом (1227,6±104,5 минут). Продолжительность родов в изученных группах женщин статистически значимо не отличалась. Продолжительность времени от начала индукции до начала регулярных схваток была статистически значимо (p<0,05) меньше при использовании питьевой формы мизопростола (801,7±133,2 минут), по сравнению с соответствующим показателем при применении вагинально мизопростола (1408±89) (табл. 2).

Таблица 2

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

Показатель	Подгруппа		P
	1-я (n=74)	2-я (n=22)	
Длительность периода «начало индукции – начало родов» (мин)	1227,6±104,5	875,2±91,8	< 0,05 (t=3,5)
Длительность родов (мин)	423,2±26,8	476,5±35,5	>0,05 (t=1,1)

Примечание: p<0,05, p<0, 001 – статистически значимые отличия между группами по хи-квадрат, * - с поправкой Йетса

Таким образом, частота акушерских исходов не зависит от вида индукции и от режимов применения этих видов. Однако частота неблагоприятных перинатальных исходов индуцированных преждевременных родов увеличивается при применении мизопростола, по сравнению с баллонным катетером. При применении баллонного катетера для

индукции преждевременных родов более благоприятные перинатальные исходы имели место при изолированном использовании баллонного катетера.

Полученные нами результаты определяют наиболее бережный в отношении недоношенного плода метод индукции родов при необходимости досрочного родоразрешения – дилатация шейки

матки баллонным катетером, который обеспечивает относительную безопасность индукции при преждевременных родах. В случаях наличия противопоказаний для применения баллонного катетера (ДРПО) и при принятии решения об индукции с использованием мизопроста приоритет в плане улучшения перинатальных исходов необходимо отдавать вагинальному режиму применения мизопроста. В то же время питьевая форма мизопроста укорачивает время от начала индукции до начала регулярных схваток, что бывает необходимым в определенных клинических условиях.

Зачивает время от начала индукции до начала регулярных схваток, что бывает необходимым в определенных клинических условиях.

Заклучение

Подходы к выбору метода и режима индукции преждевременных родов должны быть дифференцированными и индивидуализированными.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Atobrah-Apraku K., Newman G.T., Opuni-Frimpong Y., Seffah J.D., Adu-Bonsaffoh K. Lived experiences of women during induction of labour at a tertiary hospital in Ghana: A qualitative study. // PLOS Glob Public Health. – 2024. - Vol. 4 (2). - e0002290.
2. de Vaan M.D., Ten Eikelder M.L., Jozwiak M. et al. Mechanical methods for induction of labour. // Cochrane Database Syst Rev. – 2023. – Vol. 3 (3). – P. CD001233.
3. 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.
4. Mamieh A., Saha K., Alasaadi S. et al. Induction of Labor: A Narrative Review on Cost Efficiency in Maternity Care //Cureus. – 2024. – Vol. 16 (10). -e71302.
5. McMaster K., Sanchez-Ramos L., Kaunitz A.M. Evaluation of a Transcervical Foley Catheter as a Source of Infection: A Systematic Review and Meta-analysis //Obstet Gynecol. – 2015. - Vol.126 (3). – P. 539-551.
6. Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries: ACOG Committee Opin-

ion, Number 818. Obstet Gynecol. – 2021. - Vol. 137(2). - e29-e33.

7. Pfliegerer 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.

8. 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. 17,15(1). - e33855.

9. 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.

Сведения об авторах:

Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна – к.м.н., старший научный сотрудник акушерского отдела ТННИАГиП, к.м.н.; тел.: (+992) 2213656; e-mail: tarhabo1958@mail.ru

Фозилова Нилуфар – соискатель научной темы, врач Согдийского Областного родильного дома, г. Худжанд; тел.: (+992)927470096

УДК 618.7-002

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СТАЦИОНАРАХ 3-ГО УРОВНЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ СТРАНЫ

Мирзоева А.Б.

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

Цель исследования. Изучить частоту и структуру акушерских септических осложнений в стационарах 3-го уровня различных регионов Таджикистана.

Материал и методы. Проведен анализ отчетов учреждений 3-го уровня - в Хатлонской и Согдийской областях, ТНИИАГиП - за период с 2020 по 2024 годы. Ретроспективно проанализированы истории родов женщин с септическими осложнениями (388 историй родов). Использованы статистические методы обработки данных с использованием параметрических и непараметрических методов статистики.

Результаты. Установлено, что в акушерских стационарах 3-го уровня частота послеродовых осложнений стабильно держится на уровне 0,3–0,5% и не имеет тенденции к снижению. Наиболее благоприятная динамика наблюдается в Перинатальном центре Хатлонской области, где за исследуемый период показатель снизился более чем в 4 раза, по сравнению с 2021 годом. В ТНИИАГиП при увеличении объёма родов частота осложнений остаётся относительно постоянной, что свидетельствует о высокой эффективности профилактических мероприятий, что не отменяет постоянного мониторинга. Различия между регионами указывают на неодинаковый уровень инфекционного контроля и необходимость унификации подходов к профилактике септических осложнений в учреждениях 3-го уровня. За анализируемый период в учреждениях 3-го уровня родовспоможения различных регионов страны наблюдается умеренная положительная динамика в снижении доли тяжёлых форм септических осложнений (сепсис, абсцессы) при сохранении высокой распространённости эндометрита и инфекций раны.

Ключевые слова: септические осложнения, послеродовый период, учреждения 3-го уровня, инфекционный контроль

РАВИШИ НИШОНДИҲАНДАҶОИ ҲОЛАТҶОИ СЕПТИКИИ БАӢДИ ТАВАЛЛУДИ ДАР БЕМОРОҶОИ ЗИННАИ СЕЮМИ ҶУМҲУРИ

Мирзоева А.Б.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши басомад ва структураи аворизҳои септикии акушерӣ дар муассисаҳои сатҳи 3-и минтақаҳои гуногуни Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ҳисоботҳои муассисаҳои сатҳи 3-и ҷумҳурӣ: вилояти Хатлон, вилояти Хатлон, вилояти Сугд ва МД ПАГаП дар давраи 2020 то 2024 сол. Ретроспективӣ омӯхта шуд таърихҳои таваллуди занони ҳолатҳои септикий дошта (388 таърихи таваллуд).

Натиҷаҳо. Дар муассисаҳои сатҳи 3, фоизи мушкилоти септикии пас аз таваллуд дар 0,3–0,5% мӯътадил боқӣ монда, тамоюли назарраси коҳиширо мушоҳида накардааст. Тамоюли мусоидтарин дар Маркази перинаталии вилояти Хатлон мушоҳида шудааст, ки дар давраи омӯзишӣ ин нишондод нисбат ба соли 2021 беш аз 4 маротиба коҳиш ёфтааст. Дар МДПАГ ва ПТ бо афзоиши ҳаҷми таваллуд, басомади мушкилиҳо нисбатан доимӣ боқӣ мемонад, ки ин аз самаранокии баланди тадбирҳои пешгирикунанда шаҳодат медиҳад, аммо назорати доимиро талаб мекунад. Тафовут байни минтақаҳо аз сатҳи нобаробари назорати сироятӣ ва зарурати муттаҳидсозии равишҳо ба пешгирии мушкилоти септикий дар муассисаҳои сатҳи 3 нишон медиҳад. Дар давраи таҳлилшуда дар муассисаҳои зинаи сеюми минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ динамикаи мӯътадили мусбати пастшавии ҳиссаи шаклҳои вазнини мушкилоти септикий (сепсис, абсцессҳо) мушоҳида карда шуд, дар ҳоле ки паҳншавии эндометрит ва сироятҳои захмҳо баланд буд.

Калимаҳои асосӣ: мушкилоти септикӣ, давраи баъди таваллуд, муассисаҳои сатҳи 3, назорати сироят

DYNAMICS OF INDICATORS OF SEPTIC POSTPARTUM COMPLICATIONS IN THIRD LEVEL HOSPITALS

Mirzoeva A.B.

State Establishment «Tajik Scientific Research Institute of Obstetric, Gynecology and Perinatology»

Aim. To examine the frequency and structure of obstetric septic complications in tertiary-level hospitals across various regions of Tajikistan.

Material and methods. The analysis was based on official reports from tertiary-level healthcare institutions across the country, including those in the Khatlon and Sughd regions, as well as the leading national institution — the SI "SRI OG and P" of the MH and SPP of the RT — covering the period from 2020 to 2024. A retrospective review of medical records of women with septic complications (388 delivery cases) was conducted. Statistical processing of the data was performed using both parametric and non-parametric methods.

Results. Across tertiary-level institutions, the incidence of postpartum septic complications remained stable at 0.3–0.5%, showing no significant downward trend. The most favorable progress was observed at the Perinatal Center of the Khatlon Region, where the rate decreased more than fourfold compared to 2021. At the SRI OGP and SPP of RT, despite an increase in the total number of deliveries, the incidence of complications remained relatively constant. This indicates the effectiveness of preventive measures but also underscores the need for continuous monitoring. Regional differences suggest varying levels of infection control and emphasize the necessity of standardizing preventive approaches to septic complications in tertiary-level healthcare institutions. During the study period, a moderate positive trend was noted in reducing the proportion of severe septic forms (sepsis, abscesses), while the prevalence of endometritis and wound infections remained relatively high.

Key words: septic complications, postpartum period, tertiary-level healthcare institutions, infection control

Актуальность

Гнойно-септические акушерские осложнения (послеродовые и послеоперационные инфекции, эндометрит, раневая инфекция, тяжёлый сепсис и септический шок) остаются одной из ведущих причин материнской заболеваемости и смертности во всём мире, несмотря на значительный прогресс в антимикробной терапии, операционной технике и организации акушерской помощи. Всемирная Организация Здравоохранения подчёркивает, что материнский сепсис - угрожающее жизни состояние, которое занимает одно из первых мест среди причин материнской смертности и требует ранней диагностики и своевременного лечения [3, 8, 13].

Анализ глобальной и региональной заболеваемости показывает, что хотя в высокоразвитых регионах наблюдается

снижение показателей материнской заболеваемости от инфекций, в странах с низким и средним уровнями жизни частота и тяжесть гнойно-септических осложнений остаются актуальной проблемой здравоохранения. Последние оценки глобального бремени инфекций и материнского сепсиса подтверждают значительный вклад этих состояний в материнскую заболеваемость и потерю лет жизни с поправкой на качество, особенно среди женщин молодого репродуктивного возраста [1, 5].

Практическая значимость изучения частоты и структуры гнойно-септических осложнений возрастает по нескольким причинам. Во-первых, рост числа кесаревых сечений и других инвазивных вмешательств в акушерской практике повышает абсолютный риск хирургических инфекций и эндометрита. Многочислен-

ные исследования демонстрируют, что после кесарева сечения риск развития эндометрита и раневой инфекции существенно выше, чем при вагинальных родах; распространённость варьирует в разных популяциях, но остаётся клинически значимой проблемой [7, 14].

Во-вторых, нарастающая проблема антимикробной резистентности среди патогенов, ответственных за послеродовые и послеоперационные инфекции, приводит к ухудшению клинических исходов, удлинению госпитализаций и росту затрат системы здравоохранения. Клинические наблюдения и микробиологические исследования последних лет указывают на высокую долю резистентных штаммов в культурах ран и маточной инфекции, что требует ревизии протоколов эмпирической терапии и усиления мер по профилактике инфекций [2, 12].

В-третьих, структурный анализ форм гнойно-септических осложнений (частота эндометрита, раневых инфекций, интраабдоминальных абсцессов, сепсиса) и их клинической тяжести позволяет выделить группы повышенного риска и целевые точки для профилактики: оптимизация периоперативной антимикробной профилактики, внедрение мероприятий по профилактике, тщательный контроль асептики при родоразрешении и стандартизация раннего выявления сепсиса. Рандомизированные исследования и многоцентровые внедрения демонстрируют снижение частоты инфекционных осложнений при системном подходе [4, 11].

Кроме того, изучение эпидемиологии и структуры этих осложнений имеет важное значение для перинатальной безопасности новорождённых. Материнский сепсис и послеродовые инфекции увеличивают риск неонатальной инфицированности, преждевременных родов и неблагоприятных перинатальных исходов, что делает данный раздел акушерской патологии междисциплинарной задачей акушеров-гинекологов, неонатологов и эпидемиологов [6, 9, 10].

Научное изучение частоты и структуры гнойно-септических акушерских осложнений необходимо для объективной оценки масштаба проблемы в конкретных регионах и клиниках для разработки и адаптации клинических алгоритмов ранней диагностики и лечения; совершенствования профилактических стратегий (антибиотикопрофилактика, меры асептики, образовательные программы для персонала); оптимизации подходов к эмпирической антибактериальной терапии с учётом локальной чувствительности возбудителей, снижения госпитальной и общественной нагрузки, уменьшения смертности и инвалидизации женщин репродуктивного возраста.

Таким образом, проведение систематического эпидемиологического и клинико-микробиологического исследования частоты и структуры гнойно-септических акушерских осложнений является научно и практически оправданным. Полученные данные позволят не только описать текущее положение дел, но и обосновать вмешательства, направленные на снижение риска инфекционных осложнений в акушерской практике, улучшить стандарты лечения и профилактики, а также внести вклад в национальные программы улучшения материнского здоровья.

Цель исследования

Изучить частоту и структуру акушерских септических осложнений в стационарах 3-го уровня родовспоможения различных регионов Таджикистана.

Материал и методы исследования

Материалом исследования явились отчётные данные учреждений 3-го уровня по стране: Хатлонской и Согдийской областей, а также головного учреждения страны – ГУ ТНИИАГиП - за период с 2020 по 2024 годы. Ретроспективный анализ проведен по историям родов женщин с гнойно-септическими осложнениями (388 историй родов). Критериями выбора явились наличие гнойно-септических осложнений: эндометриты, перитониты, инфекции ран, тазовые абсцессы, флебит, мастит, сепсис.

Использованы методы статистической обработки с использованием параметрических и непараметрических методов статистики.

Результаты и их обсуждение

В изученных нами учреждениях (3-й уровень) частота гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде в динамике изученных лет стабильно держалась в пределах 0,3% - 0,4%.

За последние годы тенденции в снижении частоты гнойно-септических осложнений не отмечено. Анализ показателей демонстрирует, что за исследуемый период уровень септических осложнений оставался относительно стабильным,

колеблясь в пределах 0,3% - 0,4%. В 2021 и 2022 гг. частота осложнений составила 0,4%, что указывает на отсутствие выраженных изменений в уровне инфекционной заболеваемости в раннем послеродовом периоде. В 2023 г. отмечено небольшое снижение показателя до 0,3%, что может быть связано с улучшением инфекционного контроля, внедрением современных методов антисептики и более ранним выявлением воспалительных процессов. Однако в 2024 г. наблюдается повторное увеличение до исходных значений (0,4%), что свидетельствует о сохранении проблемы септических осложнений на прежнем уровне.

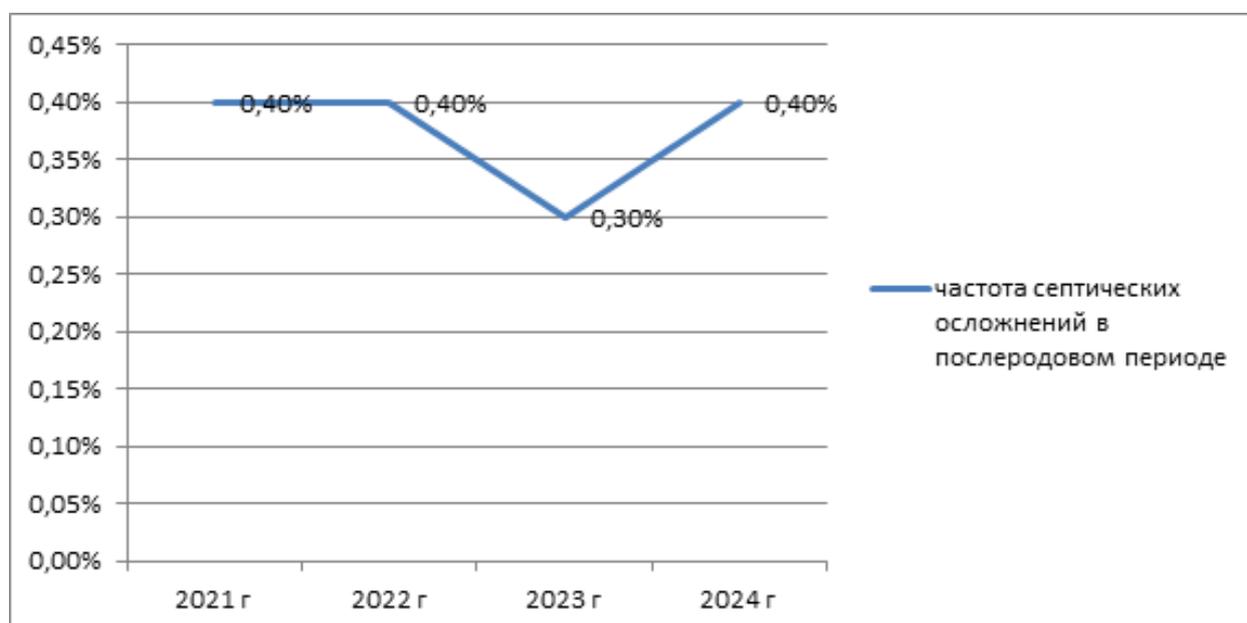


Рис. 1. Частота суммированных послеродовых гнойно-септических осложнений в изученных учреждениях 3-го уровня

Таким образом, несмотря на тенденцию к временному снижению частоты гнойно-септических осложнений, в целом, за четырёхлетний период не прослеживается устойчивого снижения данного показателя. Это указывает на необходимость дальнейшего совершенствования профилактических мероприятий, совершенствования инструментальной оценки инфекционного контроля, включая оптимизацию антибактериальной терапии, контроля за асептикой и антисептикой, а также

повышения настороженности медицинского персонала в отношении ранних признаков инфекционных осложнений для снижения данного показателя и улучшения качества акушерской помощи. Согласно исследованиям ВОЗ (WHO Global Maternal Sepsis Study (GLOSS) Research Group. Frequency and management of maternal infection in health facilities in 52 countries (GLOSS): a 1-week inception cohort study, полученные в нашем исследовании показатели септических акушерских осложнений

в послеродовом периоде значительно меньше приведенных показателей в исследовании GLOSS. Следовательно,

можно предположить, что в учреждениях имеет место неполная регистрация септических послеродовых осложнений.

Таблица 1

Динамика частоты послеродовых септических осложнений в изученных учреждениях 3-го уровня

Учреждение	Год			
	2021	2022	2023	2024
ТНИИ АГиП	40/9898 0,4%	41/11119 0,4%	44/10883 0,4%	64/11651 0,5%
Областной родильный дом, Сугд	10/5731 0,2%	22/6257 0,4%	24/6248 0,4%	19/6548 0,3%
Перинатальный центр, Хатлон	35/4553 0,8%	42/6736 0,6%	11/8033 0,1%	32/8485 0,4%

Анализ представленных данных позволяет оценить изменения частоты гнойно-септических осложнений в трёх ведущих акушерско-гинекологических стационарах республики за четырёхлетний период. В целом, прослеживается относительная стабилизация показателей, однако с различиями по учреждениям, что отражает неоднородность клинической и организационной практики.

В Таджикском НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии частота септических осложнений оставалась на уровне 0,4% в течение 2021-2023 гг., с незначительным повышением до 0,5% в 2024 г. Это можно связать с увеличением общего числа родов (с 9898 до 11651). Данная динамика может свидетельствовать о сохранении стабильного уровня инфекционного контроля, хотя рост числа осложнений в абсолютных величинах (с 40 до 64 случаев) указывает на необходимость усиления профилактических мер при увеличении потока рожениц.

В Согдийском областном родильном доме наблюдается умеренный рост частоты осложнений с 0,2% в 2021 г. до 0,4% в 2022-2023 гг., с последующим незначительным снижением до 0,3% в 2024 г. при неизменном потоке родов. Такая динамика может отражать улучшение санитарно-гигиенических условий и по-

вышение настороженности медицинского персонала в последние годы.

Наиболее значимые колебания показателей отмечены в Перинатальном центре Хатлонской области. В 2021 г. частота осложнений составила 0,8%, что было максимальным значением среди исследованных учреждений. В последующем наблюдается снижение до 0,6% в 2022 г. и резкое уменьшение до 0,1% в 2023 г., с последующим ростом до 0,4% в 2024 г. Такая динамика, вероятно, обусловлена как изменением структуры рожениц (увеличение доли беременных группы низкого риска), так и совершенствованием антисептических мероприятий и инфекционного контроля, хотя некоторый рост в 2024 г. указывает на необходимость поддержания достигнутого уровня профилактики.

В целом, по учреждениям 3-го уровня родовспоможения отмечается стабильная частота послеродовых септических осложнений на уровне 0,3% – 0,5% без выраженной тенденции к снижению. Наиболее благоприятная динамика наблюдается в Перинатальном центре Хатлонской области, где за исследуемый период показатель снизился более чем в 4 раза, по сравнению с 2021 годом. В ТНИИ АГиП при увеличении объёма родов частота осложнений остаётся относительно постоянной, что свидетельствует

о высокой эффективности профилактических мероприятий, однако требует постоянного мониторинга. Различия между регионами указывают на неодинаковый уровень инфекционного контроля и необходимость унификации подходов к

профилактике септических осложнений в учреждениях 3-го уровня.

Структура и динамика гнойно-септических осложнений в родовспомогательных стационарах представлена на рисунке 2.

