



ASTANA MEDICA  
UNIVERSITY

**«Ана мен баланы қорғаудағы заманауи  
трендтер» халықаралық қатысумен  
республикалық ғылыми-  
практикалық конференциясының  
материалдар жинағы**

---

**Сборник материалов  
республиканской научно-практической  
конференции с международным участием  
«Современные тренды в охране  
материнства и детства»**

**7-8 қараша 2024 ж. Астана қ.**

**«Астана медицина университеті» КеАҚ**



**«Ана мен баланы қорғаудағы заманауи трендтер»  
халықаралық қатысумен республикалық ғылыми-  
практикалық конференциясының  
материалдар жинағы**

**Сборник материалов  
республиканской научно-практической конференции  
с международным участием  
«Современные тренды в охране материнства и детства»**

**7-8 қараша 2024 ж. Астана қ.**

УДК 618 ББК 51.14  
ISBN 978-601-244-460-5  
А56

**Редакционная коллегия:**  
**Смаилова Л.К., Абжанова Г.М., Искаков С.С.,**  
**Шегенов Г.А., Есетова А.Б., Маратова А.М.,**  
**Нағый Г.Н, Нурмахан Н.С., Омирзакова Н.Ж., Әбилаева Б.Е.**

**«Ана мен баланы қорғаудағы заманауи трендтер» халықаралық қатысумен республикалық ғылыми-практикалық конференциясының материалдар жинағы**

**Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные тренды в охране материнства и детства»**

**7-8 қараша, 2024 жыл – Астана:**  
**«Астана медицина университеті» КеАҚ,**  
**2024. – 206 бет. – қазақ, орыс, ағылшын тілдерінде**

Жинаққа «Ана мен баланы қорғаудағы заманауи трендтер»  
(2024 жылғы 7-8 қараша)

Халықаралық қатысуымен жас ғалымдар, интерндер, резиденттер, магистранттар, «Астана медицина университеті» КеАҚ докторанттары, Әзербайжан, Қазақстан, Қырғызстан, Тәжікстан, Түрікменстан, Өзбекстан. Республикасының басқа да жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдарының республикалық ғылыми-практикалық конференциясының материалдары кірді.

Конференция материалдары ғылыми бағыттардың кең ауқымын қамтиды. Жарияланған жұмыстар белсенді студент жастардың, жас ғалымдардың, резиденттердің, магистранттардың, докторанттардың, ассистенттердің, ғылыми - зерттеу қызметімен айналысатын кіші ғылыми қызметкерлердің, сондай-ақ жас мамандардың кең ауқымы үшін зор құндылық болып табылады.

В сборник вошли материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные тренды в охране материнства и детства» (7-8 ноября 2024 года) молодых ученых, интернов, резидентов, магистрантов, докторантов НАО «Медицинский университет Астана», других медицинских организаций высшего и послевузовского образования Республики Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан.

Материалы конференции охватывают широкий спектр научных направлений. Опубликованные работы представляют огромную ценность для широкого круга активной студенческой молодежи, молодых ученых, резидентов, магистрантов, докторантов, ассистентов, младших научных сотрудников, занимающихся научно-исследовательской деятельностью, а также для молодых специалистов.

## МАЗМУНЫ

1	<b>Akhrorova, Sh.O.</b> SOME CAUSAL FACTORS OF LUTEAL PHASE INSUFFICIENCY IN WOMEN WITH RECURRENT PREGNANCY LOSS	6
2	<b>Norkulova.M.A, Muminova N.H., Aripov O.A.</b> THE ROLE OF NITRIC OXIDE DONORS IN HEMODYNAMIC DISORDERS IN THE MOTHER-PLACENTA-FETUS SYSTEM IN PREGNANT WOMEN IN THE 1ST TRIMESTER	6-7
3	<b>Мирзаева Н., Муминова Н.Х.</b> РОЛЬ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ В 1-М ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ	7-9
4	<b>Ummatova R.Sh.</b> SOMATIC STATUS OF WOMEN WHO HAVE EXPERIENCED MASSIVE OBSTETRIC HEMORRHAGE	9-10
5	<b>Айдинов Р.Б., Омарова Г.К.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ИНДУКЦИИ РОДОВ	10-11
6	<b>Алиева П.И.</b> ЭФФЕКТИВНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОГОРОЖАВЩИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	11-12
7	<b>Ахмедова М.О.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ	12-13
8	<b>Багирова Х.Ф., Багирова С.К., Везирова Р.Ш., Гусейнова П.М., Джаваншир П.А.</b> НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА	13-15
9	<b>Бобоева А.И.</b> КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И НОРМАЛИЗАЦИЯ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА	15-16
10	<b>Боранбай М.К., Мергенева А.С., Искалиева С.С. Бектурсынова К.Т., Бабашева Ж.Б.</b> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ЭНДОМЕТРИТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ	16-20
11	<b>Ходжамбердыева Гульджахан.</b> ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ	20-22
12	<b>Джураева Д.Л.</b> РОЛЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ.	22-24
13	<b>Есетова А.Б., Маратова А.М., Әбилаева Б.Е.</b> РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	25-29
14	<b>Жаксылықова А.М., Ашимова Н.М., Жунусова М.А., Есекей А.Е.</b> АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ СРЕДИ ШКОЛЬНИЦ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ	29-32
15	<b>Зарипова Д.Я.</b> СТЕПЕНЬ СВЯЗИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С РИСКОМ ОСТЕОПОРОЗА	33
16	<b>Муминжонова И. Ф., Абдуллаева Л.М.</b> ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ МИОМЫ МАТКИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ МИОМАХ МАТКИ	33-34
17	<b