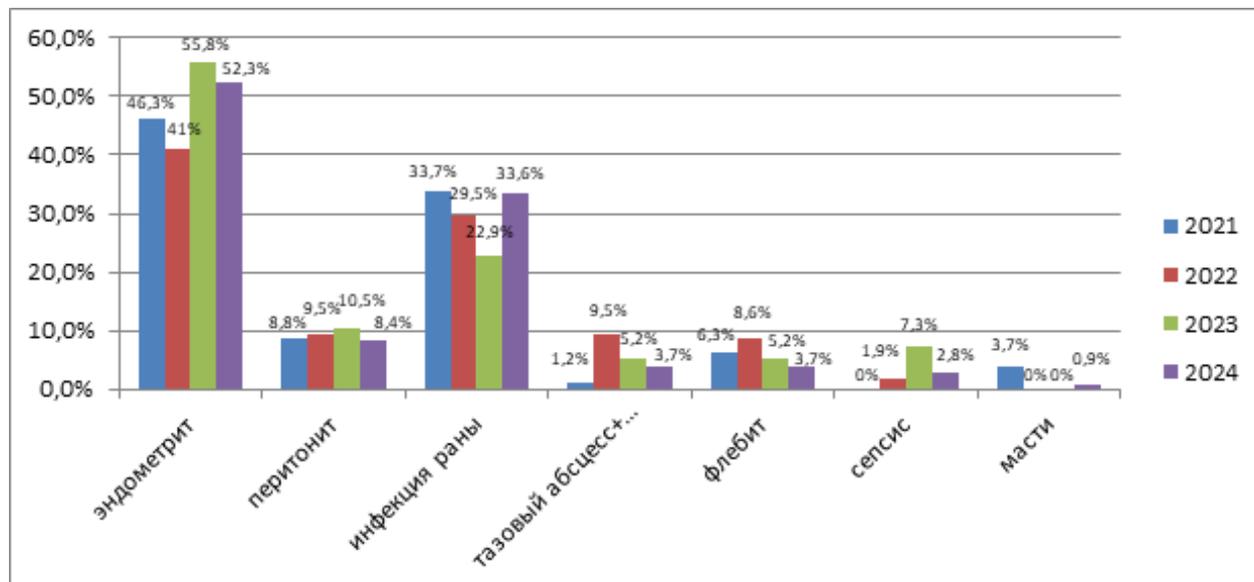


Рис. 2. Динамика изменения удельного веса различных нозологий септических акушерских осложнений в учреждениях 3-го уровня за изученный период времени (2021–2024 гг.)

Анализ полученных данных позволяет установить, что в структуре гнойно-септических осложнений за исследуемый период ведущие позиции стабильно занимают послеродовый эндометрит и перитонит, доля которых колеблется в пределах 41,0%-55,8% и 8,4%-10,5% соответственно. Наибольшая частота эндометрита зарегистрирована в 2022 г. – 55,8%, после чего отмечается незначительное снижение до 52,3% в 2024 г. Это может являться следствием улучшения профилактических мероприятий и тактики ведения послеродового периода.

Инфекция раны также занимает значительное место в структуре осложнений (22,9-33,7%), демонстрируя умеренные колебания без выраженной тенденции к снижению, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования антисептических мероприятий при родоразрешении и послеоперационном уходе.

Тазовые абсцессы и флебиты встречаются реже – от 1,2% до 9,5% и от 3,2% до 8,6% соответственно. В 2022 г. отмечен рост частоты тазовых абсцессов (до 9,5%) и флебитов (до 8,6%), что, вероятно, связано с утяжелением соматического фона или поздней диагностикой воспалительных процессов.

Сепсис является грозным осложнением послеродового периода и выявлялся в единичных случаях (0,8%-7,3%) и по стационарам демонстрирует тенденцию к снижению в последние годы, что может свидетельствовать о повышении эффективности ранней диагностики и терапии гнойно-воспалительных осложнений.

Маститы встречались крайне редко (до 3,7% в 2023 г.), не оказывая существенного влияния на общую структуру гнойно-септических осложнений послеродового периода, что, по-видимому, связано с внедрением в учреждения страны политики грудного вскармливания.

Таким образом, за анализируемый период в учреждениях 3-го уровня родовспоможения различных регионов страны наблюдается умеренная положительная динамика в снижении доли тяжёлых форм септических осложнений (сепсис, абсцессы) при сохранении высокой распространённости эндометрита и инфекций раны.

Заключение

Дальнейшие исследования необходимо посвятить усовершенствованию регистрации послеродовых гнойно-септических осложнений

Высокая распространённость эндометрита и инфекций раны подчёркивает необходимость совершенствования про-

филактических мероприятий, особенно на уровне ранней диагностики и антисептического контроля.

Показанный неодинаковый уровень инфекционного контроля в учреждениях разных регионов страны делает необходимым проведение исследований, которые будут способствовать унификации подходов к профилактике септических осложнений в учреждениях 3-го уровня.

Различия показателей инфекционного контроля в учреждениях родовспоможения страны определяют необходимой стандартизации инструментов оценки и правильной объективной регистрации случаев гнойно-септических осложнений в стационарах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abera B.T., Teke H., Gebre D. et al. Maternal sepsis and factors associated with poor maternal outcomes in a tertiary hospital in Tigray, Ethiopia: a retrospective chart review. // BMC Infect Dis. – 2024. – Vol. 24 (1). – P. 170.
2. Ali N., Neway S., Desta K. Post-caesarean section infection burden, antimicrobial resistance pattern, and associated factors at all Africa Leprosy Rehabilitation and Training Center Comprehensive Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. // PLoS One. – 2025. – Vol. 20 (7). - e0326935.
3. Bauer M.E., Pacheco L.D. Sepsis and Septic Shock During Pregnancy and Postpartum. // Obstet Gynecol. – 2025. – Vol. 146 (2). – P. 207-222.
4. Bauer M.E., Perez S.L., Main EK et al. Near-miss and maternal sepsis mortality: A qualitative study of survivors and support persons // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2024. – Vol. 299. – P. 136-142.
5. Bonet M., Souza J.P., Abalos E. et al. The global maternal sepsis study and awareness campaign (GLOSS): study protocol. // Reprod Health. – 2018. – Vol. 15 (1). – P. 16.
6. Gan A., Khursheed R., Savanur M., Dalal A., Maldar A. The Impact of an Evidence-Based Bundle on Cesarean Section-Re-

lated Surgical Site Infections: A Randomized Clinical Trial. // Matern Fetal Med. – 2024. – Vol. 6 (2). – P. 70-77.

7. Hu Q., Wang L., Chen Q., Wang Z. The global, regional, and national burdens of maternal sepsis and other maternal infections and trends from 1990 to 2021 and future trend predictions: results from the Global Burden of Disease study 2021. // BMC Pregnancy Childbirth. – 2025. – Vol. 25 (1). – P. 285.

8. Kvalvik S.A., Åmark H., Helmig R.B. et al. Maternal deaths from sepsis in the Nordic countries during 2005-2021: A descriptive study // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2025. – Vol. 104 (9). – P. 1783-1792.

9. Mahomed K., Seeto K., Norton D.M., Zhu S. Implementation of an evidence-based bundle to reduce surgical site infection after caesarean section - Review of the interventions. // Am J Infect Control. – 2022. – Vol. 50 (10). – P. 1103-1109.

10. Nouh F.M., Abualruz H., Mohamed R.F. Surgical care bundle: effect on post-caesarean wound infection. // BMC Womens Health. – 2025. – Vol. 25 (1). – P. 256.

11. Shields A.D., Plante L.A., Pacheco L.D., Louis J.M. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #67: Maternal sepsis. // Am J Obstet Gynecol. - SMFM Publications Committee.

Electronic address: pubs@smfm.org. – 2023. – Vol. 229 (3). - B2-B19.

12. Shiferaw W.S., Aynalem Y.A., Akalu T.Y., Petrucka P.M. Surgical site infection and its associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. // BMC Surg. – 2020. – Vol. 20 (1). – P. 107.

13. WHO Global Maternal Sepsis Study (GLOSS) Research Group. Frequency and management of maternal infection in health facilities in 52 countries (GLOSS): a 1-week inception cohort study // Lancet Glob Health. – 2020. – Vol. 8 (5). – P. e661-e671.

14. Zhu C., Yang Z., Yuan H., Yang C. Trends in the disease burden of maternal sepsis and other maternal infections attributable to iron deficiency from 1990 to 2021 and its projection until 2050. // Front Public Health. – 2025. – Vol. 13. – P. 1658505.

Сведения об авторе:

Мирзоева Адиба Бозоровна – зам. директора по лечебной работе ГУ ТННИАГиП, к.м.н., доцент; тел.: (+992 372)213656; e-mail: info@niiagip.tj

УДК 618.14-007.66:578.834

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО COVID-19 НА МЕНСТРУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

Мирзозода Г.С., Додхоева М.Ф.

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

Цель исследования. Изучение влияния перенесенной COVID-19 на менструальную функцию.

Материал и методы. Ретроспективному и проспективному анализу были подвергнуты истории болезни и карты 160 пациенток (основная группа), перенесших COVID-19, из них ретроспективно 100 пациенток и проспективно – 60 пациенток основной группы, которым были проведены клинические, лабораторные и инструментальные исследования, группу сравнения составили 28 женщин.

Результаты. Полученные результаты исследований показали значительные изменения характеристики менструального цикла после перенесенного COVID-19, развития нарушения менструального цикла у 74 (46,2%) пациенток из 160 исследованных, которые проявлялись гиперполименореей, альгодисменореей, аменореей и др., у 58,0% которых по истечении времени восстановились без врачебных вмешательств.

Заключение. COVID-19 выступает не только как инфекционное заболевание, но и как фактор эндокринной дестабилизации у женщин репродуктивного возраста, результатом которых является высокая частота нарушений менструального цикла у 74 (46,2%) изучаемого контингента, что требует более глубокого изучения механизма постковидных нарушений у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, менструальная функция, идеальный цикл

ТАЪСИРИ COVID-19 БА ФАЪОЛИЯТИ ҲАЙЗИИ ЗАНОН

Мирзозода Г.С., Додхоева М.Ф.

Кафедраи акушерӣ ва гинекология №1 «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мақсади тадқиқот. Таҳлили фаъолияти ҳайзии заноне, ки COVID-19 - ро аз сар гузаронидаанд.

Мавод ва усулҳо. Ба таҳлили ретроспективӣ ва проспективӣ таърихи беморӣ ва варақаҳои тиббии 160 бемор (гурӯҳи асосӣ), ки COVID-19-ро паси сар қарда буданд, қалб қарда шуданд. Аз онҳо таҳлили ретроспективӣ 100 нафар ва проспективӣ - 60 нафарро дар бар гирифт. Ба ҳамаи онҳо тадқиқоти клиникӣ, лабораторӣ ва ултрасадо гузаронида шуд. Гурӯҳи муқоиса аз 28 зан иборат буд.

Натиҷаҳо. Натиҷаҳои бадастомада нишон доданд, ки пас аз гузаронидани COVID-19 дар ҳосиятҳои даври менструалӣ тағйиротҳои назаррас мушоҳида гардиданд. Дар 74 (46,2 %) беморон аз 160 нафари таҳқиқшуда вайроншавии даври менструалӣ ба қайд гирифта шуд, ки онҳо бо гиперполименорея, алгодисменорея, аменорея ва дигар аломатҳо зоҳир мегардиданд. Дар 58,0 % ҳолатҳо ин вайроншавиҳо бо гузашти вақт бидуни дахлоти тиббӣ барқарор гардиданд.

Хулоса. Тадқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки COVID-19 на танҳо ҳамчун бемории сироятӣ, балки ҳамчун омиле ноустувории эндокринӣ дар занони синни репродуктивӣ амал мекунад. Ин боиси басо баланд будани басомади вайроншавии даври менструалӣ дар 74 (46,2 %) занони таҳқиқшуда гардид. Ин ҳолат зарурати омӯзиши амиқтари механизмҳои вайроншавии пасковидӣ дар занони синни репродуктивиро нишон медиҳад.

Калимаҳои асосӣ: сирояти коронавирусӣ, фаъолияти ҳайзӣ, даври идеалӣ

IMPACT OF COVID-19 ON MENSTRUAL FUNCTION

Mirzozoda G.S., Dodkhoeva M.F.

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

Aim. To investigate the impact of COVID-19 on menstrual function.

Material and methods. A retrospective and prospective analysis was conducted of medical records and charts of 160 patients (main group) who had recovered from COVID-19. Of them, 100 were included retrospectively and 60 prospectively. All patients underwent clinical, laboratory and instrumental examinations. A comparison group consisted of 28 women.

Results. The obtained findings demonstrated significant changes in menstrual cycle characteristics after COVID-19. Menstrual cycle disorders were identified in 74 (46.2%) out of 160 examined patients. These disorders manifested as hyperpolymenorrhea, algomenorrhea, amenorrhea, and other abnormalities. In 58.0% of cases, menstrual function recovered spontaneously without medical intervention.

Conclusion. The study revealed that COVID-19 acts not only as an infectious disease but also as a factor of endocrine destabilization in women of reproductive age. This resulted in a high incidence of menstrual disorders in 74 (46.2%) of the studied cohort, indicating the need for a deeper investigation of post-COVID mechanisms in women of reproductive age.

Key words: coronavirus infection, menstrual function, ideal cycle

Актуальность

Одним из наиболее тревожных аспектов COVID-19 можно считать развитие постковидного синдрома, или так называемого «долгого COVID», который характеризуется продолжительными симптомами, сохраняющимися после первоначального выздоровления от инфекции COVID-19. Новая коронавирусная инфекция способна оказывать долгосрочное негативное воздействие практически на все системы организма: дыхательную, нервную, сердечно-сосудистую, эндокринную, пищеварительную, кожу и ее придатки, психический статус, в том числе репродуктивную систему. Эти симптомы могут включать утомляемость, одышку, суставные боли, бессонницу, выраженное сердцебиение и когнитивные нарушения и другие [2, 3].

Патофизиология постковидного синдрома еще не полностью понятна, но предполагается, что он может включать хроническое воспаление, нарушение иммунной регуляции и сосудистые повреждения [1, 8].

В публикациях исследователей из разных стран мира убедительно показано, что существуют опасения, что длительное воспаление и иммунные нарушения, связанные с постковидным синдромом, могут оказывать влияние на репродуктивную систему женщин, потенциально приводя к нарушениям менструального цикла, фертильности

и иным репродуктивным проблемам [6, 2].

Так, по последним опубликованным данным, оказалось, что смертность среди женщин ниже, чем среди мужчин [4].

В когорте из 1099 госпитализированных пациентов с COVID-19 в Ухане, Китай, только 42% пациентов составляли женщины. Среди тяжелых случаев (госпитализированных в ОРИТ, требующие ИВЛ или с летальным исходом) женщины составляли 32% пациентов. У женщин обычно наблюдался более выраженный иммунный ответ на вирусы, по сравнению, с мужчинами за счет продукции более высокого уровня циркулирующих иммуноглобулинов IgG и IgM [10].

Половые стероиды являются мощными иммуномодуляторами, поэтому различия в уровнях эстрогенов, прогестерона и андрогенов у женщин и мужчин, в дополнение к генетике, могут влиять на иммунные ответы COVID-19 и воспалительные процессы. Острые и тяжелые заболевания, такие как COVID-19, могут изменять функцию гонадной системы гипоталамуса и гипофиза и снижать эндогенную продукцию эстрогенов и прогестерона [7, 9].

Уровень женского репродуктивного здоровья, особенно у молодых, является серьезной медико-социальной проблемой, изменившейся в последнее время в связи с ухудшением здоровья после пандемии COVID-19. Известно, что

ухудшение репродуктивного здоровья женщин на фоне распространённости острых респираторных заболеваний (ОРЗ) среди населения непосредственно влияет на демографическую ситуацию во всём мире [5]. При попадании коронавируса в организм как в острой фазе, так и после неё могут отмечаться обострения уже имеющихся у человека хронических заболеваний либо развитие новых.

Менструальный цикл чувствителен к эндогенным и экзогенным факторам, включая инфекцию и изменения в образе жизни.

Анализ имеющихся в доступной литературе данных показывает, что названная патология в организме у женщин может оказывать неблагоприятное воздействие на менструальную и репродуктивную функции посредством того же рецептора ACE2, который является основным рецептором для входа в клетки вируса, экспрессия которого происходит в яичниках, матке и влагалище, а также в результате чрезмерно активного лечения патологии [11].

Цель исследования

Изучение влияния перенесённого COVID-19 на менструальную функцию.

Материал и методы исследований

Ретроспективному и проспективному анализу были подвергнуты истории болезни и карты 160 пациенток (основная группа), перенесших это грозное заболевание, за 2021-2024 гг., в том числе 53 - лёгкую степень, 74 - средней степени тяжести и 33 - тяжёлую. Ретроспективную часть занимали 100 пациенток, находившихся в клинике инфекционных болезней г. Душанбе, а также их амбулаторные карты из ЦРЗ №№ 5, 7, 8 и 9, проспективную - 60 пациенток основной группы. Группу сравнения составили 28 женщин, не имевших лабораторно подтверждённого диагноза COVID-19 и не перенёсших какое-либо инфекционное заболевание. Давность болезни составила от 2-х до 4-х лет.

Все указанные пациентки находились под нашим наблюдением, им были проведены клинические, лабораторные и инструментальные исследования.

Проведена статистическая обработка с использованием прикладного пакета "Statistica 6.0" (StatSoft Inc, США).

Результаты и их обсуждение

Методом анкетирования, путём опроса, осмотра и наблюдения было изучено влияние перенесенного COVID-19 на менструальную функцию пациенток. Возраст менархе в основной группе составил $14,1 \pm 1,1$ лет, в группе сравнения - $13,8 \pm 0,8$ лет (табл.1). Продолжительность менструального цикла до болезни составляла от 20 до 45 дней, после болезни она достоверно удлинилась и составила от 19 до 60 дней, за исключением тех, у которых была аменорея или опсоменорея. 28-дневный цикл, или идеальный, до болезни имелся у 83 (51,9%) пациенток, после болезни число пациенток с идеальным циклом уменьшилось и составило 58 (36,2%). Если число пациенток с антепонирующим циклом (до 28 дней) равнялось 14 (8,7%), после болезни это число увеличилось до 22 (13,8%) ($p < 0,001$).

Продолжительность менструации до болезни до 3 дней была отмечена у 5 (3,1%) пациенток, после болезни их число достигло 17 (10,6%), т.е. увеличилось в 3 раза ($p < 0,001^*$). Если нормальная продолжительность менструации была указана 143 (89,4%) пациентками, их число после перенесенной болезни уменьшилось до 112 (70,0%) ($p < 0,001$), а у 26 (16,3%) - более 6 дней. Регулярный цикл со 158 (98,8%) уменьшился до 144 (90,0%) пациенток ($p < 0,001^*$). Число теряемой крови в дни менструации до болезни у 3 (1,9%) распенивалось скудным, у 152 (95,0%) - умеренным и у 5 (3,1%) - обильным. После перенесенной коронавирусной инфекции оно изменилось: 22 (13,8%), 121 (75,6%) и 14 (8,7%) соответственно ($p < 0,001$). Менструации стали болезненными у 43 (26,9%) ($p < 0,001$).

Таблица 1

Характеристика менструального цикла до и после болезни COVID-19

Характер менструаций	До болезни n=160		После болезни n=160		P	Группа сравнения n=28		P ₁	P ₂
	число	%	число	%		число	%		
Менархе: до 12	2	1,3	2	1,3	>0,05*	2	7,1	>0,05	>0,05
12-14	108	67,5	108	67,5	>0,05	23	82,1	>0,05	>0,05
15-16	45	28,1	45	28,1	>0,05	3	10,7	>0,05	>0,05
17- и более	5	3,1	5	3,1	>0,05*				
Продолжительность цикла: >21	1	0,6	12	7,5	<0,001*	1	3,6	>0,05	>0,05
21-27	13	8,1	10	6,3	>0,05	4	14,3	>0,05	>0,05
28 дней	83	51,9	58	36,2		16	57,1		
29-35	62	38,8	66	41,3	<0,001	7	25,0	>0,05	>0,05
более-35	1	0,6	11	6,9	<0,001*				
Аменорея			3	1,9					
Продолжительность менструации: до 3 дней	5	3,1	17	10,6	<0,001*	1	3,6	>0,05	>0,05
3-5 дней	143	89,4	112	70,0	<0,001	25	89,3	>0,05	=0,035
6-7 дней	10	6,3	11	6,9	>0,05	2	7,1	>0,05	>0,05
более-7 дней	1	0,6	15	9,4	<0,001*				
Регулярный	158	98,8	144	90,0	<0,001*	27	96,4	>0,05	>0,05
Нерегулярный	2	1,2	13	8,1	<0,001*	1	3,6	>0,05	>0,05
Количества: Умеренный	152	95,0	121	75,6	<0,001*	25	89,3	>0,05	>0,05
Скудный	3	1,9	22	13,8	<0,001*	1	3,9	>0,05	>0,05
Обильный	5	3,1	14	8,7	=0,004*	2	7,1	>0,05	>0,05
Болезненный	13	8,1	43	26,9	<0,001	5	17,9	>0,05	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий до и после болезни (по критерию МакНемара; * - с поправкой Йетса); p₁ – статистическая значимость различий показателей до болезни с контрольной группой; p₂ – статистическая значимость различий показателей после болезни с контрольной группой (по критерию хи-квадрат с поправкой Йетса)

При анализе характеристики менструальной функции как до болезни, так и после достоверной разницы и зависимости их от степени перенесенной болезни не было выявлено.

Как видно из вышеизложенного, после перенесенного COVID-19 характеристика менструального цикла значительно изменилась и наблюдалась высокая частота нарушений цикла у 74 (46,2%) пациенток. Например, кровотечения, связанные с дисфункциональным маточным кровотечением, гиперполименореей и метрорагией, увеличились с 5,0% до 20,0%,

т.е. в 4 раза ($p < 0,001^*$). Альгодисменорея наблюдалась более чем в 3 раза чаще, чем до болезни ($p < 0,001$). Гипоменструальный синдром, проявляющийся гипоменореей, олиго- и опсоменореей, после перенесенной болезни был отмечен более чем в 5 раз чаще, чем до болезни – 13,8% против 2,5% ($p < 0,001^*$). Аменореи в анамнезе не были отмечены женщинами, после болезни эта патология наблюдалась у 3 (1,9%). На предменструальный синдром до болезни указали 8 (5,0%) пациенток, после болезни частота синдрома увеличилась до 40 (25,0%) ($p < 0,001$) (табл. 2).

Таблица 2

Частота и структура нарушений менструального цикла у пациенток, перенесших COVID-19

Вид нарушений менструального цикла	До болезни n=160		После болезни n=160		p
	n	%	n	%	
Дисфункциональные маточные кровотечения	1	0,6	4	2,5	>0,05*
Гиперполименорея	6	3,8	15	9,4	=0,004*
Метрорагия	1	0,6	13	8,1	<0,001*
Альгодисменорея	13	8,1	43	26,9	<0,001
Гипоменструальный синдром	4	2,5	22	13,8	<0,001*
Опсомеропея	1	0,6	14	8,8	<0,001*
Аменорея 2			3	1,9	
Предменструальный синдром	8	5,0	40	25,0	<0,001*.

Примечание: p – статистическая значимость различий до и после болезни (по критерию Мак Немара; * - с поправкой Йетса

Учитывая высокую частоту нарушения менструального цикла у пациенток, перенесших коронавирусную инфекцию, исследован гормональный статус репродуктивной системы. Из общего числа обследованных пациенток (n=160) у 60 женщин основной группы и у 28 женщин группы сравнения проведено гормональное исследование, включавшее определение уровней ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола и прогестерона, результаты которых приведены в таблице 3.

Как видно из таблицы, в основной группе содержание фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) составило 6,05 [3,84;8,87] (0,40- 80,60) МЕ/л против 6,30 [4,40; 8,04] (2,70-11,00) в группе сравнения, разброс колебания этого гормона в основной группе отличался и был более значительным, чем в группе сравнения, потому статистически оказался недостоверным ($p > 0,05$). При индивидуальном анализе содержания этого гормона у пациенток, перенесших COVID-19, у 5 (8,3%) концентрация

гормона оказалась выше, чем в группе сравнения, причём это было у паци-

енток, перенесших средней и тяжёлой степени тяжести.

Таблица 3

Концентрация гормонов репродуктивной системы в сравниваемых группах (Me [Q1; Q3] (min – max))

Гормоны	Основная группа n =60	Группа сравнения n =28	P
ФСГ, МЕ/л	6,05 [3,84; 8,87] (0,40 – 80,60)	6,30 [4,40; 8,04] (2,70 – 11,00)	>0,05
ЛГ, МЕ/л	7,11 [4,52; 9,61] (0,63 – 31,40)	4,52 [3,00; 7,87] (1,20 – 12,70)	=0,029
Пролактин, МЕ/л	349,0 [233,9; 467,1] (33,9 – 1178,2)	294,8 [193,5; 391,2] (60,4 – 560,0)	>0,05
Эстрадиол, пг/мл	35,0 [23,5; 73,8] (9,8 – 146,0)	43,8 [21,8; 98,5] (8,1 – 149,5)	>0,05
Прогестерон, пг/мл	23,6 [9,5; 46,1] (3,1 – 70,1)	19,7 [9,3; 40,9] (5,7 – 84,4)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию Манна-Уитни)

Концентрация лютеинизирующего гормона (ЛГ) в основной группе составила 7,11 [4,52; 9,61] (0,63-31,40) МЕ/л, что достоверно оказалась выше, чем в группе сравнения - 4,52 [3,00; 7,87] (1,20-12,70) МЕ/л (p=0,029). Также как и концентрация ФСГ, колебание содержания этого гормона гипофиза оказалось больше, чем в группе сравнения (табл. 3).

Как видно на рисунке, у 8 (13,3%) пациенток концентрация ЛГ была больше, чем в группе сравнения, за счёт которых разница в сравниваемых группах оказалась достоверно различна. Анализ показал, что повышение содержание этого гормона особо было выражено в группе пациенток, перенесших тяжёлую степень коронавирусной инфекции. Клинические проявления у данной группы пациенток отличались полиморфизмом. Из 8 (13,3%) женщин с повышенным уровнем лютеинизирующего гормона у 3 (37,5%) наблюдалась опсоменорея, у 2 (25,0%) - гипоменорея, у 2 (25,0%) - аменорея, и у 1 (12,5%) - полименорея.

Хотя содержание пролактина была в пределах нормальных величин, его колебание у пациенток, перенесших

COVID-19, оказалось более значительным, чем в группе сравнения - 349,0 [233,9; 4,67,1] (33,9-1178,2) МЕ/л против 294,8 [193,5; 391,2] (60,4-560,0) МЕ/л (p >0,05). Индивидуальный анализ результата анализа по содержанию пролактина показал, что у 8 (13,3%) пациенток концентрация пролактина оказалась выше показателей контрольной группы, причём это оказались пациентки, перенесшие средние и тяжёлые степени коронавирусной инфекции.

У 8 пациенток с клинически подтверждённой гиперпролактинемией были выявлены различные нарушения менструального цикла. Аменорея наблюдалась у 1 пациентки (12,5 %), опсоменорея - у 2 пациенток (25,0 %), гипоменструальный синдром - у 1 пациентки (12,5 %), дисфункциональные маточные кровотечения также у 1 пациентки (12,5 %).

Уровень концентрации гормонов яичников был следующим: концентрации эстрадиола в фолликулярной фазе был в пределах нормы и незначительно был ниже в группе сравнения 35,0 [23,5; 73,8] (9,8±146,0) пг/мл и 43,8 [21,8; 98,5] (8,1-149,5) пг/мл соответственно (p>0,05).

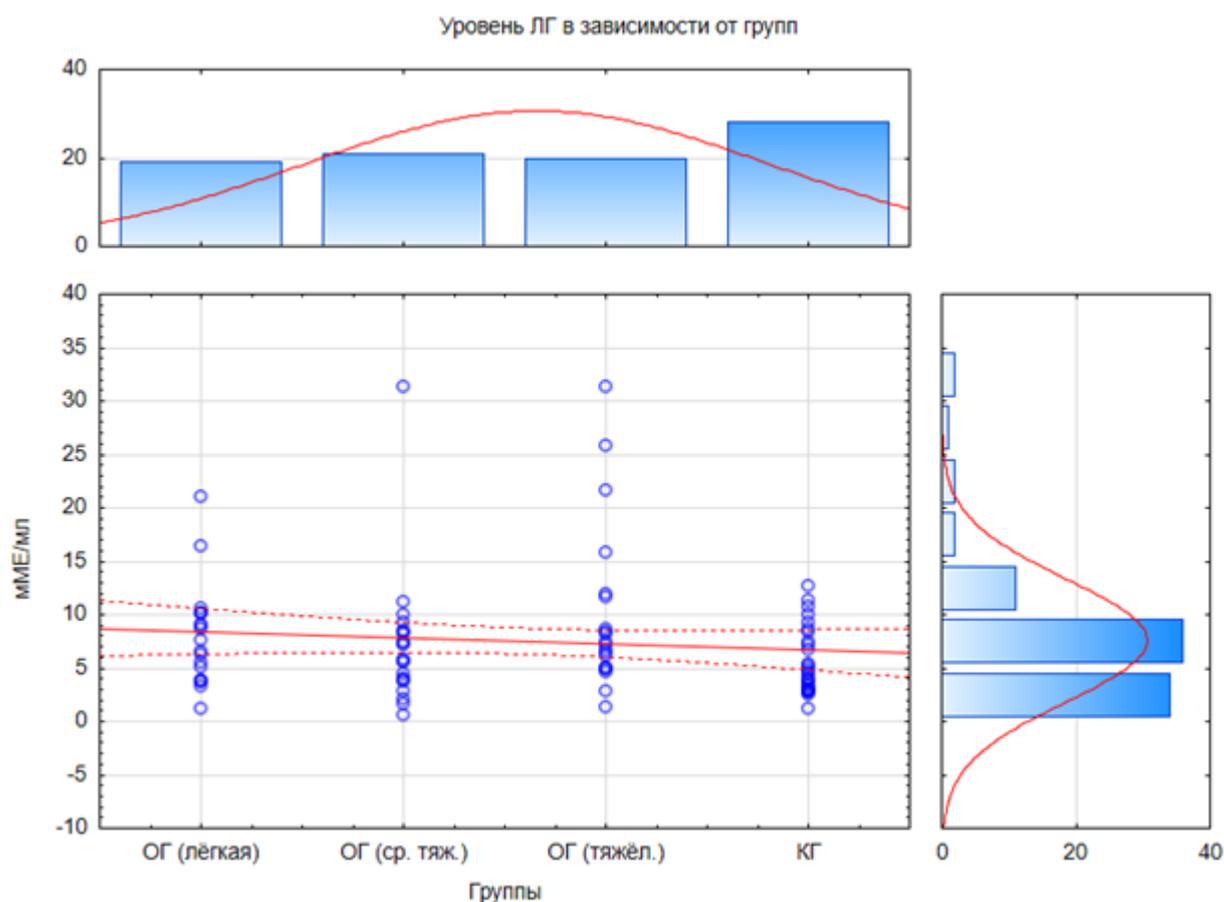
Содержание прогестерона у пациенток основной группы было несколько выше, чем в группе сравнения, и составило 23,6 [9,5; 46,1] (3,1-70,1) пг/мл. В группе сравнения этот показатель был равен 19,7 [9,3; 40,9] (5,7-84,4) пг/мл ($p>0,05$).

При индивидуальном анализе концентрации указанных гормонов в крови пациенток основной и контрольной групп содержание указанных гормонов особо не отличалось и показатели были в пределах нормальных величин, хотя клинически у некоторых из них отмечались

различные формы нарушения менструального цикла.

Содержание как гипофизарных, так и яичниковых гормонов при различных степенях тяжести перенесенной коронавирусной инфекции особо не отличалось и достоверных различий не было выявлено.

Дальнейшие исследования показали, что по мере исчезновения постковидных симптомов уменьшались и симптомы нарушения менструального цикла, которые исчезали без врачебного вмешательства из 74 – 31 (58%).



Содержание ЛГ в крови пациенток сравниваемых групп

Заключение

Таким образом, проведенные исследования показали, что COVID-19 выступает не только как инфекционное заболевание, но и, по-видимому, как фактор эндокринной дестабилизации у женщин репродуктивного возраста, результатом которого явилась высокая частота нару-

шений менструального цикла у 74 (46,2%) изучаемого контингента. Вышеизложенное требует более глубокого изучения механизма постковидных нарушений у женщин репродуктивного возраста.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абриталин Е.Ю. О причинах возникновения и лечении депрессивных нарушений при COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. - 2021. - Т. 121, № 8. - С. 87-92
2. Адамян Л.В., Вечорко В.И., Конышева О.В., Харченко Э.И., Дорошенко Д.А. Постковидный синдром в акушерстве и репродуктивной медицине // Проблемы репродукции. - 2021. - Т. 27, № 6. - С. 30-40
3. Адамбаев З.И., Киличев И.А., Худойбергандов Н.Ю., Нуржонов А.Б., Ходжанова Т.Р. Неврологические нарушения после Covid-19: постковидный синдром или долгий ковид, или постострые последствия Covid-19 // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. - 2022. - Т. 3, № 2. - С. 11-16
4. Жабченко И.А., Лищенко И.С., Геревич Н.В. Перинатальные риски, гендерные особенности и возможные пути профилактики осложнений при COVID-19 // Reproductive Medicine. - 2021. - № 2(47). - С. 41-56
5. Папичева М.А., Голубева М.Ю. Влияние частоты возникновения острых респираторных заболеваний на развитие аднексита // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2022. - № 2. - С. 89-106
6. Рахманова Г.Ш. Постковидный синдром и прегравидарная подготовка: анализ и рекомендации // Universum: медицина и фармакология. -2024. - Т. 1, № 3 (108). - С. 13-15
7. Hoffmann J. P. Sex hormone signaling and regulation of immune function [Text] // Immunology and Cell Biology. - 2023. - Vol. 101, № 5. - P. 301-320
8. Maamar M., Artime A., Pariente E., Fierro P., Ruiz Y., Gutiérrez S. [et al]. Post-COVID-19 syndrome, low-grade inflammation and inflammatory markers: a cross-sectional study // Current Medical Research and Opinion. - 2022. - Vol. 38, № 6. - P. 901-909
9. Maybin J.A., Walker C., Watters M., Homer N.Z., Simpson J.P., Robb C. et al. The potential bidirectional relationship between long COVID and menstruation // Nature Communications. - 2025. - Vol. 16, № 1. - P. 8187
10. Wang T., Tang C., Chen R., Ruan H., Liang W., Guan W. [et al]. Clinical features of coronavirus disease 2019 patients with mechanical ventilation: a nationwide study in China // Critical Care Medicine. - 2020. - Vol. 48, № 9. - P. e809-e812.
11. Wang M., Zhang B., Jin L. Female fertility under the impact of COVID-19 pandemic: a narrative review // Expert Reviews in Molecular Medicine. - 2021. - Vol. 23. - P e15.

Сведения об авторах:

Мирзозода Гулчини Субхон – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 906554847; e-mail: gulchin.mirzozoda@mail.ru

Додхоева Мунаввара Файзуллоевна – профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», академик НАНТ, д.м.н., профессор; тел.: (992) 918612606; e-mail: dodkho2008@mail.ru

УДК 618.3-06:616.12-008

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА МАКРО- И МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЦЕНТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Набиева Т.Р., Пулодзода Ф.П.,
Ибодуллозода М., Давлатова Д.А.

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

Цель исследования. Изучить особенности гормональной функции плаценты и характеристику макро- и микроскопического исследования плацент у беременных женщин с хронической артериальной гипертензией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное и проспективное наблюдение и обследование 80 женщин с диагнозом «хроническая артериальная гипертензия» (ХАГ). В основную группу включены 40 пациенток с ХАГ, которые прошли прегравидарную подготовку, группа сравнения сформирована из 40 беременных женщин с ХАГ, которые поступили на роды в клинику ТНИИАГиП без подготовки.

Проводилось макро- и микроскопическое исследование плацент у 12 беременных женщин с хронической артериальной гипертензией, по 6 в каждой группе.

Результаты. Проведенный анализ гормональной функции плаценты среди исследуемых групп показал снижение уровней прогестерона ($99,5 \pm 1,52$), эстрадиола ($3,83 \pm 0,02$) и пролактина ($69,35 \pm 0,35$) среди сравнительной группы. Гистологическое исследование плацент показало, что в группе сравнения значительную долю ворсинчатого русла в плаценте занимали стволовые (28,5%) и промежуточные ворсины (42,8%), из-за этого снижается полезная площадь обмена между плодовым и материнским кровотоком, среди стволовых ворсин отмечено (на срезе) склерозирование ворсин, тогда как в основной группе наблюдалось полнокровие среди ворсин.

Заключение. При хронической артериальной гипертензии у беременных нарушается развитие и нормальное функционирование плаценты, что в последующем приводит к нарушению кровотока, начинается внутриутробная гипоксия и задержка развития плода. Одной из основных причин плацентарной недостаточности является хроническая гипертензия, которая приводит к нарушению гормональной функции плаценты.

Ключевые слова: беременность, хроническая гипертензия, плацента, гормоны

ХУСУСИЯТҲОИ ФУНКСИЯИ ҲОРМОНИИ ПЛАСЕНТА ВА БАҲОДИҲИИ МАКРО ВА МИКРОСКОПИИ ПЛАСЕНТАҲО ДАР ЗАНОНИ ҲОМИЛАДОРӢ ДОРОИ ГИПЕРТЕНЗИЯИ МУЗМИН

Набиева Т.Р., Пулодзода Ф.,
Ибодуллозода М., Давлатова Д.А.

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои функсияи ҳормони пласента ва баҳодихии макро ва микроскопии пласентаҳо дар занони ҳомиладорӣ дорои гипертензияи музмин.

Мавод ва усулҳо. Назорати ретроспективи ва проспективи 80 зани ҳомилаи дорои гипертензияи музмин гузаронида шуд. Гуруҳи асосӣ аз 40 занононе, ки омодагии прегравидарӣ доштанд ва гуруҳи назоратӣ аз 40 зани дорои гипертензия музмин, ки ба ПАГ ва П барои таваллуд ворид гардидаанд муқоиса карда шуд. Таҳлили макро ва микроскопии пласентаҳо дар 12 зани ҳомилаи дорои гипертензияи музмин, аз ҷумла 6 пласента дар гуруҳи асосӣ ва 6 пласента дар гуруҳи муқоисавӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Таҳлилҳои гузаронидашудаи функсияи ҳормонии пласентаҳо байни гуруҳҳои тадқиқотӣ ба нишондоди насти ҳормонҳо дар гуруҳи муқоисавӣ нишондод, аз ҷумла прогестерон ($99,5 \pm 1,52$), эстрадиол ($3,83 \pm 0,02$) ва пролактин ($69,35 \pm 0,35$). Тадқиқоти гистологии пласентаҳо нишон дод, ки дар гуруҳи муқоисавӣ қисми зиёди ҳиссаҷаҳои виллиро дар пласента виллҳои появӣ (28,5%) ва мобайнӣ (42,8%) ишғол кардаанд, ки ин майдони муфидро барои гардиши хуни тифл ва модарро кам мекунад. Дар байни виллҳои поя виллҳои склеротикӣ (дар буриш) ба назар расидааст, ҳол он ки дар гуруҳи асосӣ серхунӣ дар пласента дида шудааст.

Хулоса. Гипертензияи музмини артериалӣ дар занони ҳомила инкишоф ва фаъолияти муътадили пласентаро халалдор мекунад, ки баъдан ба вайрон шудани гардиши ҷараёни хун, гипоксияи дохили батнӣ ва суст инкишофёбии даруни батнии тифл оварда мерасонад. Гипертензияи музмин яке аз сабабҳои асосии норасоии функсияи пласента мебошад, ки боиси вайрон шудани қори гормоналии пласента мегардад.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, гипертензияи музмин, пласента, ҳормон

FEATURES OF THE HORMONAL FUNCTION OF THE PLACENTA AND CHARACTERISTICS OF MACRO-AND MICROSCOPIC EXAMINATION OF PLACENTAS IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC HYPERTENSION

*Nabieva T.R., Pulodzoda F.,
Ibodullozoda M., Davlatova D.A.*

State Establishment «Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

Aim. The aim of the study was to examine the hormonal function of the placenta and characteristics of macro-and microscopic examination of placentas in pregnant women with chronic hypertension.

Material and methods. Retrospective and prospective observation and the examination of 80 women with a diagnosis of chronic hypertension were conducted. The main group included patients with chronic hypertension who underwent pregravid preparation and the comparison group was formed from 40 pregnant women with chronic hypertension who were admitted to the clinic of the Institute Obstetrics, Gynecology and Perinatology. Macro-and microscopic examination of the placentas was carried out in 12 pregnant women with chronic hypertension, including 6 placentas in the main group and 6 placentas in the comparison group.

Results. Analysis of placental hormonal function in the study groups revealed decreased levels of progesterone ($99,5 \pm 1,52$), estradiol ($3,83 \pm 0,02$) and prolactin ($69,35 \pm 0,35$) comparison group. Histological examination of the placentas revealed that in the comparison group, a significant proportion of the villous bed in the placenta was occupied by stem (28,5%) and intermediate villi (42,8%), which reduces the useful exchange area between the fetal and maternal blood flow. Among the stem villi, sclerotic villi were noted (in section), whereas in the study group, plethora of villi was observed.

Conclusion. Chronic arterial hypertension in pregnant women disrupts the development and normal functioning of the placenta, which subsequently leads to blood flow, intrauterine hypoxia, and fetal growth retardation. One of the main causes of placental insufficiency is chronic hypertension, which disrupts the normal function of the placenta.

Key words: pregnancy, chronic hypertension, placenta, hormones

Актуальность

Плацента, которая образуется только во время беременности, является важным органом для обеспечения развития плода. Постоянный обмен веществ между плодом и матерью происходит именно в ней, в связи с чем любые изменения, происходящие в плаценте, неблагоприятно влияют на течение беременности и

исход родов, так как плацента выполняет барьерную, иммунологическую, питательную, обменную, инфекционную и метаболическую функции. Другой важной функцией является выработка гормонов, которые влияют на вынашивание плода (хорионический гонадотропин, прогестерон, плацентарный лактоген, эстрогены) [1, 2, 4].

При плацентарной недостаточности у беременных происходит нарушение формирования и созревания плаценты, уменьшается кровоток в фетоплацентарном комплексе. Снижаются газообмен и выработка плацентарных гормонов, нарушаются, в основном, питательная, обменная и барьерная функции плаценты, что приводит к синдрому задержки внутриутробного развития плода [1, 3, 5].

Цель исследования

Изучить особенности гормональной функции плаценты и характеристику макро- и микроскопического исследования плацент у беременных женщин с хронической артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное и проспективное наблюдение и обследование 80 женщин, с диагнозом «хроническая артериальная гипертензия» (ХАГ). В основную группу включены 40 пациенток с

ХАГ, которые прошли прегравидарную подготовку, группа сравнения сформирована из 40 беременных женщин с ХАГ, которые поступили на роды в клинику ТНИИАГиП без предварительной подготовки.

Проводилось макро- и микроскопическое исследование плацент у 12 беременных женщин с хронической артериальной гипертензией, из них 6 плацент основной группы и 6 плацент сравнительной группы.

Результаты и их обсуждение

Плацента обеспечивает гормональный гомеостаз между матерью и плодом, снижение уровня гормонов неблагоприятно влияет на исход беременности. Проведенный анализ гормональной функции плаценты среди исследуемых групп показал снижение гормонов прогестерона ($99,5 \pm 1,52$), эстрадиола ($3,83 \pm 0,02$) и пролактин ($69,35 \pm 0,35$) среди сравнительной группы (табл. 1).

Таблица 1

Среднее содержание гормонов плаценты в сыворотке крови среди исследуемых групп

Группа	Гормон		
	Прогестерон (нмоль/л)	ПЛ (мг/л)	Эстрадиол (нмоль/л)
Основная (n=40)	116,0±1,30	4,50±0,02	74,60±0,25
Сравнения (n=40)	99,5±1,52*	3,83±0,02*	69,35±0,35*
Контрольная (n=30)	145,53±34,10	5,25±0,50	83,1±2,20

Примечание: * $p < 0,05$ достоверное отличие средних значений гормонов плаценты (прогестерон, эстрадиол, ПЛГ) в сыворотке крови у беременных женщин с ХАГ (группа сравнения) по сравнению с контролем

Проводилось макро- и микроскопическое исследование плацент у 12 беременных женщин с хронической артериальной гипертензией, из них 6 плацент основной группы (использующих прогестерон), и 6 плацент сравнительной группы. Гистологический анализ плацент беременных проводился в сроке 36-39 недель беременности.

Как видно из данных таблицы 2, по органометрическим параметрам исследования плацент выявлено уменьшение

средних значений массы ($452,5 \pm 25,2$) и площади материнской поверхности плаценты среди беременных женщин сравнительной группы.

Проведенный анализ показал, что в группе сравнения у пациенток течение беременности осложнялось тяжелой преэклампсией, у большинства наблюдались нарушения в плацентарно-плодовом кровотоке, что способствовало развитию СЗРП, что подтверждено органометрическим исследованием плаценты. Результа-

ты нашего исследования показывают, что и массой плаценты с внутриутробным имеетя зависимость между площадью развитием плода.

Таблица 2

Органометрические параметры плаценты беременных женщин с хронической артериальной гипертензией

Органометрический параметр	Группа сравнения (n=6)	Основная группа (n=6)	p
Масса (г)	452,5±25,2	516,2±32,4	p<0,05
Длина (см)	16,7 ± 7,1	18,2±1,2	p<0,05
Ширина (см)	14,9±1,1	15,0±2,3	p<0,05
Толщина (см)	1,6±1,9	2,5±1,2	p<0,05
Площадь (м2)	14,2±1,5	15,2±2,5	p<0,05

Примечание: p - статистически значимое отличие показателей изученных групп

Таблица 3

Степени задержки развития внутриутробного плода у беременных женщин с ХАГ

Эхографический признак	Основная группа (40)	Группа сравнения (n=40)
Задержка развития плода I степени	3 (5,0%)	5 (12,5%)
Задержка развития плода II степени	-	-
Задержка развития плода III степени	-	-

Примечание: % – от количества исследованных

Необходимо отметить, что плаценты беременных женщин с СЗРП II и III степеней гистологически изучены и выявлена декомпенсированная плацентарная недостаточность (27,2%), которая соответствовала хронической плацентарной недостаточности по гипопластическому типу (новорожденный с СЗРП III

степени умер на 2-е сутки после родов). Субкомпенсированная плацентарная недостаточность наблюдалось, в основном, у плодов с СЗРП первой степени (45,6%), родившихся от матерей сравнительной группы. Компенсированная плацентарная недостаточность наблюдалось у 27,2% среди основной группы (рис. 1).



Рис. 1. Распределение беременных женщин с ХАГ по степени нарушений в маточно-плодово-плацентарном кровотоке

Макроскопически и микроскопически в плацентах выявлены нарушения, которые проявлялись в виде образовавшихся инфарктов 7 (58,3%), из них старые инфаркты - 4 (33,3%) и вновь образовавшиеся - 3 (25,0%).

Также наблюдался стаз - у 2 (16,6%) пациенток, тромб в межворсинчатом пространстве - у 3 (25,0%), что свидетельствует о циркуляторных нарушениях в плаценте у беременных женщин с хронической гипертензией (рис. 2).

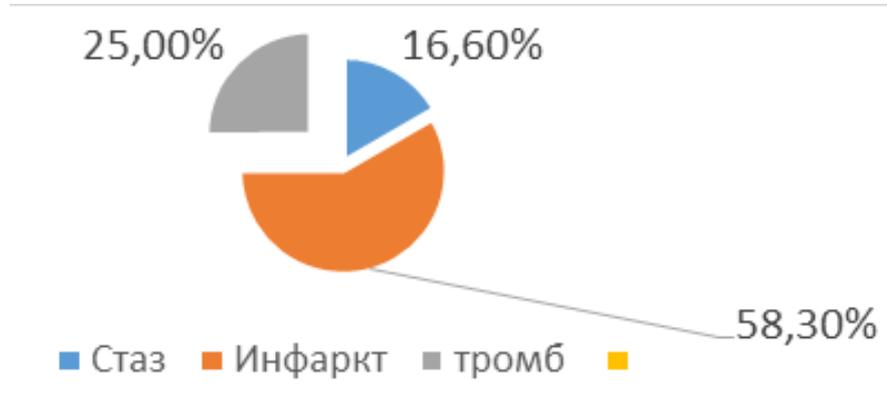


Рис. 2. Виды нарушений материнского и плодового кровотока у беременных женщин с ХАГ

Необходимо отметить, что в группе сравнения значительную долю ворсинчатого русла в плаценте занимали стволые (28,5%) и промежуточные ворсины (42,8%), из-за этого снижалась полезная площадь обмена между плодовым и материнским кровотоком, среди стволых ворсин отмечены (на срезе) склерозированные ворсины, тогда как в основной группе наблюдалось полнокровие среди ворсин. Также в сравнительной группе отмечено низкое содержание синцитиальных узелков, которое отрицательно влияет на сохранность белково-углеводного обмена.

Гистологический анализ плаценты основной группы почти не отличался от плацент пациенток с физиологическим течением беременности.

Необходимо отметить, что при исследовании 12 плацент родильниц с ХАГ хроническая плацентарная недостаточность диагностирована в 6 (50,0%) случаях

среди сравнительной группы, тогда как в основной группе она была выявлена в одном случае (8,3%). У пациенток с преждевременными родами отмечались инволютивно-дистрофические изменения в сочетании с нарушением созревания ворсин, уменьшением массы, базальным децидуитом и мембранитом.

Заключение

При хронической артериальной гипертензии у беременных нарушается развитие и нормальное функционирование плаценты, которые в последующем приводят к нарушению кровотока, дебютируют внутриутробная гипоксия и задержка развития плода. Одной из основных причин плацентарной недостаточности является хроническая гипертензия, которая приводит к нарушению гормональной функции плаценты.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Асилзода М.М., Камилова М.Я., Юсупова С.Н., Акобировна С.А. Влияние массы тела беременной на частоту развития плацентар-

ной недостаточности и синдрома задержки развития плода // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2019. – Т. IX, № 4(32). – С.355-360

2. Асилзода М.М., Камилова М.Я., Ақоби-рова С.А. Особенности гормональной функции плаценты у беременных с ожирением и дефицитом массы тела // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2020. - № 1. – С. 19-24.

2. Бабаева А.Х., Рзакулиева Л.М. Динамика плацентарных гормонов у беременных со среднетяжелой и тяжелой степенью преэклампсии // Актуальные проблемы медицины. - 2018. – Т. 18, Вып. 3 (63). - С. 25-27

3. Додхоева, М.Ф. Олимова Ф.З., Сабурова Х.Ш. Гипертензивные нарушения у беременных. Обзор литературы по данным ученых Таджикистана // Известия Академии Наук Республики Таджикистан. - 2018. - № 4. –С. 94-100.

4. Карпова А.Л., Карпов Н.Ю., Холин А.М. и др. Морфологические параметры плаценты и пуповины при доношенной беременности // Акушерство и гинекология. - 2015. - №9. - С. 38-46.

Сведения об авторах:

Набиева Тахмина Рауфовна – соискатель ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»; тел.: (+992) 928930412; e-mail: anush.alizoda@bk.ru

Пулодзода Фавзияхонум – научный сотрудник акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» к.м.н.; тел.: (+992) 987910161; e-mail: tniiiaqir@mail.ru

Ибодуллозода Махинбону – научный сотрудник акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»; тел.: (+992) 938181870; e-mail: tniiiaqir@mail.ru

Давлатова Дилрабо Абдукахаровна – врач акушер-гинеколог ГЦБ Вахдата; e-mail: tniiiaqir@mail.ru

УДК 618.314.322

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СПОНТАННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Сатториён М.А., Ишан-Ходжаева Ф.Р.

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

Цель исследования. Изучить влияние донаторов оксида азота на маточно-плацентарно-плодовый кровоток и риск преждевременных родов женщин сотягощенным репродуктивным анамнезом.

Материал и методы. Проспективно обследованы 39 беременных женщин с преждевременными родами в анамнезе, среди которых 24 получали профилактику преждевременных родов, 18 проведены без терапии.

Методы включали общепринятое клинико-лабораторное и акушерское обследование, иммуноферментный метод определения уровня трофобластического бета-гликопротеина (ТБГ) и РААР-А в сыворотке крови в сроке 12 недель беременности, доплерометрическое исследование в сроке 24 недели беременности.

Результаты. У женщин, получивших профилактическое лечение, статистически значимо снижались значения пульсационного индекса в маточных артериях и артерии пуповины, что указывает на снижение сосудистого сопротивления в указанных сосудах и более благоприятные условия для фето-плацентарного кровотока на фоне проведённой терапии. Значимых изменений гемодинамики в аорте плода и средне-мозговой артерии в результате профилактической терапии не наблюдалось, что указывает на отсутствие признаков декомпенсации у плода. Оценка силы связи между проведением профилактической терапии и исходами беременности показала, что нормированный коэффициент Пирсона составил 0,509, что отражает наличие умеренно-сильной ассоциации между фактором лечения и развитием преждевременных родов.

Заключение. Проведённый анализ убедительно демонстрирует эффективность профилактического лечения, которое ассоциируется со значительным снижением частоты преждевременных родов.

Ключевые слова: беременность, преждевременные роды, профилактика, доплерометрия, частота преждевременных родов

НАТИҶАҶОИ ПЕШГИРИИ ТАВАЛЛУДИ ПЕШ АЗ МҶҲЛАТ

Сатториён М.А., Ишан-Ходжаева Ф.Р.

Муассисаи давлатии «Институти илмии акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши таъсири донорҳои оксиди азот ба ҷараёни хуни бачадон-хамроҳак-тифл ва фоизи таваллуди пеш аз мӯҳлат дар занони дорои таърихи мураккаби репродуктивӣ.

Мавод ва усулҳо. Ҳамагӣ 39 занӣ ҳомила, ки таърихи таваллуди пеш аз мӯҳлат доранд, аз назаргузаронӣ карда шуданд, ки аз он 24 нафарашон барои таваллуди пеш аз мӯҳлат профилактика гирифта, 18 нафарашон бе таъбабат гузаронида шудаанд. Усулҳо аз муоинаи стандартии клиникӣ, лабораторӣ ва акушерӣ, инчунин таҳлили иммуноферменти муайян кардани сатҳи трофобластике бета-гликопротеин (ТБГ) ва РААР-А дар зардоби хун дар 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ, таъхиси ултрасадои доплер дар 24 ҳафтаи ҳомиладорӣ.

Натиҷаҳо. Дар заноне, ки муолиҷаи профилактикӣ гирифтаанд, қиматҳои шохиси пулсатсия дар рағҳои бачадон ва артерияи ноф ба таъри оморӣ ба таъри назаррас коҳиш ёфтанд, ки ин аз коҳиши муқовимати рағҳо дар ин рағҳо ва гайраҳо шаҳодат медиҳад. Хангоми таъбабат шароити мусоид барои гардиши хуни фетопласенталӣ мушоҳида карда шуд. Дар натиҷаи таъбабати профилактикӣ дар гемодинамикаи аортаи ҳомила ё артерияи миёнаи мағзи сар тағироти назаррас ба мушоҳида нарасид, ки аз мавҷуд набудани аломатҳои декомпенсацияи ҳомила шаҳодат медиҳанд. Арзёбии қувваи робити байни таъбабати профилактикӣ ва натиҷаҳои ҳомиладорӣ нишон дод, ки коэффисенти муқарраршудаи Пирсон 0,509 буд, ки робитаи мӯғтадил ва қавӣ байни омилҳои таъбабат ва рушди таваллуди пеш аз мӯҳлатро инъикос мекунад.

Хулоса. Таҳлил самаранокии табобати нешгирикунандаро ба таври эътимодбахш нишон медиҳад, ки бо коҳиши назарраси ҳодисаҳои таваллуди пеш аз мӯҳлат алоқаманд аст.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, таваллуди пеш аз мӯҳлат, нешгирӣ, УЗИ доплер, ҳодисаи таваллуди пеш аз мӯҳлат

RESULTS OF THE PREVENTION OF SPONTANEOUS PRETERM BIRTH

Sattorien M.A., Ishan-Khodzhaeva F.R.

State Establishment «Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

Aim. To study the effect of nitric oxide donors on uteroplacental-fetal blood flow and the risk of preterm birth in women with a complicated reproductive history.

Material and methods. A total of 39 pregnant women with a history of preterm birth were prospectively examined, of these, 24 received prophylaxis for preterm birth and 18 were performed without therapy. The methods included standard clinical, laboratory, and obstetric examinations, an enzyme-linked immunosorbent assay for determining the level of trophoblastic beta-glycoprotein (TBG), and serum PAAR-A at 12 weeks of pregnancy, and Doppler ultrasound at 24 weeks of pregnancy.

Results. Women who received prophylactic treatment showed statistically significant reductions in pulsatility index values in the uterine and umbilical arteries, indicating a decrease in vascular resistance in these vessels and more favorable conditions for fetoplacental blood flow during the therapy. Significant changes in hemodynamics in the fetal aorta and middle cerebral artery no changes were observed as a result of prophylactic therapy, indicating the absence of signs of decompensation in the fetus. An assessment of the strength of the association between prophylactic therapy and pregnancy outcomes showed that the normalized Pearson coefficient was 0.509, reflecting a moderate-to-strong association between the treatment factor and the development of preterm birth.

Conclusion. This analysis convincingly demonstrates the effectiveness of preventive treatment, which is associated with a significant reduction in the incidence of preterm birth.

Key words: pregnancy, preterm birth, prevention, Doppler ultrasound, incidence of preterm birth

Актуальность

Преждевременные роды представляют собой одну из наиболее значимых проблем современного акушерства. Их актуальность обусловлена не только высокой распространённостью, но и тяжёлыми медицинскими, социальными и экономическими последствиями, связанными с рождением недоношенных детей. По данным различных эпидемиологических исследований, общемировая частота преждевременных родов составляет в среднем 6–7%. Однако показатели значительно варьируют в зависимости от особенностей популяции, уровня социально-экономического развития, доступности качественной медицинской помощи и эффективности системы перинатального наблюдения. Широкий диапазон колебаний частоты преждевременных родов - от 4% до 12% - отражает

сложное взаимодействие биологических, социальных и организационных факторов. Спонтанные преждевременные роды продолжают формировать основную долю в общей структуре патологии, что подтверждает необходимость всестороннего изучения механизмов их развития, идентификации предикторов и разработки эффективных программ профилактики [1, 4, 8, 9].

Современные представления о патогенезе преждевременных родов сводятся к тому, что определенную роль в патогенезе спонтанных преждевременных родов играет плацентарная недостаточность, помимо иммунологических нарушений и гормонального дисбаланса. Другим фактором риска ПР является плацентарная недостаточность. В этом разрезе необходимо продолжать исследования, так как профилактика плацентарной

недостаточности является подходом, снижающим частоту ПР [2, 3, 6].

На сегодняшний день профилактические методы преждевременных родов женщин с короткой шейкой матки или с истмико-цервикальной недостаточностью включают добавление прогестерона, цервикальный серкляж и пессарии. Для подбора медикаментов, профилактирующих преждевременные роды, важно понимание патогенеза развития спонтанной родовой деятельности при недоношенном сроке беременности. Преждевременные роды можно назвать синдромом, который может быть вызван различными факторами, такими как инфекция, патология шейки матки, перерастяжение матки, дефицит прогестерона, сосудистые изменения (маточно-плацентарная ишемия, децидуальное кровотечение), стресс матери и плода, реакция аллотрансплантата, аллергические явления. Этиологические причины преждевременных родов приводят к воспалению децидуальной и плодовой оболочек, что вызывает сокращения матки, разрыв плодных оболочек и созревание шейки матки [5, 7, 10].

До настоящего времени не изучено влияние применения донаторов оксида азота на изменения параметров доплерометрии и частоту ПР женщин с факторами их риска.

Цель исследования

Изучить влияние донаторов оксида азота на маточно-плацентарно-плодовый кровоток и риск преждевременных родов женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом.

Материал и методы исследования

Перспективно обследованы 39 женщин с преждевременными родами в анамнезе, среди которых 21 получила профилактическое лечение (основная группа) и 18 беременность проведена без профилактики ПР (группа сравнения). Критериями включения женщин в группы явились: беременность, отягощенный анамнез – преждевременные роды в ана-

мнезе, сниженные уровни ТБГ и РААР-А в сроке 12 недель беременности, в основной группе – добровольное согласие на лечение, в группе сравнения – отказ от терапии.

Методы исследования включали общеклиническое, акушерское исследование, иммуноферментный метод определения уровней ТБГ и РААР-А в сыворотке крови в сроке 12 недель беременности, доплерометрию маточных сосудов, артерии пуповины и средне-мозговой артерии в сроке 24 недели беременности.

Результаты и их обсуждение

Для оценки влияния терапии донатором оксида азота в сочетании с альфа-токоферролом проведен сравнительный анализ данных доплерометрии в сроке 24 недели беременности женщин с проведенной профилактической терапией и без терапии.

Проведенный сравнительный анализ средних показателей доплерометрии в маточных артериях у женщин с факторами риска преждевременных родов показал определённые различия между группами в зависимости от проводимой терапии. В основной группе среднее значение систоло-диастолического отношения (СДО) составило $1,99 \pm 0,05$, что было ниже, по сравнению с группой сравнения ($2,3 \pm 0,21$). Однако полученное различие оказалось статистически недостоверным ($t=1,4$; $p>0,05$). Показатель индекса резистентности (ИР) также был ниже у женщин, получавших профилактическую терапию ($0,43 \pm 0,04$ против $0,51 \pm 0,09$ в группе сравнения), однако различия не достигли уровня статистической значимости ($t=0,8$; $p>0,05$). Вместе с тем, значение пульсационного индекса (ПИ) оказалось существенно ниже в основной группе ($1,01 \pm 0,17$), чем в группе сравнения ($1,53 \pm 0,11$). Различия носило достоверный характер ($t=2,5$; $p<0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии профилактической терапии на снижение сосудистого сопротивления в маточных артериях (табл. 1).

Таблица 1

Средние показатели доплерометрии в маточных артериях в зависимости от проведенной терапии

Показатель	Основная группа (n=21)	Группа сравнения (n=18)	T	P
СДО	1,99±0,05	2,3±0,21	1,4	>0,05
ИР	0,43±0,04	0,51±0,09	0,8	>0,05
ПИ	1,01±0,17	1,53±0,11	2,5	<0,05

Таким образом, у женщин основной группы наблюдалась тенденция к более благоприятным доплерометрическим показателям (снижению СДО и ИР), а достоверное уменьшение ПИ отражает улучшение маточно-плацентарного кровотока на фоне проведенной профилактической терапии. Выявленные изменения доплерометрических показателей позволяют сделать вывод о различной степени компенсации маточно-плацентарного кровообращения у женщин с факторами риска преждевременных родов. Снижение СДО и ИР в основной группе, хотя и недостоверное статистически, отражает тенденцию к уменьшению сопротивления в маточных артериях. Это может свидетельствовать о более благоприятных условиях для адекватного перфузионного обеспечения плаценты и, следовательно, плода. Особое значение имеет достоверное уменьшение пульсационного индекса (ПИ) у женщин, получавших профилактическую терапию. Известно, что высокий ПИ ассоциирован с нарушением трофобластической инвазии, развитием плацентарной недостаточности и повышением риска спонтанных преждевременных родов. В данном исследовании снижение ПИ у пациенток основной группы указывает на нормализацию гемодинамики в маточно-плацентарном звене, что можно рассматривать как один из механизмов профилактического действия терапии. Таким образом, применение профилактических мероприятий у женщин с факторами риска преждевременных родов способствует улучшению пока-

зателей маточного кровотока, снижает вероятность формирования плацентарной недостаточности и в конечном итоге уменьшает риск преждевременного родоразрешения.

Полученные данные имеют важное клиническое значение. Допплерометрия в маточных артериях, как неинвазивный и высокоинформативный метод, может служить объективным критерием эффективности проводимой профилактической терапии у женщин с факторами риска преждевременных родов. Достоверное снижение пульсационного индекса у пациенток основной группы позволяет рассматривать данный показатель в качестве чувствительного маркера благоприятных гемодинамических изменений. Регулярная оценка параметров маточного кровотока может быть использована для динамического контроля за состоянием маточно-плацентарного комплекса, своевременной коррекции терапии и профилактики формирования плацентарной недостаточности.

Таким образом, интеграция доплерометрического мониторинга в комплекс ведения беременных группы риска способствует повышению эффективности профилактических мероприятий и снижению вероятности неблагоприятных исходов беременности.

Сравнительный анализ доплерометрических показателей в артерии пуповины у женщин с факторами риска преждевременных родов выявил преимущественно сходные значения в обеих группах, однако один из показателей продемонстрировал статистически зна-

чимое различие. Среднее значение систо-лодиастолического отношения (СДО) составило $3,4 \pm 0,15$ в основной группе и $3,7 \pm 0,09$ - в группе сравнения. Несмотря на тенденцию к снижению СДО у женщин, получавших профилактическую терапию, различие не было статистически достоверным ($t=1,7$; $p>0,05$). Индекс резистентности (ИР) также не имел значимых различий между группами - $0,68 \pm 0,07$ и $0,71 \pm 0,05$ соответственно ($t=0,3$; $p>0,05$). В

то же время значения пульсационного индекса (ПИ) оказались достоверно ниже в основной группе ($1,02 \pm 0,06$), по сравнению с группой сравнения ($1,16 \pm 0,01$), различие достигло статистической значимости ($t=2,3$; $p<0,05$). Это указывает на снижение сосудистого сопротивления в пуповинных артериях и более благоприятные условия для фетоплацентарного кровотока на фоне проведенной терапии (табл. 2).

Таблица 2

Средние показатели доплерометрии в артерии пуповины в зависимости от проведенной терапии

Показатель	Основная группа	Группа сравнения	t	p
СДО	$3,4 \pm 0,15$	$3,7 \pm 0,09$	1,7	$>0,05$
ИР	$0,68 \pm 0,07$	$0,71 \pm 0,05$	0,3	$>0,05$
ПИ	$1,02 \pm 0,06$	$1,16 \pm 0,01$	2,3	$<0,05$

Таким образом, профилактическая терапия у женщин группы риска способствовала нормализации гемодинамики в системе «мать–плацента–плод», что проявилось достоверным снижением ПИ в артерии пуповины. Данный факт отражает улучшение условий перфузии плаценты и может рассматриваться как профилактический механизм снижения риска гипоксии плода.

Достоверное снижение пульсационного индекса (ПИ) в артерии пуповины у женщин основной группы имеет важное клиническое значение. Известно, что именно ПИ считается наиболее чувствительным показателем состояния фетоплацентарного кровотока, так как отражает сопротивление сосудов плаценты и динамику адаптационных процессов на уровне ворсинчатого хориона. Повышение ПИ ассоциировано с ухудшением трофобластической инвазии, повышением сосудистого сопротивления и развитием плацентарной недостаточности, что повышает риск гипоксии плода и преждевременных родов. В данном исследовании достоверное снижение ПИ у женщин, получавших профилактическую терапию, указывает

на улучшение функционального состояния плаценты и оптимизацию условий для газообмена и трофики плода. Отсутствие достоверных различий по СДО и ИР можно рассматривать как подтверждение того, что именно ПИ реагирует в первую очередь на терапевтическое воздействие и способен служить ранним индикатором эффективности профилактических мероприятий.

Регулярная оценка ПИ в артерии пуповины может использоваться как объективный критерий для динамического контроля эффективности профилактической терапии у женщин группы риска. Снижение данного показателя на фоне лечения отражает положительные изменения в системе «мать–плацента–плод» и может рассматриваться как прогностически благоприятный признак, позволяющий своевременно предотвращать развитие плацентарной недостаточности и ассоциированных осложнений.

При сравнении средних показателей доплерометрии в аорте плода у женщин основной группы и группы сравнения статистически значимых различий выявлено не было. Значение систоло-диасто-

лического отношения (СДО) составило $6,4 \pm 1,22$ в основной группе против $7,1 \pm 1,04$ в группе сравнения ($t=0,4$; $p>0,05$). Несмотря на некоторое снижение показателя в основной группе, различие оказалось статистически недостоверным. Аналогичная тенденция наблюдалась при анализе

индекса резистентности (ИР): $0,72 \pm 0,03$ в основной группе и $0,82 \pm 0,06$ в группе сравнения ($t=1,4$; $p>0,05$). Значения пульсационного индекса (ПИ) также не имели достоверных межгрупповых различий ($1,53 \pm 0,31$ и $1,94 \pm 0,42$ соответственно; $t=0,7$; $p>0,05$) (табл. 3).

Таблица 3

Средние показатели доплерометрии в аорте плода в зависимости от проведенной терапии

Показатель	Основная группа	Группа сравнения	t	p
СДО	$6,4 \pm 1,22$	$7,1 \pm 1,04$	0,4	$>0,05$
ИР	$0,72 \pm 0,03$	$0,82 \pm 0,06$	1,4	$>0,05$
ПИ	$1,53 \pm 0,31$	$1,94 \pm 0,42$	0,7	$>0,05$

Таким образом, профилактическая терапия, направленная на снижение риска преждевременных родов, не сопровождалась значимыми изменениями гемодинамики в аорте плода на сроке исследования. Полученные результаты могут свидетельствовать о сохранности центральной гемодинамики плода и достаточности компенсаторных механизмов, обеспечивающих стабильный уровень кровотока в аорте. Известно, что изменения показателей доплерометрии в аорте плода возникают преимущественно на поздних стадиях прогрессирующей плацентарной недостаточности и отражают системные гемодинамические адаптации плода (в том числе развитие феномена «централизации кровообращения»). Отсутствие различий между группами указывает на то, что на исследуемом сроке беременности патологические изменения фетальной гемодинамики не сформировались. Оценка кровотока в аорте плода может рассматриваться как дополнительный маркер тяжести плацентарной недостаточности. В условиях сохранности показателей данный метод позволяет подтвердить отсутствие выраженной угрозы фетальной гипоксии, а при динамическом наблюдении — своевременно выявлять переход компенсаторных реакций в стадию декомпенсации.

Анализ частоты преждевременных родов (ПР) в исследуемых группах показал, что у женщин, не получавших профилактическое лечение, частота ПР составила 44,4% (8 случаев из 18), тогда как в группе пациенток, прошедших терапию, данный показатель был значительно ниже - 9,5% (2 случая из 21). Различия между группами оказались статистически значимыми: χ^2 с поправкой Йейтса = 4,503, $p = 0,034$, что указывает на достоверное снижение риска преждевременных родов при проведении профилактического лечения.

Для оценки силы связи между проведением профилактической терапии и исходами беременности были рассчитаны дополнительные статистические показатели при сравнении исходов у женщин, получивших профилактическое лечение ($n=21$) и не получавших лечения ($n=18$). Профилактическая терапия у женщин группы риска статистически значимо ($t=7,6$; $p<0,05$ и $\chi^2=4,139$) увеличивала среднюю длину шейки матки ($34,6 \pm 0,9$ мм), снижала частоту эпизодов гипертонуса миометрия (19%), по сравнению с женщинами без профилактической терапии ($27,3 \pm 0,8$ мм и 55,6%), что указывает на выраженный профилактический эффект терапии в отношении формирования анатомических предпосылок

к преждевременным родам. Нормированный коэффициент Пирсона факта преждевременных родов составил 0,509, а коэффициент сопряженности – 0,360, что отражает наличие умеренно-сильной ассоциации между фактором лечения и развитием преждевременных родов.

Относительный риск преждевременных родов у нелеченных женщин превышал риск у получавших профилактику в 3,5 раза (95% ДИ: 1,114–10,999). Дополнительно рассчитанное отношение шансов составило 6,0, что также подтверждает выраженное увеличение вероятности ПР в группе без терапии.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у женщин, не получавших профилактическую терапию, в подавляющем большинстве случаев (75%) спонтанные преждевременные роды ассоциировались с нарушениями маточно-плацентарной гемодинамики. При этом у 4 пациенток нарушения выявлялись только в маточных артериях, а у 2 - сочетались с патологией кровотока в артериях пуповины, что указывает на более выраженные и системные расстройства фетоплацентарного кровообращения. Данный факт подтверждает важную роль нарушения перфузии плаценты и компенсаторных реакций плода в развитии преждевременных родов.

Уровень PAPP-A является показателем возможности преждевременных родов, так как отражает состояние трофобластической функции и плацентарного ремоделирования. Его снижение свидетельствует о недостаточной инвазии трофобласта и нарушении регуляции роста плода, что повышает вероятность плацентарной недостаточности и, как следствие, преждевременного завершения беременности. ТБГ вырабатывается синцитио- и цитотрофобластом начиная с ранних сроков беременности. Является специфическим белком беременности, отражающим функциональную активность и зрелость плаценты. Выполняет важные функции: участвует в иммунной толерантности матери к плоду,

снижая материнский иммунный ответ; регулирует процессы инвазии трофобласта и формирование плацентарного барьера; является индикатором степени трофобластической дифференцировки и васкуляризации плаценты. Низкий уровень ТБГ указывает на недостаточную активность трофобласта и нарушение его эндокринной/иммунной функции, что сопровождается снижением синтеза плацентарных гормонов (прогестерона, хорионического гонадотропина), нарушением процессов иммунной адаптации, риском хронической плацентарной недостаточности. Механизмы развития спонтанных преждевременных родов при низком ТБГ связан с иммунным фактором – снижение иммунной толерантности матери, усиливается локальное воспаление в децидуальной ткани, активация цитокинов (IL-6, TNF- α) стимулирует синтез простагландинов, что запускает родовую деятельность. Развитие плацентарной недостаточности вызывает гипоксию плода и организм реагирует «ускорением родов» как защитным механизмом. Низкий уровень ТБГ ассоциирован с дефицитом прогестероновой поддержки, миометрий становится более чувствительным к окситоцину и простагландинам, повышается риск спонтанных сокращений и преждевременной родовой активности. Низкий уровень трофобластического β -гликопротеина является маркером спонтанных преждевременных родов, так как отражает дефицит трофобластической активности, нарушение иммунной толерантности и плацентарной функции. Эти изменения создают условия для активации воспалительных и гормональных каскадов, приводящих к преждевременному запуску родовой деятельности.

Патофизиологическая основа выявленных изменений заключается в том, что повышенное сосудистое сопротивление в маточных артериях ограничивает приток крови к плаценте, вызывая хроническую ишемию и гипоксию. Это сопровождается дисбалансом медиа-

торов сосудистого тонуса, активацией эндотелиальной дисфункции и избыточной продукцией простагландинов и цитокинов, которые способствуют формированию «родового доминанта» и повышают сократительную активность миометрия. Поэтому лечение донаторами оксида азота, недостаток которых

играет ключевую роль в развитие гемодинамических нарушений системы «мать-плацента-плод», является одновременно профилактикой преждевременных родов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ремнёва О.В., Колядо О.В., Ховалыг Н.М. Факторы риска ранних преждевременных родов и их динамика у женщин славянской популяции // *МиД*. – 2020. – № 3 (82). – с.34-39.

2. Свирава А.М. Плацентарная недостаточность: влияние на развитие плода и отдаленные последствия // *Научный сетевой журнал «Столыпинский вестник»*. – 2022. – № 5. – 2751

3. Adamo K.B., Goudreau A.D., Corson A.E. et al. Physically active pregnancies: Insights from the placenta // *Physiol Rep*. – 2024. – Vol. 12 (11). – e16104.

4. Crump C. Preterm birth and mortality in adulthood: a systematic review // *J Perinatol*. – 2020. – Vol. 40 (6). – P. 833-843.

5. D'Antonio F., Eltaweel N., Prasad Set al. Cervical cerclage for prevention of preterm birth and adverse perinatal outcome in twin pregnancies with short cervical length or cervical dilatation: A systematic review and meta-analysis // *PLoS Med*. – 2023. – Vol. 20 (8). – P. e1004266.

6. Di Renzo G.C., Tosto V., Giardina I. The biological basis and prevention of preterm birth. // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. – 2018. – Vol. 52. – P. 13-22

7. McDougall A.R.A., Hastie R., Goldstein M. New medicines for spontaneous preterm birth prevention and preterm labour management:

landscape analysis of the medicine development pipeline // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2023. – Vol. 23 (1). – P. 525.

8. Ohuma E.O., Moller A-B., Bradley E. et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. // *Lancet*. – 2023. – Vol. 402. – P. 1261-1271.

9. Walani S.R. Global Burden of Preterm Birth. // *Int. J. Gynecol. Obstet*. – 2020. – Vol. 150. – P. 31-33.

10. Zheng L., Dong J., Dai Y. et al. Cervical pessaries for the prevention of preterm birth: a systematic review and meta-analysis // *J Matern Fetal Neonatal Med*. – 2019. – Vol. 32 (10). – P. 1654-1663

Сведения об авторах:

Сатториен Манзура Амонджонзода – соискатель акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», врач акушер-гинеколог Согдийского областного родильного дома; e-mail: rasulovamanzura164@gmail.com

Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна – старший научный сотрудник акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», к.м.н.; тел.: (+992) 985160006; e-mail: kachyona@mail.ru

УДК 616.94-053.1

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Хотамова М.Н., Гафорова Ф.А.

Кафедра детских болезней № 1 им. профессора Аминова Х.Дж. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Определить основные перинатальные факторы риска развития раннего неонатального сепсиса у новорождённых различного гестационного возраста.

Материал и методы. В анализ включены данные 126 новорождённых, из которых 86 составили основную и 40 - контрольную группы. Основная группа была разделена на две подгруппы: 1-я подгруппа – 48 недоношенных детей (гестационный возраст 28 - 36 нед.), 2-я подгруппа – 38 доношенных новорождённых (гестационный возраст 37 - 40 нед.).

Результаты. Развитие раннего неонатального сепсиса у новорождённых, особенно недоношенных, тесно связано с осложнённым течением беременности и родов. У матерей недоношенных детей с РНС значительно чаще наблюдались угроза прерывания, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, воспалительные заболевания мочеполовой системы, преждевременный разрыв плодных оболочек и лихорадка в родах. Частота оперативных родов была также выше. Для доношенных детей с сепсисом ключевыми факторами риска стали воспалительные процессы у матери, гипоксия плода и неблагоприятный акушерский анамнез. Существенная распространённость TORCH-инфекций подтверждает роль внутриутробного инфицирования.

Заключение. Полученные данные подчёркивают необходимость раннего выявления и коррекции перинатальных факторов риска для снижения частоты септических осложнений и улучшения исходов у новорождённых.

Ключевые слова: недоношенный, сепсис, факторы риска, инфекция

ТАЪСИРИ ОМИЛҶОИ ПЕРИНАТАЛӢ БА ИНКИШОФИ СЕПСИСИ НЕОНАТАЛИИ БАРВАҚТ ДАР НАВЗДОНИ СИННУ СОЛИ ГУНОГУНИ ГЕСТАЦИОНӢ

Ҳотамова М.Н., Гафорова Ф.А.

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 ба номи профессор Аминов Х.Д. Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани омилҳои асосии хавфи перинаталӣ барои рушди сепсиси барвақти навзод дар навзодони синну соли ҳомиладорони гуногун буда.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар асоси шӯъбаи патологияи навзодони МД «Истиклол» шаҳри Душанбе гузаронида шуд. Таҳлил маълумоти 126 навзодро дар бар гирифт, ки 86 нафари онҳо гурӯҳи омӯзишӣ ва 40 нафари онҳо гурӯҳи назоратӣ буданд. Гурӯҳи тадқиқотӣ ба ду зергурӯҳ тақсим карда шуд: Зергурӯҳи 1 аз 48 навзоди норасид (синни ҳомиладорӣ 28-36 ҳафта) ва зергурӯҳи 2 аз 38 навзоди расида (синни ҳомиладорӣ 37-40 ҳафта) иборат буд.

Натиҷаҳо. Тадқиқот нишон дод, ки рушди сепсиси неонаталии барвақт дар навзодон, махсусан кӯдакони норасид, бо ҷараёни мураккаби ҳомиладорӣ ва таваллуд алоқаманд буд. Дар модарони кӯдакони норасид бо сепсиси неонаталии барвақт бештар бо хатарӣ қатъӣ ҳомиладорӣ, преэклампсия, нокифоягии фетоплацентарӣ, бемориҳои илтиҳобии гурда ва роҳҳои пешобгузар, пеш аз муҳлат даридани бармаҳали пардаи ҷанин ва таби баланд дар раванди таваллуд мушоҳида мешуд. Басомади таваллудҳои ҷарроҳӣ низ баландтар буд. Барои навзодони расида бо уфунат, омилҳои асосии хатар: бемориҳои илтиҳобии модар, гипоксияи ҷанин ва анамнези аворизноки акушерии вазнин ба ҳисоб мерафтанд. Паҳншавии назарраси сироятҳои TORCH нақши сирояти дохилибатниро тасдиқ мекунад.

Хулоса. Ин маълумот зарурати муайянсозӣ ва ислоҳи барвақтии омилҳои хавфи перинаталиро барои кам кардани басомади сирояти септикӣ ва беҳтар намудани натиҷаҳои давраи неонаталии барвақт таъкид мекунад.

Калимаҳои асосӣ: норасид, уфунат, омилҳои хатар, сироят

THE INFLUENCE OF PERINATAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF EARLY NEONATAL SEPSIS IN NEWBORN CHILDREN OF DIFFERENT GESTATIONAL AGES

Hotamova M.N., Gaforova F.A.

Department of Pediatric Diseases № 1, Professor Aminov K.D. of the State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University

Aim. To identify the main perinatal risk factors for the development of early neonatal sepsis in newborns of different gestational ages.

Material and methods. The study was conducted at the neonatal pathology department of the GUMK "Istiklol" in Dushanbe. The analysis included data from 126 newborns, 86 of whom formed the main group (children with early neonatal sepsis) and 40 the control group (practically healthy newborns). The main group was divided into two subgroups: subgroup 1 – 48 preterm children (gestational age 28-36 weeks), subgroup 2 – 38 term newborns (gestational age 37-40 weeks).

Results. The study showed that the development of early neonatal sepsis in newborns, especially in preterm infants, is associated with complications during pregnancy and childbirth. Mothers of preterm infants with early neonatal sepsis more frequently experienced threatened miscarriage, preeclampsia, fetoplacental insufficiency, inflammatory diseases of the genitourinary system, premature rupture of membranes, and fever during labor. The rate of operative deliveries was also higher. For full-term newborns with sepsis, the main risk factors included maternal inflammatory diseases, fetal hypoxia, and an unfavorable obstetric history. The significant prevalence of TORCH infections confirms the role of intrauterine infection.

Conclusion. These findings emphasize the need for early identification and correction of perinatal risk factors to reduce the incidence of septic infections and improve outcomes in the early neonatal period.

Key words: preterm, sepsis, risk factors, infection

Актуальность

Ранний неонатальный сепсис (РНС) остаётся одной из ключевых проблем современной неонатологии, занимая ведущие позиции среди причин неонатальной заболеваемости и смертности. Особенно уязвимыми к развитию септических состояний являются недоношенные дети и новорождённые с низкой и экстремально низкой массой тела, у которых незрелость иммунной системы сочетается с нестабильностью жизненно важных функций [1, 2]. Наиболее значимые перинатальные факторы риска - инфекционно-воспалительные заболевания матери, осложнённое течение беременности, преждевременный разрыв плодных оболочек, родовая травма, гипоксия и необходимость инвазивных вмешательств после рождения - оказы-

вают непосредственное влияние как на внутриутробное состояние плода, так и на способность новорождённого противостоять патогенным микроорганизмам в первые часы и дни жизни [3, 5].

Рост частоты преждевременных родов, повышение выживаемости глубоко-кондоношенных детей, а также изменения микробного пейзажа родовспомогательных стационаров приводят к трансформации эпидемиологии РНС и требуют постоянного пересмотра подходов к его профилактике, ранней диагностике и терапии. В этих условиях изучение комплекса перинатальных факторов риска, их роли в формировании предрасположенности к сепсису, а также особенностей их проявления в конкретных регионах приобретает особую значимость [5, 8]. Региональные

различия в структуре акушерской патологии, уровне доступности медицинской помощи, качестве антенатального наблюдения и спектре циркулирующих возбудителей определяют необходимость проведения локальных исследований, результаты которых могут стать основой для разработки эффективных профилактических стратегий и совершенствования клинических протоколов [4, 7].

Таким образом, комплексный анализ перинатальных факторов риска раннего неонатального сепсиса имеет высокую практическую ценность, поскольку способствует повышению качества медицинской помощи новорождённым, снижению частоты тяжёлых инфекционных осложнений и улучшению неонатальных исходов.

Цель исследования

Определить основные перинатальные факторы риска развития раннего неонатального сепсиса у новорождённых различного гестационного возраста.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе отделения патологии новорождённых ГУМК «Истиклол» г. Душанбе. В анализ включены данные 126 новорождённых, из которых 86 составили основную группу (дети с ранним неонатальным сепсисом) и 40 - контрольную группу (практически здоровые новорождённые).

Основная группа была разделена на две подгруппы:

- 1-я подгруппа – 48 недоношенных детей (гестационный возраст 28-36 нед.);
- 2-я подгруппа – 38 доношенных новорождённых (гестационный возраст 37-40 нед.).

Проводился ретроспективный анализ акушерского анамнеза, особенностей течения беременности, родов, а также раннего неонатального периода.

Использованы методы описательной статистики и сравнительного анализа с определением достоверности различий ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение

У матерей, родивших недоношенных детей с ранним неонатальным сепсисом, осложнённое течение беременности отмечалось в 74,5% случаев, что в 2,1 раза превышало аналогичный показатель в контрольной группе (35,4%). Угроза прерывания беременности регистрировалась в 41,6% наблюдений, преэклампсия – в 28,7%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – в 46,8% случаев. У доношенных новорождённых с сепсисом осложнения беременности наблюдались у 52,6% матерей, а у здоровых детей – лишь у 24,7%.

Перенесённые матерями воспалительные заболевания мочеполовой системы встречались в 37,2% случаев при недоношенной беременности и в 21,1% - при доношенной. Мутные околоплодные воды и преждевременный разрыв плодных оболочек выявлялись соответственно в 33,3% и 29,1% случаев среди матерей недоношенных новорождённых. Частота оперативных родов (кесарево сечение) была значительно выше в основной группе (48,8%), чем в контрольной (25,0%; $p < 0,05$).

Умершие дети в анамнезе матерей, родивших недоношенных с РНС, отмечались в 23,4% случаев, что почти в 2,5 раза превышает показатель в контрольной группе (9,8%). TORCH-инфекции у матерей с РНС диагностированы в 15,7%, против 6,5% в контрольной группе. Фебрильная лихорадка в родах встречалась у 19,3% матерей основной группы и только у 5,0% контрольных.

Полученные данные свидетельствуют, что ведущими факторами риска развития раннего неонатального сепсиса у недоношенных новорождённых являются патологическое течение беременности (угроза прерывания, гестоз, инфекционно-воспалительные заболевания), преждевременный разрыв плодных оболочек, а также осложнения родов (лихорадка, кесарево сечение). Среди доношенных детей значимыми остаются воспалитель-

ные заболевания матери, гипоксия плода и отягощённый акушерский анамнез. Высокая частота TORCH-инфекций подтверждает роль внутриутробного инфицирования в формировании септических состояний.

Заключение

Таким образом, проведённый анализ показал, что на развитие раннего неонатального сепсиса у новорождённых существенное влияние оказывают акушерско-гинекологические осложнения беременности, инфекционные факторы

и особенности родов. Установленные закономерности подтверждают необходимость раннего выявления и коррекции перинатальных факторов риска, особенно у женщин с отягощённым анамнезом и угрозой преждевременных родов. Повышенное внимание к данной категории беременных позволит снизить частоту септических осложнений и улучшить исходы раннего неонатального периода.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Смолкина Э.О., Лекманов А.У. Особенности неонатального сепсиса и септического шока: на пути к внедрению фенотипирования в клиническую практику. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2025. – Т. 15 (1). – С. 51–70.

2. Иванов Д.О., Александрович Ю.С., Павловская Е.Ю., Пшениснов К.В., Тихова Г.П., Земляной Д.А. Диагностика инфекций раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных. // Анестезиология и реаниматология. – 2024. - № 4. – С. 6–13.

3. Ранний неонатальный сепсис в эпоху COVID-19. – RUSMED, 2023.

4. Значимость новых маркеров для диагностики неонатального сепсиса. // Анестезиология и реаниматология. – 2021. - № 2.

5. Chen X. et al. Risk factors for death caused by early-onset sepsis in neonates. // BMC Infectious Diseases. - 2023.

6. Kariniotaki C. et al. Neonatal Sepsis: A Comprehensive Review. // Antibiotics. – 2024. – Vol. 14 (1). – P. 6.

7. Miranda S. et al. Risk factors for mortality due to neonatal sepsis. // F1000Research. - 2024.

8. Moftian N. et al. Clinical Risk Factors for Early-Onset Sepsis in Neonates. // Journal of Perinatal Medicine. - 2023.

Сведения об авторах:

Хотамова Матлюба Намозовна - доцент кафедры детских болезней № 1 им. профессора Аминова Х.Д. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», к.м.н.; тел: (+992) 987000085; e-mail: mhotamova71@mail.ru

Гафорова Фируза Абдулхаковна – врач акушер-гинеколог СЦЗ Сангтуда; тел.: (+992) 555554156

УДК 618.3-06

СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН

Цыбоева Г.И., Акмирзоева Н.Х.,
Исмоилова Т.Х., Джураева Т.А.

Центральная районная больница г. Турсунзаде

Цель исследования. Изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальных исходов у юных женщин.

Материал и методы. Проведен углубленный анализ 80 историй родов особенностей течения беременности родов и послеродового периода у юных женщин. Возраст обследованных варьировал от 15 до 17 лет 11 месяцев. При этом одна пациентка (1,3%) была в возрасте 15 лет, трое (4%) - 16 лет, 76 (95%) - в возрасте 17 лет 11 месяцев. Контрольную группу составили 70 первобеременных рожениц в возрасте 20-25 лет. В основу анализа материалов был положен принцип изучения и обобщения факторов перинатального риска в соответствии с существующей современной классификацией, включающей социально-биологические факторы, акушерско-гинекологический анамнез, наличие экстрагенитальной патологии матери, осложнения беременности и родов, оценку состояния плода. У всех пациенток проводился необходимый комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования беременных, предусмотренных в условиях женской консультации и акушерского стационара.

Результаты. Беременность протекала на фоне экстрагенитальных патологий, таких как анемии (66%), заболевания мочевыводящей (41%), сердечно-сосудистой (вегетососудистая дистония, пролапс митрального клапана, врожденные и приобретенные пороки сердца (20%), дыхательной (13%) систем. Беременность у юных женщин осложнилась ранним токсикозом (52,3%), угрожающим самопроизвольным выкидышем (36,3%), угрожающими преждевременными родами (56%), преэклампсией умеренной и тяжелой (52,5%) степеней, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (6,3%), дистрессом плода (18%), фетоплацентарной недостаточностью (16,3%). Роды в 68,6% случаев протекали с осложнениями. Наиболее часто отмечались травмы мягких тканей родового канала (54%), несвоевременное излитие околоплодных вод (28%), слабость родовой деятельности (16,5%), гипотонические кровотечения (11,3%). Перинатальная патология и нарушения течения адаптационного синдрома в раннем неонатальном периоде имели место у 58,8% новорожденных и были обусловлены задержкой внутриутробного роста плода, внутриутробной гипоксией, поражением центральной нервной системы.

Заключение. Ювенильная беременность, протекающая в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, создает высокий риск как для матери, так и для плода.

Ключевые слова: ювенильная беременность, осложнения родов, социальный и медицинский аспект

ҶАНБАҶОИ ИҶТИМОЙ ВА ТИББИИ ҲОМИЛАДОРӢ, ТАВАЛЛУД, ДАВРАИ БАӢДИ ТАВАЛЛУД ВА НАТИҶАҶОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ЗАНОНИ НАВРАС

Цыбоева Г.И., Акмирзоева Н.Х.,
Исмоилова Т.Х., Джураева Т.А.

Беморхонаи марказии ноҳияи Турсунзода

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои ҳомиладорӣ, таваллуд, давраи баъди таваллуд ва натиҷаҳои перинаталӣ дар занони ҷавон.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили амиқи хусусиятҳои ҳомиладорӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар занони ҷавон гузаронида шуд. Ҳашиод сабти таваллуд байни январи соли 2024 ва октябри соли 2025 таҳлил карда шуд. Синну соли занони ҳомила, ки тафтиш карда шуданд, аз 15 то 17 солу 11 моҳ буд. Як бемор (1.3%) 15 сола, се (4%) 16 сола ва 76 (95%) 17 солу 11 моҳа буданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 70 модари бори аввал аз 20 то 25 сола иборат буд. Таҳлили маводҳо ба принципи омӯзиш ва ҷамъбасти омилҳои ҳавфи перинаталӣ мувофиқи таснифоти муносири мавҷуда, ки омилҳои иҷтимоӣ-биологӣ, таърихи акушерӣ ва гинекологӣ, мавҷудияти патологияи экстрагениталӣ дар модар, мушкилоти ҳомиладорӣ ва таваллуд ва арзёбии ҷанин асос ёфтааст. Ҳамаи беморон доираи зарурии муоинаҳои клиникӣ, лабораторӣ ва асбобии занони ҳомиларо, ки дар клиникаи пеш аз таваллуд ва беморхонаи таваллуд пешбинӣ шудаанд, гузарониданд. Коркарди омории маълумоти гирифташуда бо истифода аз басти нармфзори Microsoft Excel 2007 анҷом дода шуд.

Натиҷаҳо. Муайян карда шуд, ки ҳомиладорӣ бо патологияҳои экстрагени-талӣ, аз қабили бемориҳои роҳи нафас (13%), камхунӣ (66%), бемориҳои роҳҳои пешоб (41%), бемориҳои дилу рағҳо (дистонияи вегетативӣ-рағӣ, пролапси клапани митралӣ, нуқсонҳои модарзодӣ ва бадастомада (20%) ҳамроҳ мешавад. Ҳомиладорӣ дар занони ҷавон бо токсикози барвақтӣ (52,3%), хатарии исқоти ҳамли худсарона (36,3%), таҳдиди таваллуди бармаҳал (56%), прееклампсияи миёна ва шадид (52,5%), ҷудошавии бармаҳали пласентаи муқаррарӣ (6,3%), дистресс ҳомила (18%) ва норасоии фетопласенталӣ (16,3%) мураккаб буд. Таваллуд дар 68,6% ҳолатҳо мураккаб буд. Мушкилоти маъмултарин заъфи таваллуд (16,5%), кандашавии бармаҳали пардаҳо (28%), осеби бофтаҳои нарм ба канали таваллуд (54%) ва хунравии гипотоникӣ (11,3%) буданд. Патологияи перинаталӣ ва ихтилоли синдроми мутобиқшавӣ дар давраи аввали навзодон дар 58,8% навзодон рух дода, аз сабаби сустшавии афзоиши дохилибачадон, гипоксияи дохилибачадон ва осеби системаи марказии асаб ба вучуд омадаанд.

Хулоса. Ҳомиладорӣ ноболигон, ки дар шароити нопухтагии функционалӣ ва механизмҳои нокифояи мутобиқшавӣ ба амал меояд, хатарии баландеро барои модар ва ҷанин ба вучуд меорад.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ ноболигон, мушкилоти таваллуд, ҷанбаҳои иҷтимоӣ ва тиббӣ

SOCIAL AND MEDICAL ASPECTS OF PREGNANCY, CHILDBIRTH, THE POSTPARTUM PERIOD, AND PERINATAL OUTCOMES IN ADOLESCENT WOMEN

Tsyboeva G.I., Akmirzoeva N.Kh.,
Ismoilova T.Kh., Dzhuraeva T.A.

Tursunzade Central District Hospital

Aim. To study the characteristics of pregnancy, childbirth, the postpartum period, and perinatal outcomes in young women.

Material and Methods. An in-depth analysis of the characteristics of pregnancy, childbirth, and the postpartum period in young women was conducted. Eighty birth records were analyzed between January 2024 and October 2025. The ages of the examined pregnant women ranged from 15 to 17 years 11 months. One patient (1.3%) was 15 years old, three (4%) were 16 years old, and 76 (95%) were 17 years 11 months old. The control group consisted of 70 first-time mothers aged 20-25 years. The analysis of the materials was based on the principle of studying and summarizing perinatal risk factors in accordance with the existing modern classification, which includes sociobiological factors, obstetric and gynecological history, the presence of extragenital pathology in the mother, complications of pregnancy and childbirth, and fetal assessment. All patients underwent the necessary range of clinical, laboratory, and instrumental examinations of pregnant women, as provided in the antenatal clinic and obstetric hospital. Statistical processing of the obtained data was performed using the Microsoft Excel 2007 software package.

Results. It was revealed that pregnancy was accompanied by extragenital pathologies, such as respiratory diseases (13%), anemia (66%), urinary tract diseases (41%), cardiovascular diseases (vegetative-vascular dystonia, mitral valve prolapse, congenital and acquired heart defects (20%). Pregnancy in young women was complicated by early toxicosis (52.3%), threatened spontaneous abortion (36.3%), threatened premature labor (56%), moderate and severe preeclampsia (52.5%), premature detachment of a normally located placenta (6.3%), fetal distress (18%), and fetoplacental insufficiency (16.3%). Delivery

in 68.6% of cases were complicated. The most common complications were labor weakness (16.5%), premature rupture of membranes (28%), soft tissue trauma to the birth canal (54%), and hypotonic bleeding (11.3%). Perinatal pathology and adaptation syndrome disorders in the early neonatal period occurred in 58.8% of newborns and were caused by intrauterine growth retardation, intrauterine hypoxia, and damage to the central nervous system.

Conclusion. Juvenile pregnancy, occurring in conditions of functional immaturity and inadequate adaptive mechanisms, poses a high risk for both mother and fetus.

Key words: juvenile pregnancy, childbirth complications, social and medical aspects

Актуальность

Важную роль в развитии общества и здоровья нации в целом играет уровень популяционного здоровья подростков, которые составляют значительную долю в структуре населения. Ювенильная беременность является важной медико-социальной проблемой как в нашей стране, так и за рубежом. На актуальность проблемы указывают данные статистики [2, 5, 6]. Как показывают современные исследования, частота беременности у юных женщин в таких странах, как Аргентина и Бразилия составляет 16,8-17,5%, Шотландия - 7-12,5%, Румыния, Болгария, Россия - 7-10%, США - 8,9%, Австралия, Новая Зеландия, Канада - 4-6,9%, Япония, Германия, Франция - 4%, Нидерланды - 1,2% [7]. Ранняя беременность, как правило, является в 50-60% незапланированной и в 30-40% нежелательной и потому чаще завершается искусственным прерыванием [2, 4]. По литературным данным, на 100 беременностей у юных женщин количество искусственных абортов составляет 69%, родов - 16,4%, самопроизвольных выкидышей - 15,5%. В то же время 40% из них имеют повторную беременность, а 17,9% - повторные роды [2, 4, 6]. В связи с ростом ювенильной беременности наблюдается увеличение рождаемости у юных женщин. Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн. подростков, что составляет 2-4,5% от общего количества родов [7]. Анализ работ, посвященных изучению репродуктивного поведения подростков, показывает, что роды у этой категории женщин встречаются в пределах 1,8-4,9% [2, 4, 5]. Ювенильная беременность - явление неблагоприятное. Помимо медицинских затрат, от государства

требуется материальная и социальная поддержка несовершеннолетним матерям, в то время как в большинстве случаев такая категория родителей не продолжает свое обучение и трудовую деятельность в будущем. Исследования показывают, что соматическое и репродуктивное здоровье подростков неудовлетворительное. Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как для матери, так и для плода [4, 5, 6]. За последние 20 лет число условно здоровых школьниц снизилось с 28,3% до 6,3%. Исследователи данной проблемы отмечают, что у 60-70% школьниц имеются хронические заболевания, в то числе сочетание нескольких из них встречается у 25% девушек. Гинекологические заболевания у подростков составляют от 10% до 18%. Одно из ведущих мест занимают расстройства менструального цикла. Это свидетельствует о серьезных функциональных отклонениях в регуляции репродуктивной системы и связано, по мнению некоторых авторов, с ухудшением качества жизни детей и подростков [2]. Часто встречающейся гинекологической патологией у несовершеннолетних являются воспалительные заболевания. Ряд ученых связывают это с ранним началом сексуальной жизни и ростом заболеваний, передаваемых половым путем. Соматическая и гинекологическая патология оказывает влияние на течение гестационного периода, поэтому необходим индивидуальный подход в ведении беременности и родов у юных

женщин в зависимости от состояния здоровья [2, 4, 5]. До настоящего времени нет единой точки зрения на то, какой возраст при беременности и родах считать юным. Одни авторы считают юными родильниц до 17 лет включительно, другие - до 20 лет. По рекомендации ВОЗ, к юным следует относить женщин от 15 до 19 лет. Ю.А. Гуркин, говоря о подростковой беременности и юношеской беременности, имеет в виду женщин, которым на момент установления факта беременности не исполнилось 18 лет [7]. Согласно приказам Министерства здравоохранения Таджикистана, подростковый период определяется возрастом от 15 лет до 17 лет и 11 месяцев. Большинство исследователей считают, что беременность и роды в подростковом возрасте протекают с большим количеством осложнений (от 46,8% до 84%) в сравнении с женщинами более старшего возраста [7]. Беременность и роды в этом возрасте представляют большую опасность для женщин и будущего ребенка. Несмотря на то, что 14-17-летняя девушка уже способна к зачатию, ее организм еще недостаточно сформировался, чтобы без труда выдержать такую нагрузку, как беременность и роды. В этом возрасте еще не завершилось формирование половой системы (инфантильная матка), скелета (узкий таз). Следствием является нарушение течения родового акта [1, 2, 5, 6]. Данные литературы о частоте встречаемости той или иной акушерской патологии у несовершеннолетних различаются в широких пределах. Так, ряд исследователей в своих работах показывают, что при ювенильной беременности гестоз встречается в 12% - 76,5% наблюдений, анемия - в 4% - 78%, угроза невынашивания беременности - в 4,7% - 49%, хроническая фетоплацентарная недостаточность - в 11% - 76%, ранний токсикоз - в 15% - 30% [4, 6]. Многие исследователи в качестве особенностей родов у несовершеннолетних выделяют: преждевременное их начало (7,4% - 28,3%), стремительное и быстрое течение,

несвоевременное излитие околоплодных вод (14,5% - 25,6%). Ими установлено, что при первой беременности у подростков чаще, чем у взрослых родильниц возникает риск проведения операции кесарева сечения. При этом во время второй беременности у этих же подростков в 3 раза повышается вероятность преждевременных родов, рождения недоношенного и мертвого ребенка (45,3%). Среди других осложнений родового процесса у юных женщин отмечаются: аномалии родовой деятельности (6,5% - 37,2%), патологическая кровопотеря, узкий таз (5,7% - 10,8%), родовой травматизм (4% - 25,5%), оперативные вмешательства (2,1% - 17%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1% - 1,9%), гнойно-инфекционные послеродовые заболевания (20% - 71,7%). Осложненное течение беременности и родов у подростков является фактором высокого перинатального риска [1, 2, 5, 6]. Исследователи нашей страны, а также других стран показали, что дети несовершеннолетних родильниц имеют меньшую массу тела, чем младенцы взрослых женщин. Новорожденные несовершеннолетних матерей часто рождаются с синдромом задержки внутриутробного развития плода (11,4-30%), недоношенными (7,2-13,3%), в состоянии асфиксии (19,1-24%). Риск перинатальных осложнений при родах в возрасте от 13 до 15 лет в сравнении с родами в возрасте от 20 до 24 лет возрастает в 4 раза, а в возрасте 16-17 лет - в 2 раза [2, 8]. Младенцы юных матерей имеют высокий риск неонатальной заболеваемости и смертности. Считается, что, исключив подростковую беременность, можно было бы уменьшить на 4-8% младенческую смертность. Это свидетельствует о физиологической незрелости механизмов адаптации [2, 3, 4, 6].

Таким образом, анализ данных литературы показал, что такая медико-социальная проблема, как ювенильная беременность, далека от своего решения.

Цель исследования

Изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальных исходов у юных женщин.

Материал и методы исследования

Проведен углубленный анализ особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у юных женщин по архивным материалам родильного дома Центральной районной больницы г. Турсунзаде. Проанализировано 80 историй родов в период с января 2024 года по октябрь 2025 года. От общего числа родов это составило 1,2 %. Возраст обследованных беременных варьировал от 15 до 17 лет 11 месяцев. При этом одна пациентка (1,3%) была в возрасте 15 лет, трое (4%) - в возрасте 16 лет и 76 (95%) - в возрасте 17 лет 11 месяцев. Контрольную группу составили 70 первобеременных рожениц в возрасте 20-25 лет.

В основу анализа материалов был положен принцип изучения и обобщения факторов перинатального риска в соответствии с существующей современной классификацией, включающей социально-биологические факторы, акушерско-гинекологический анамнез, наличие экстрагенитальной патологии матери, осложнения беременности и родов, оценку состояния плода.

У всех пациенток проводился необходимый комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования беременных, предусмотренных в условиях женской консультации и акушерского стационара.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза показал, что 78 юных женщин были первобеременными. Двое рожали второго ребенка. Характерной особенностью юных беременных является поздняя явка в женскую консультацию: до 12

недель обратились 25%, 13-28 недель - 52,5%, после 28 - 12,5%, не обращались вообще - 10%.

Обращает на себя внимание значительная распространенность гинекологических заболеваний в группе юных беременных, наиболее часто имели место эктопия шейки матки (19,5%), кольпит различной этиологии (44,9%), нарушение менструального цикла различного характера имели место у 24,4% юных матерей. Инфекции, передающиеся половым путем, верифицированы у каждой третьей из них. Анализ рациона питания выявил, что 37,5% девушек ежедневно превышали норму суточной калорийности, более чем на 25%, 18,6% девушек потребляли меньше нормы суточной калорийности. Изучение состояния соматического здоровья несовершеннолетних беременных показало, что экстрагенитальная патология выявлена в 79% случаев, а в группе сравнения - в 44,8% случаев. Беременность несовершеннолетних часто сопровождалась железодефицитной анемией - в 66% случаев. При этом, несмотря на юный возраст, у 22% имелись сочетания двух-трех нозологий. Наиболее часто встречались заболевания дыхательной системы (13,8%) случаев, мочевыводящей системы (41%), в группе сравнения - 8,7% и 19,5% соответственно. Заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетосудистая дистония, пролапс митрального клапана, врожденные и приобретенные пороки сердца) имели место у 20% юных пациенток и 6% пациенток контрольной группы. На фоне высокой частоты экстрагенитальной патологии вполне закономерным является осложненное течение беременности.

Угроза преждевременного прерывания беременности (причем неоднократно на протяжении беременности) отмечена у 36,2% (против 18% в группе сравнения). Преэклампсия, преимущественно сочетанная, отмечалась у каждой второй юной первородящей и имела клиническую картину длительно протекающей, с

недостаточной положительной реакцией на проводимую терапию. В большинстве случаев наблюдались моносимптомные формы. На долю тяжелых форм преэклампсии у юных женщин пришлось

14,8% случаев, которые развивались на сроке 32-36 недель.

Плацентарная недостаточность была диагностирована в 16,3% случаев против 6% в контрольной группе.

Таблица 1

Осложнение течения беременности у юных женщин

Осложнение течения беременности	I группа n = 80		II группа n = 70	
	абс	%	абс	%
Ранний токсикоз	42	52,5%	16	23%
Угрожающий выкидыш	29	36,3%	9	12%
Угрожающие преждевременные роды	45	56%	13	18%
Преэклампсия	41	52%	14	20%
- умеренная	33	42%	11	15%
- тяжелая	8	10%	3	5%
Эклампсия	1	1,3%	-	-
Низкое прикрепление плаценты	7	8,8%	2	3%
Преждевременная отслойка плаценты	5	6,3%	2	3%
Дистресс плода	15	18%	5	7%
Фетоплацентарная недостаточность	13	16,3%	3	4%

Примечание: * достоверность различия $p < 0,05$

К началу родов беременность была доношенной у 69 (86,0%) пациенток, у 66 (94%) в контрольной группе, недоношенной - у 11 (13,8 %) и у 4 (6 %) в контрольной группе соответственно, то есть преобладали срочные роды. У юных мам родилось 12 (15%) детей с массой тела до 2600 грамм, в контрольной группе - 4 (6%) детей, до 4000 грамм - 65 (81%) детей, в контрольной группе - 57 (81%), больше 4000 грамм - 3 (4%) детей, в контрольной группе - 9 (12%) детей. Перинатальная патология и нарушения течения адаптационного синдрома в раннем неонатальном периоде имели место у 58,8 % новорожденных юных женщин и были обусловлены задержкой внутриутробного роста плода, внутриутробной гипоксией, поражением центральной нервной системы. Роды при головном предлежании плода имели место в 95%, в тазовом – в 5% случа-

ев (в контрольной группе - 94,2% и 5,7%). Общая продолжительность родов у юных рожениц составила в среднем $10,2 \pm 0,6$ ч, в контрольной группе - $8,4 \pm 0,4$ ч. В 68% случаев роды у юных женщин протекали с осложнениями.

Наиболее часто отмечалась первичная слабость родовой деятельности (16,5%). Реже встречалась дискоординация родовой деятельности, быстрые и стремительные роды имели место у 3% юных рожениц. Высокую частоту аномалий родовой деятельности, вероятно, следует объяснить неполноценно сформированной родовой доминантой на фоне дисфункции фетоплацентарного комплекса. Достаточно часто встречалось несвоевременное излитие околоплодных вод (28%), что в определенной степени можно объяснить высокой частотой инфекционно-воспалительных осложнений на фоне

гипофункции репродуктивной системы. Травма мягких тканей родового канала имела место у 34% пациенток, чаще всего промежности, эпизиотомия произведена 19 роженицам юного возраста, из них в 12,5% случаев - ввиду угрожающего разрыва промежности.

Операция кесарева сечение произведена в 15 случаях (18%) в нижнем ма-

точном сегменте. Показаниями к операции были: клиническое несоответствие головки плода и таза матери, тазовое предлежание плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тяжелая преэклампсия. Средняя кровопотеря в родах составила $360,62 \pm 35,0$ мл, имело место 9 гипотонических кровотечений.

Таблица 2

Объем кровопотерь при АК в группах исследования

Осложнение течения родов	I группа n = 80		II группа n = 70	
	абс	%	абс	%
Преждевременные роды	11	13,8%	4	6%
Излитие вод	23	28%	8	11%
- преждевременное	17	21%	5	7,1%
- раннее	11	17%	2	2,9%
Слабость родовой деятельности	13	16,5%	6	8,5%
- первичная	10	12,5%	5	7,1%
- вторичная	3	3,8%	1	1,4%
Гипотоническое кровотечение	9	11,3%	2	2,9%
Оперативные вмешательства				
Кесарево сечение	15	18%	7	10%
Эпизиотомия, эпизиорафия	19	23,8%	6	8,5%
Разрывы родовых путей				
- шейки матки	6	7,5%	2	2,9%
- мягких тканей	24	30%	7	10%

Примечание: * достоверность различия $p < 0,05$

Таким образом, юные беременные, у которых 58,8% детей родились с перинатальной патологией, составляют группу высокого перинатального риска. Основные особенности – социальный и психологический статус юных беременных, что обусловлено ранним началом половой жизни, темпом полового созревания, высоким уровнем инфекционной и гинекологической заболеваемости, неудовлетворительными показателями соматического здоровья на фоне незавершенного анатомо-физиологического

созревания. Данная ситуация обуславливает необходимость дифференцированного подхода к организации диспансерного наблюдения за будущими матерями юного возраста и социальной защиты подростков. Морфофункциональная незрелость организма несовершеннолетних является отрицательным преморбидным фоном для развития беременности и течения родов. Следовательно, в профилактической работе по улучшению репродуктивного здоровья населения необходимо шире знакомить

молодых людей с неблагоприятными последствиями ранней беременности, а при ее наличии и желании иметь ребенка нужно ориентировать юную женщину на раннее посещение женской консультации и дородовую госпитализацию.

Заключение

Ввиду наметившейся тенденции увеличения числа беременностей у юных женщин необходимы государственные меры социального характера по ее предупреждению. Важно проводить изучение социально-психологических аспектов поведения беременных и небеременных подростков для создания превентивных программ по предупреждению ранней беременности и акушерских осложнений.

Для разработки обоснованного территориального комплекса мероприятий, обеспечивающих сохранение здоровья

несовершеннолетних, необходимо изучение репродуктивного поведения, здоровья и потенциала подростков в различных регионах Таджикистана.

Ювенильная беременность, протекающая в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов создает высокий риск, как для матери, так и для плода. Принимая во внимание возможность наличия желанной беременности у лиц моложе 18 лет, следует продолжить научный поиск и разработку современных технологий оценки, прогноза и коррекции акушерских и перинатальных патологических состояний при ювенильной беременности для внедрения в практику.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецова Я.В., Орлова И.С., Саидова П.А. и др. Гестационный период и роды у матерей подросткового возраста // Евразийское Научное Объединение. - 2019. - № 12-2 (58). - С. 138-141.
2. Кузнецова Я.В., Орлова И.С., Уджмаджуридзе М.С. и др. Юное материнство: гестационные осложнения и перинатальные исходы // Университетская медицина Урала. - 2019. - Т. 5, № 4 (19). - С. 17-19.
3. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Чакчурина И.А. и др. Акушерские и перинатальные осложнения у юных первородящих // Доктор Ру. - 2019. - № 7 (162). - С. 6-11.
4. Самчук П.М., Розалиева Ю.Ю. Течение беременности и родов у первородящих подростков в современных условиях // Международный научно-исследовательский журнал. - 2019. - № 9. - С. 85-88.
5. Шевлюкова Т.П., Фольц Н.В., Хасанова В.В. и др. Репродуктивное здоровье в под-

ростковом возрасте // Смоленский медицинский альманах. -2017. - № 4. – С. 92-95.

6. Шевлюкова Т.П., Чабанова Н.Б., Галиева Г.Д. и др. Особенности течения гестационного периода и родов в подростковом возрасте // Актуальные научные исследования в современном мире. - 2017. - № 6-2 (26). - С. 110-113.

7. World health statistics 2014. - World Health Organization, Switzerland, 2014.

Сведения об авторах:

Цыбоева Гульчачак Ильдусовна – зав. родильным отделением ЦРБ г. Турсунзаде, к.м.н.; тел.: (+992) 918636022; e-mail: ceboevaguli1973@gmail.com

Акмирзоева Наргис Хайруллаевна – врач ЦРБ г. Турсунзаде; тел.: (+992) 009555445

Исмоилова Тахмина Хакимовна – врач ЦРБ г. Турсунзаде; тел.: (+992) 918354838; e-mail: taxmin2018@mail.ru

Джураева Тахмина Абдукадировна – врач ЦРБ г. Турсунзаде; тел.: (+992) 907091166

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.5-002.157-053.1-052.31

РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ В ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

¹Рахматов А.Б., ²Хомидов М.Ф.,

³Абдиева Д.Х., ³Валиева М.С.

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

²Ассоциация дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан

³Кафедра дерматовенерологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

В статье освещены вопросы ведения беременных женщин, страдающих врожденным буллезным эпидермолизом, посредством создания многопрофильной бригады врачей. Совместно с дерматологами для помощи в принятии решений врачи разных специальностей (акушеры-гинекологи, неонатологи, семейные врачи), наблюдающие пациентов с ВБЭ, должны осуществлять свою деятельность на всех этапах беременности с целью предупреждения травматических повреждений у женщин, страдающих буллезным эпидермолизом.

Ключевые слова: буллезный эпидермолиз, беременность, роды

НАҚШИ ГУРҶҲИ БИСЁРСАМТӢ ДАР ИДОРАИ ХОМИЛАДОРӢ ВА ТАВАЛЛУДИ БЕМОРОНИ ЭПИДЕРМОЛИЗИ БУЛЛЕЗИИ МОДАРЗОДИ

¹Рахматов А.Б., ²Хомидов М.Ф.,

³Абдиева Д.Х., ³Валиева М.С.

¹Маркази ҷумҳуриявӣ махсусгардонидашудаи илмию амалии дерматовенерология ва косметологияи Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Ўзбекистон

²Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон

³Кафедраи дерматовенерологияи ба номи профессор Зоиров П.Т. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Дар ин мақола масъалаҳои идоракунии ҳомиладорӣ дар заҳмон, ки аз бемории эпидермолизи буллэзии модарзодӣ ранҷ мебаранд, тавассути таъсиси гурӯҳи бисёрсоҳаи табибон баррасӣ шуданд. Яқоя бо дерматологҳо, бо мақсади кумак дар қабули қарорҳо, табибони ихтисосҳои гуногун (акушер-гинекологҳо, неонатологҳо, табибони оилавӣ), ки беморони эпидермолизи буллэзии модарзодиро назорат мекунанд, бояд фаъолияти худро дар ҳамаи марҳилаҳои ҳомиладорӣ, бо мақсади пешгирии осебҳои ҷисмонӣ дар заҳмони гирифтори эпидермолизи буллэзӣ, анҷом диҳанд.

Калимаҳои асосӣ: эпидермолизи буллэзӣ, ҳомиладорӣ, таваллуд

THE ROLE OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM IN THE MANAGEMENT OF PREGNANCY AND DELIVERY IN PATIENTS WITH CONGENITAL EPIDERMOLYSIS BULLOSIS

¹Rakhmatov A.B., ²Khomidov M.F.,

³Abdieva D.Kh., ³Valieva M.S.

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Dermatovenereology and Cosmetology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

²Association of Dermatovenereologists and Cosmetologists of the Republic of Tajikistan
³Department of Dermatovenereology of the State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

This article highlights the management of pregnant women suffering from congenital epidermolysis bullosa through the creation of a multidisciplinary team of doctors. Together with dermatologists, in order to assist in decision-making, doctors of various specialties (obstetrician-gynecologists, neonatologists, family doctors) observing patients with EBV should carry out their activities at all stages of pregnancy, traumatic injuries in women suffering from epidermolysis bullosa.

Key words: epidermolysis bullosa, pregnancy, childbirth

Актуальность

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) относится к орфанным заболеваниям, причем тяжесть течения данного генодерматоза зависит от его клинической формы, начиная от простого БЭ до инвалидизирующей рецессивной дистрофической формы [1, 2].

ВБЭ характеризуется нестабильностью кожи и слизистых оболочек, которые в ответ на трение или механическую травму, расщепляются, что приводит к образованию пузырей и эрозий. Различают IV основные формы дерматоза: простая (ПВБЭ), пограничная (ПогВБЭ), дистрофическая (ДВБЭ) и синдром Киндлера (СК) [6, 7, 8].

Наличие длительно незаживающих раневых поверхностей приводит к значительному снижению качества жизни человека в любом возрасте. Пациенты с простой формой ВБЭ, например, могут испытывать ограниченное влияние заболевания на повседневную жизнь и иметь нормальную ожидаемую продолжительность жизни, в то время как пациенты с рецессивным ДВБЭ имеют тяжёлое течение болезни и ограничивающие жизнь осложнения [9].

Человеку, страдающему ВБЭ, важнее всего уметь полагаться на себя и быть самостоятельным. Большинство пациентов хотят иметь собственное жилье, работу, партнера и семью [1]. Желания различаются и разными бывают результаты, для осуществления которых необходимо преодолевать множество препятствий.

Очень трудной и деликатной темой являются личные отношения и сексу-

альность. В сегодняшнем мире и так трудно найти достойного и подходящего человека, а взрослому человеку с ВБЭ - тем более. Среди наших пациентов мы видим вдохновляющие примеры личной жизни, хотя очень часто желание завести семью остается неудовлетворенным. Потребность в половой жизни есть у всех, и справиться со страстным желанием сексуального контакта не так просто. Не всегда есть готовые решения для жизненных ситуаций, поэтому необходимо деликатное обсуждение этих вопросов. Важно, чтобы и взрослый человек с ВБЭ, и ухаживающие за ним лица всерьез воспринимали самые личные потребности больного [2, 3].

В настоящее время все большее внимание уделяется оптимизации результатов лечения беременных женщин с генетическими заболеваниями, в том числе и с ВБЭ. Улучшение ранней диагностики и лечения генодерматозов, а также доступ к пренатальной диагностике означают, что все больше женщин достигают репродуктивного возраста и могут делать осознанный выбор в отношении беременности и родов [4, 5]. Несмотря на эти достижения, ведение беременности, родов и последующий уход за женщинами с ВБЭ не представлены в доступной литературе.

Целью настоящего обзора является обобщение имеющихся литературных данных и консенсуса экспертов по ведению беременности, родам и послеродовому уходу женщин, страдающих ВБЭ. Данное исследование предназначено для информирования и поддержки женщин с дан-

ной патологией и их партнеров, а также для помощи в принятии решений врачам разных специальностей (акушер-гинекологи, неонатологи, семейные врачи), ведущих пациентов с ВБЭ.

Были проанализированы все случаи беременности у женщин со всеми формами ВБЭ. При простой форме ВБЭ фертильность обычно не нарушается, однако сопутствующие заболевания при тяжелых формах ВБЭ, например, нарушение питания и низкий индекс массы тела, могут влиять на овуляцию [9]. По мере улучшения медицинской помощи и перехода пациентов с ВБЭ во взрослую жизнь все больше женщин могут принимать решение о создании семьи [20]. Однако при тяжелых формах ВБЭ хрупкая слизистая оболочка вульвы и вагины, вовлеченная в общий процесс, может привести к появлению боли и травмированию во время полового акта и, нередко, к стенозу влагалища, которые могут повлиять на сексуальную функцию [17].

Первоначально женщинам с ВБЭ необходимо предложить стандартную помощь до зачатия и предоставить доступ к генетическому консультированию. В зависимости от типа наследования (аутосомно-доминантный, аутосомно-рецессивный) необходимо оценить риск беременности и предложить пренатальное тестирование [6]. Пары с репродуктивным риском тяжелых форм ВБЭ могут пожелать пройти пренатальное или предимплантационное генетическое тестирование с учетом семейных предпочтений, религиозных и культурных убеждений и национальных норм. Скрининг на носительство здорового и неродственного партнера может быть предложен в соответствии с индивидуальной ситуацией и национальным законодательством после генетической консультации [14, 15]. Оптимизация диеты и питания до беременности может улучшить материнские и перинатальные исходы за счет воздействия на индекс

массы тела или коррекцию дефицита микронутриентов [22]. Согласно имеющимся рекомендациям, женщины с ВБЭ, планирующие беременность, должны принимать фолиевую кислоту, витамин Д, препараты железа, а также цинк и селен.

Многие женщины с тяжелыми формами ВБЭ принимают часто анальгетики и ингибиторы протонной помпы. Препараты следует назначать во время беременности только в тех случаях, если ожидаемая польза для женщины с ВБЭ превышает риск для плода, причем, по возможности, разумным подходом является отказ от приема лекарств в течение первого триместра.

Следует указать, что во время беременности происходят важные физиологические и анатомические адаптации, позволяющие беременной женщине удовлетворять метаболические потребности развивающегося плода. При повышении уровня хорионического гонадотропина человека на ранних сроках беременности многие женщины страдают от утренней тошноты или рвоты беременных. Кислотность желудочного сока повышается, а тонус пищевода сфинктера расслабляется, что делает симптомы рефлюкса-эзофагита и изжоги частыми на протяжении всей беременности [19]. Это сложно для пациентов с ВБЭ, страдающих хроническими гастроэзофагеальными заболеваниями. Рвота может вызывать образование пузырей и рубцов на пищеводе. Кроме того, во время беременности могут развиваться ощущения вздутия живота и запоры [5], которые могут усугублять ранее существовавшие желудочно-кишечные осложнения ВБЭ.

Привлечение мультидисциплинарной бригады врачей на ранних сроках гестации для женщин с осложненными формами ВБЭ, естественно, улучшит ведение беременности [4]. Далее беременным женщинам должна быть предоставлена информация, чтобы они могли принять обоснованное решение о способе ро-

доразрешения. Обеспечить дородовую помощь и планировать роды необходимо, по возможности, рядом с домом пациентки. Это позволит привлечь партнера пациентки, семью и лиц, осуществляющих уход за будущей матерью и ребёнком. Роль группы специалистов по ведению больных с ВБЭ заключается в консультировании местных акушерских служб. Фенотипическая изменчивость как между формами ВБЭ, так и внутри них требует индивидуального подхода при рассмотрении и планировании родов у женщины. Специалисты по ВБЭ, ухаживающие за пациентками, смогут проконсультировать женщину о рисках для ребенка и потенциальных осложнениях, связанных с каждой формой ВБЭ, и о том, как это может повлиять на роды или выбор способа родоразрешения. Диагноз ВБЭ не является противопоказанием к естественным родам [21]. В некоторых случаях мать может отдавать предпочтение кесареву сечению, например, из-за страха и беспокойства по поводу травмы родовых путей, приводящей к образованию пузырей или ран. Естественные роды, по всей видимости, не увеличивают риск последующего рубцевания или стеноза влагалища, даже у пациентов с тяжелым течением ВБЭ [7]. Имеются сообщения о женщинах с ВБЭ, рожавших более одного ребенка традиционным способом, что подтверждает сохранение проходимости родовых путей после предыдущих родов [20].

К сожалению, пренатальное тестирование во многих случаях обычно не проводится. У матерей с ВБЭ, планирующих родить ребенка, нормальные роды через естественные родовые пути остаются предпочтительным способом родоразрешения [16].

Следует проводить постоянный мониторинг кожных покровов при ВБЭ и наблюдение за возможным возникновением рака кожи на протяжении всей беременности и в послеродовой период у пациенток с наибольшим риском раз-

вития плоскоклеточного рака, связанного с ВБЭ [18].

Необходимо соблюдать определенные рекомендации по уходу за промежностью: не прилипающие повязки должны быть доступны для женщин в послеродовом периоде и включены в комплект перевязочных материалов [8]. Послеродовые выделения из влагалища могут продолжаться до 8 недель, ввиду чего должны быть даны рекомендации по выбору мягкой гигиенической одежды и средств защиты кожи в паховой области.

Ещё до родов с женщинами необходимо обсудить варианты грудного или искусственного вскармливания. Некоторые женщины будут иметь твердое намерение кормить своего новорожденного грудью, в то время как другие могут быть обеспокоены возможным образованием пузырей на сосках. Имеются сообщения о грудном вскармливании среди женщин с ВБЭ [6, 7, 16], хотя образование пузырей на сосках является частым (обычным) явлением. Необходимо запланировать поддержку женщин с псевдосиндактилией, которым может понадобиться помощь в приготовлении смесей. Если выбрано искусственное или смешанное вскармливание, использование детской смеси должно быть включено в план послеродового ухода.

У женщин с доминантно наследуемыми формами ВБЭ вероятность рождения ребенка с аналогичным заболеванием составляет 50%. В связи с этим на ранних этапах в работе с новорожденными большая роль отводится неонатологам, чтобы свести к минимуму повреждения кожи. Следует избегать интенсивного растирания для стимуляции новорожденного; если необходима ротоглоточная аспирация, следует использовать маленькие, хорошо смазанные катетеры [10].

Необходимо подчеркнуть, что женщин с ВБЭ следует поощрять в их репродуктивном выборе. При соответствующем генетическом консультировании и квалифицированном подходе могут

быть достигнуты положительный опыт беременности и её исход для матерей и детей с ВБЭ. Несмотря на ограниченную доказательную базу, ясно, что женщины с ВБЭ могут иметь успешную беременность и роды даже при более тяжелых подтипах ВБЭ. Вклад мультидисциплинарной бригады имеет решающее значение для обеспечения устойчивого качества медицинской помощи при ВБЭ.

Будущие исследования должны включать создание международного реестра беременных женщин с ВБЭ. Сбор реальных данных о беременности и послеродовых исходах у женщин с ВБЭ поможет скорректировать рекомендации, улучшить разработку руководств и алгоритмов ведения данного контингента женщин. Собранная информация (банк данных) позволила бы стандартизировать ведение беременности при ВБЭ на международном уровне. На сегодняшний день также отсутствует информация о психологических аспектах здоровья матери и её партнера, связанных с планированием семьи, что также необходимо изучать.

Таким образом, ВБЭ – это орфанное заболевание, имеющее большие трудности (сложности, проблемы) при проведении всесторонних исследований. Ознакомление с представленными данными, сбор необходимой информации, создание банка данных, разработка руководств и алгоритмов по ведению беременных женщин с ВБЭ позволит:

- повысить эффективность и качество ведения беременности и родов у женщин репродуктивного возраста с ВБЭ;

- оптимизировать оказание специализированной и квалифицированной медицинской, психологической и социальной помощи в до- и послеродовом периодах у пациенток с данным заболеванием;

- уменьшить различия ведения данных пациенток в клинической практике на международном уровне;

- внедрить созданные инициативы по улучшению качества медицинской помощи женщинам с ВБЭ.

Необходимо отметить, что существующая клиническая неоднородность между подтипами генодерматоза ограничивает возможность обобщения рекомендаций для разных групп пациентов. Большая часть доступной литературы относится к пренатальной диагностике тяжелых форм, а также к ведению новорожденных с ВБЭ. Конкретные рекомендации по антенатальному, интранатальному и послеродовому ведению женщин с ВБЭ и её ребенка не были всесторонне изучены. Накопление фактического материала, их интерпретация и внедрение в практическое здравоохранение позволят более качественно сохранять беременность, осуществлять роды и проводить послеродовые мероприятия у женщин, страдающих ВБЭ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Буллезный эпидермолиз; под ред. Дж.-Д. Файна и Х. Хинтнера. - Москва: Практика, 2014. – 358 с.
2. Буллезный эпидермолиз: руководство для врачей; под ред. Мурашкина Н.Н. и Намазовой-Барановой Л.С. - Москва: ПедиатрЪ, 2019. – 444 с.
3. Реабилитационная терапия при буллезном эпидермолизе; под ред. Х. Вайса и Ф. Принца. - Москва: Практика, 2015. – 190 с.

4. Araujo M., Bras R., Frada R. Caesarean delivery in a pregnant woman with epidermolysis bullosa: anaesthetic challenges. // Int J Obstet Anesth. - 2017. - № 3. - P. 68-72.
5. Body C., Christie J.A. Gastrointestinal diseases in pregnancy: nausea, vomiting, hyperemesis gravidarum, gastroesophageal reflux disease, constipation and diarrhea. // Gastroenterol Clin North Amer. - 2016. - № 45. - P. 267-283.
6. Boria F., Maseda R., Martin-Camean M. Recessive dystrophic epidermolysis bullosa and

- pregnancy. // *Actas Dermatosifiliogr.* - 2019. - № 110. - P. 50-52.
7. Colgrove N., Elkattah R., Herrell H. Dystrophic epidermolysis bullosa in pregnancy: a case report of the autosomal dominant subtype and review of the literature. // *Case Rep Med.* - 2014. - Vol. 14. - P. 242- 246.
8. Denyer J., Pillay E. Best practice guidelines. Skin and wound care in epidermolysis bullosa. Available at: <https://www.debra.org.uk/downloads/community-support/wound-care-guidelines-2017.pdf> (last accessed 28 October 2021).
9. Farquhar C.M., Bhattacharya S., Repping S. Female subfertility. // *Nat Rev Dis Primers.* - 2019. - № 5. - P. 7-10.
10. Gonzalez M.E. Evaluation and treatment of the newborn with epidermolysis bullosa. // *Semin Perinatal.* - 2013. - № 37. - P. 32-39.
11. Hanafusa T., Tamai K., Umegaki N. The course of pregnancy and childbirth in three mothers with recessive dystrophic epidermolysis bullosa. // *Clin Exp Dermatol.* - 2012. - № 37. - P. 10-14.
12. Has C., Bauer J.W., Bodemer C. Consensus reclassification of inherited epidermolysis bullosa and other disorders with skin fragility. // *Brit J Dermatol.* - 2020. - Vol. 183. - P. 61
13. Harris S., Vora N.L. Maternal genetic disorders in pregnancy. // *Obstet Gynecol Clin North Amer.* - 2018. - № 45. - P. 249-265.
14. Has C., Fischer J. Inherited epidermolysis bullosa: new diagnostics and new clinical phenotypes. // *Exp Dermatol.* - 2019. - № 28 (1). - P. 146-152.
15. Has C., Liu L., Bolling M.C. Clinical practice guidelines for laboratory diagnosis of epidermolysis bullosa. // *Brit J Dermatol.* - 2020. - № 182. - P. 574-592.
16. Intong L.R.A., Choi S.D., Shipman A. Retrospective evidence on outcomes and experiences of pregnancy and childbirth in epidermolysis bullosa in Australia and New Zealand. // *Int J Womens Dermatol.* - 2015. - № 1. - P. 26-30.
17. King A., Hanley H., Popenhagen M. Supporting sexuality for people living with epidermolysis bullosa: clinical practice guidelines. // *Orphanet J Rare Dis.* - 2021. - № 16. - P.9-15.
18. Lopes J., Baptista A., Moreira A. Squamous cell carcinoma in a pregnant woman with recessive dystrophic epidermolysis bullosa. // *Oxf. Med Case Reports.* - 2020. - oman059.
19. Practice bulletin summary no.153: nausea and vomiting of pregnancy. // *Obstet Gynecol.* - 2015. - № 126. - P. 687-688.
20. Price T., Katz V.L. Obstetrical concerns of epidermolysis bullosa. // *Obstet Gynecol Surv.* - 1988. - № 43. - P. 445-449.
21. Shah N., Kumaraswami S., Mushi J.E. Management of epidermolysis bullosa simplex in pregnancy: a case report. // *Case Rep Womens Health.* - 2019. - Vol. 24. - e00140.
22. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on Antenatal Care for a positive pregnancy experience. - Geneva: WHO, 2016.

Сведения об авторах:

Рахматов Акрам Баратович – руководитель лаборатории по изучению проблем микозов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор; тел.: (+998) 901756973; e-mail: rakhmatov1953@gmail.com

Хомидов Музаффар Файзалиевич – директор Ассоциации дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан, к.м.н.; тел.: (+992) 918624282; e-mail: homidovm@mail.ru

Абдиева Дильбар Ходжиевна – доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.; тел.: (+992) 907905530; e-mail: 2242651@mail.ru

Валиева Мухаббат Сайдалиевна – доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.; тел.: (+992) 907978381; e-mail: muhabbat_v71@mail

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

УДК 616.155.392-036.12

ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОЛОСАТОКЛЕТОЧНОГО ЛЕЙКОЗА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

¹Шамсов А.Т., ¹Ураков К.З.,
¹Ходжиева Г.Б., ²Шамсов Б.А.

¹Кафедра внутренних болезней № 3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»
²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Описан клинический случай успешного лечения дебюта волосатоклеточного лейкоза у беременной женщины на сроке 19–20 недель с применением альфа-интерферона.

Ключевые слова: лейкоз, гематология, лейкемия, ХЛЛ, лимфолейкоз, ВКЛ, альфа-интерферон

ТАҚРИБАИ БОМУВАФФАҚЌИ ТАБОБАТИ ЛЕЙКЕМИЯИ ХУҶАЙРАВИИ МЎЙДОР ДАР ЗАНИ ҲОМИЛАДОР

¹Шамсов А.Т., ¹Ураков К.З.,
¹Ҳоҷиева Г.Б., ²Шамсов Б.А.

¹Кафедраи бемориҳои дарунаи №3 МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

²МД “Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”

Мо тавсифи ҳолати клиникӣи натиҷаи бомуваффақияти муолиҷаи фарорасии лейкемияи ҳуҷайравии мӯйдорро бо альфа-интерферон ҳангоми ҳомиладорӣ дар ҳафтаи 19-20 пешниҳод мекунем.

Калимаҳои асосӣ: лейкоз, гематология, лейкемия, ЛХМ, лейкемияи лимфоситарӣ

EXPERIENCE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF HAIR CELL LEUKEMIA IN A PREGNANT WOMAN

¹Shamsov A.T., ¹Urakov K.Z.,
¹Khodzhiyeva G.B., ²Shamsov B.A.

¹Department of Internal Diseases No. 3 of the State Educational Institution “TSMU named after A.I. Abuali ibn Sino”

²SE “Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery”

We present a description of a clinical case of a successful outcome of the treatment of the onset of hairy cell leukemia with alpha-interferon during pregnancy at 19–20 weeks.

Key words: leukemia, hematology, CLL, lymphocytic leukemia, hairy cell leukemia, interferonum alfa

Актуальность

Волосатоклеточный лейкоз (ВКЛ) представляет собой индолентное (хроническое) В-клеточное злокачественное новообразование с длительным ответом на пуриновые аналоги, но со снижением

эффективности и повышением токсичности при повторных курсах [9]. Однако до 58% пациентов с ВКЛ имеют рецидив [6, 7, 8], при этом заболевание становится все менее чувствительным к пуриновым аналогам, которые также вызывают

кумулятивные гематологические и иммунологические токсические эффекты. обеспечить устойчивый полный ответ, включая ликвидацию минимальной остаточной болезни.

До 1958 года данное заболевание характеризовалось как один из вариантов хронического лимфолейкоза, после клинического описания ВКЛ выделено как отдельную нозологическую форму и включена в МКБ-4 пересмотра [1, 5, 8].

По частоте встречаемости ВКЛ, по данным ряда авторов, «составляет примерно 2% от всех видов лейкозов и чаще всего встречается среди лиц мужского пола (половое соотношение мужчин и женщин составляет 4:1), средний возраст пациентов – от 50 лет, но тем не менее встречается случаи заболевания у лиц молодого возраста (от 30 до 40 лет)» [2, 3, 7].

ВКЛ характеризуется следующими клиническими проявлениями: спленомегалией (80%), гепатомегалией (50%), увеличение висцеральных лимфатических узлов (25%) [3, 6].

У большинства больных в анализах крови наблюдается «волосатые» лимфоциты (95%), моноцитопения (90%), тромбоцитопения (80%), нейтропения (75%), лейкопения (70%) и анемия (70%) [4, 5]. При наличии панцитопении развиваются геморрагический, инфекционно-септический, анемический синдромы [4, 5, 7].

На протяжении долгих лет спленэктомия была единственным методом лечения ВКЛ. Однако улучшение показателей крови отмечалось у 70-80% больных длительностью не более 2-3 лет [5, 7, 9].

Современные протоколы включают 3-этапную терапию с применением ИФНа, пуриновых аналогов и, при необходимости, ритуксимаба [1, 2, 10, 12]. У женщин репродуктивного возраста заболевание диагностируется крайне редко, единые подходы к лечению ВКЛ при беременности до сих пор не разработаны.

Цель исследования

Описать клинический случай успешного лечения дебюта волосатоклеточного лейкоза у беременной женщины на сроке 19–20 недель с применением альфа-интерферона.

Клиническое наблюдение

Пациентка Д., 32 года поступила в гематологическое отделение ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш» 11 марта 2022 г. с жалобами на головную боль, головокружение, иногда повышение температуры тела до 37,5°C, тяжесть в эпигастрии и левом подреберье, общую слабость и быструю утомляемость. Больной считает себя в течение 2-х месяцев, когда впервые отмечала вышеперечисленные жалобы. Анамнез жизни не отягощён.

Состояние больной при поступлении средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы умеренно бледные. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм.рт. ст., пульс 84 уд. в 1 минуту. Язык слегка обложен белым налётом. Живот умеренно увеличен в объёме за счет беременности, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в левом подреберье. Печень + 1см., селезёнка пальпируется на уровне пупка + 11 см. Физотправления в норме.

Большинство лимфоцитов «ворсинчатые», с гомогенным разреженным хроматином ядра округлой формы, с широкой бледной цитоплазмой, с неровным, фестончатым, с отростками краем цитоплазмы. Общий анализ мочи: удельный вес – 1,019; белок – 0,033.; лейкоциты 2 – 4 в поле зрения. Кал на я/глист: не обнаружены. Биохимический анализ крови: общий белок - 61,5 г/л; мочевины - 8,2 ммоль/л; креатинин - 105 мкмоль/л; глюкоза крови – 6,1 ммоль/л; билирубин – 24,3 мкмоль/л; прямой – 7,6 мкмоль/л; не прямой – 16,7 мкмоль/л; тимол-верональная проба – 4,2; йодная проба – 0;

АсАт – 0,71; АлАт – 0,49; RW-отр.; HBS Ag-отр.; HCV-отр.; HIV-отр.; УЗИ органов брюшной полости: спленомегалия. Размеры селезенки 174 × 58 мм. Структура однородная, гомогенная. Миелограмма: костномозговой пунктат умеренно клеточный. Бластные клетки не увеличены – 1%. Отмечаются уменьшение количества гранулоцитов (до 18%) и увеличение лимфоцитов (58%) с наличием «волосатых»

клеток. Эритропоэз нормобластический. Мегакариоциты единичные, со скудной отшнуровкой тромбоцитов. Аспират костного мозга получили после второй попытки, возможно, из-за развития фиброза. Трепанобиопсия: лимфоидная метаплазия мелкими лимфоидными клетками с морфологией ворсинчатых лимфоцитов. Строма с нарушениями микроциркуляции.

Таблица 1

Параметры общего анализа крови у больной при поступлении

Показатель	Результат
Эритроцит	3,5×10 ¹² /л
Гемоглобин	87 г/л
Цветной показатель	0,9
Ретикулоциты	1,1%
Тромбоциты	99,5×10 ⁹ /л
Ретикулоциты	1,2%
Лейкоциты	2,9×10 ⁹ /л
Эозинофилы	2%
Палочкоядерные	4%
Сегментоядерные	9%
Лимфоциты	83%
Моноциты	2%
СОЭ	49 мм рт. ст.

На основании комплексного клинико-лабораторного обследования, включавшего данные периферической крови, миелограммы и трепанобиопсии костного мозга, пациентке был установлен диагноз ВКЛ.

С целью определения оптимальной лечебной тактики и прогностической стратегии был созван междисциплинарный консилиум с участием специалистов-гематологов, акушеров-гинекологов и неонатолога. Основным предметом обсуждения явился вопрос сохранения беременности на фоне дебюта ВКЛ и выбора безопасного, но при этом эффективного терапевтического подхода.

Преобладающее мнение экспертов склонялось в сторону прерывания бере-

менности, что, по их мнению, могло бы минимизировать риск летального исхода для матери. Однако пациентка, будучи информирована о возможных последствиях, категорически отказалась как от прерывания беременности, так и от проведения цитостатической химиотерапии. Следует подчеркнуть, что отсрочка патогенетического лечения с применением пуриновых аналогов, традиционно используемых при ВКЛ, существенно повышала вероятность фатального исхода вследствие прогрессирования панцитопении и инфекционно-септических осложнений.

В ходе беседы с пациенткой были подробно разъяснены потенциальные негативные последствия отказа от стан-

дартной иммуно- и химиотерапии, включая высокий риск рецидивирующих инфекций и выраженных геморагических осложнений. В то же время применение цитостатиков в условиях беременности сопряжено с высоким риском тератогенного воздействия и развитием у плода тяжёлой миелосупрессии, что делает их использование крайне небезопасным в гестационном периоде.

В связи с вышеизложенным состоялось повторное заседание консилиума, в котором приняли участие врачи всех смежных специальностей. В результате коллективного обсуждения и оценки соотношения «риск–польза» специалисты единодушно высказались за сохранение

беременности с последующей коррекцией терапевтической программы в пользу использования препаратов с минимальной эмбриотоксичностью.

Из-за тератогенного действия кладрибина от терапии 1-й линии воздержались. Решено назначить рекомбинантный альфа-интерферон (ИФНа) по 1 млн ЕД подкожно, 3 раза в неделю с постепенным переходом до 3 млн ЕД, подкожно, 3 раза в неделю. Выбор тактики лечения ИФНа обусловлен данными о безопасности его применения при беременности.

В результате терапии интерфероном показатели общего анализа периферической крови перед родами значительно улучшились (табл. 2).

Таблица 2

Параметры общего анализа крови у больного после лечения

Показатель	Результат
Эритроцит	$4,2 \times 10^{12}/л$
Гемоглобин	124 г/л
Цветной показатель	0,8
Ретикулоциты	1,6%
Тромбоциты	$139,0 \times 10^9/л$
Ретикулоциты	3,2%
Лейкоциты	$6,2 \times 10^9/л$
Эозинофилы	2
Палочкоядерные	7
Сегментоядерные	33
Лимфоциты	54
Моноциты	4
СОЭ	36 мм рт. ст.

Для объективной оценки эффективности проводимой терапии была выполнена сравнительная характеристика основных гематологических показателей до начала лечения и перед родоразрешением. Результаты анализа динамики представлены в таблице 3.

Следовательно данные из таблицы 3 наглядно показывают, что применение ИФНа обеспечило существенное улучшение кроветворения и клинико-лабораторных параметров. В дальнейшем терапия была временно приостановлена за 10 дней до родоразрешения, которое

прошло через естественные родовые пути. Через 1 месяца после родов назна-

чили терапию 1-й линии: кладрибин по 10 мг, внутривенно, 7 дней.

Таблица 3

Динамика показателей ОАК при поступлении и после лечения

Показатель	До лечения	После лечения	Абс. изм.	Отн. изм., %
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,5	4,2	+0,7	+20,0
Гемоглобин, г/л	87	124	+37	+42,5
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	99,5	139,0	+39,5	+39,7
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	2,9	6,2	+3,3	+113,8
Лимфоциты, %	83	54	-29	-34,9
Сегментоядерные, %	9	33	+24	+266,7
Палочкоядерные, %	4	7	+3	+75,0
Эозинофилы, %	2	2	0	0,0
Моноциты, %	2	4	+2	+100,0
Ретикулоциты, %	1,1	1,6	+0,5	+45,5
СОЭ, мм/ч	49	36	-13	-26,5

По прошествии 2 месяцев после 1-го курса патогенетической терапии кладрибином состояние больной значительно улучшилось, головные боли и головокружение прекратились. Сократились размеры печени и селезенки до 132 × 48 см. Показатели общего анализа крови улучшились. Волосатые клетки в гемограмме убавились, уровень лимфоцитов уменьшились до 52. В миелограмме количество лимфоцитов уменьшились, волосатые клетки не встречаются. Через 6 месяцев от начала патогенетической терапии состояние больной значительно улучшилось, активных жалоб не предъявляет. Гиперпластический синдром не наблюдается, печень и селезенка сократились до нормальных величин. Нормализовались показатели общего анализа крови. Достигнута полная клинико-гематологическая ремиссия.

Переносимость проводимой терапии оценивалась как удовлетворительная: клинически значимых побочных эффектов и осложнений, требующих коррекции или отмены лечения, зарегистрировано не было. На протяжении всего периода лечения и в последующем

осуществлялся регулярный мониторинг гематологических параметров (динамика гемоглобина, количества тромбоцитов, лейкоцитов, абсолютного числа лимфоцитов), что позволило своевременно контролировать эффективность терапии и исключить развитие цитопений.

Период посттерапевтического наблюдения на данный момент составляет 10 месяцев. За это время сохраняются признаки полной клинико-гематологической ремиссии: показатели периферической крови находятся в пределах физиологической нормы, признаков рецидива заболевания не выявлено, гиперпластический синдром отсутствует. Пациентка продолжает находиться под диспансерным наблюдением врача-гематолога поликлинического звена с проведением планового лабораторного контроля и оценкой риска возможной поздней рецидивации ВКЛ.

Заключение

Таким образом, применение рекомбинантного ИФН α у беременных с дебютом ВКЛ представляет собой рациональную терапевтическую альтернативу стандартным цитостатическим режимам, учиты-

вая отсутствие его тератогенного действия и приемлемый профиль безопасности для матери и плода. В представленном клиническом наблюдении использование ИФНа позволило стабилизировать гематологические показатели, сохранить беременность и обеспечить рождение здорового ребёнка. Дальнейшее проведение терапии первой линии после родоразрешения привело к достижению

полной клинико-гематологической ремиссии. Таким образом, ИФНа может рассматриваться как препарат выбора при ведении пациенток с ВКЛ во время беременности в условиях, когда применение химиопрепаратов ограничено или противопоказано.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-ради Л.С. и др. Волосатоклеточный лейкоз и беременность // Терапевтический архив. – 2017. – Т. 89, № 7. – С. 99-104.

2. Аль-Ради Л.С., Самойлова Р.С., Тихонова Л.Ю. и др. Волосатоклеточный лейкоз у больных молодого возраста // Терапевтический архив. – 2008. – Т. 80, № 12. – С. 53-58.

3. Войцеховский В.В. и др. Особенности диагностики и лечения волосатоклеточного лейкоза // Амурский медицинский журнал. – 2019. – № 3(27). – С. 16-19.

4. Хасанов Д.М. и др. Принципы ведения, терапии и профилактики различных форм лейкозиев при беременности // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2021. – Т. 11, № 1(37). – С. 93-98.

5. Шамсов А.Т. и др. Ҳалли пешгирӣ ва бартарарф намудани оризаҳои камхунӣ ҳангоми полихимиотерапияи агрессивии беморони гирифтори лимфолейкози музмин // Авджи Зухал. – 2020. – № 1. – С. 159-164.

6. Al-Radi L. et al. Inhibitor of B-RAFV600E Mutation in Hairy Cell Leukemia. – 2020. – Vol. 20, No. Suppl.1. – С. 284-296.

7. Golomb H.M., Catovsky D., Gol D.W. Hairy cell leukemia: a clinical review based on 71 cases // Annals of Internal Medicine. – 1978. – Vol. 89, № 5, Part 1. – С. 677-683.

8. Kreitman R.J. Hairy cell leukemia: present and future directions // Leukemia & lymphoma. – 2019. – Vol. 60, № 12. – С. 2869-2879.

9. Maitre E., Cornet E., Troussard X. Hairy cell leukemia: 2020 update on diagnosis, risk stratification, and treatment // American journal of hematology. – 2019. – Vol. 94, № 12. – С. 1413-1422.

10. Robak T., Janus A., Jamrozik K. et al. Vemurafenib and rituximab in patients with hairy cell leukemia previously treated with moxetumomab pasudotox // Leukemia & lymphoma. – 2021. – Vol. 10, № 13.

Сведения об авторах:

Шамсов Абдулхафиз Точидинович – ассистент кафедры внутренних болезней № 3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 907787474; e-mail: shamsov1960@gmail.com

Ураков Комрон Зокирович – зав. кафедрой внутренних болезней № 3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н., доцент; тел.: (+992) 900004666; e-mail: komron_med83@mail.ru

Ходжиева Гулнора Бобоевна – доцент кафедры внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н., доцент; тел.: (+992) 918626941; e-mail: gulnorahodzieva96@gmail.com

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович – директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», к.м.н.; тел.: (+992) 907588887

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

**Уважаемые авторы!
Редакция журнала «Мать и дитя» просит Вас придерживаться**

следующих правил оформления рукописи

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

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

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

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

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

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

6. Рекомендуемый объём статей: для оригинальных исследований – 8-10 страниц, описание отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 12-15 страниц информации, клинический случай, письма в редакцию и другой материал – 3 страницы. Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру: **УДК; инициалы и фамилии автора/ов; полное название рукописи; аннотация (резюме); введение (актуальность); цель исследования; основная часть, которая содержит разделы: «Материал и методы»; «Результаты» и «Обсуждения»; выводов (заключение) и списка литературы.**

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

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

Название статьи должно быть лаконичным, информативным и точно определять её содержание. В сведениях об авторах указываются фамилии, имена, отчества авторов, учёные степени и звания, должности, место работы (название учреждения и его структурного подразделения), а также следующие

идентификаторы: Researcher ID (WoS), Scopus ID, ORCID ID, SPIN-код (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 представлять 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 заявлении 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 информации 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.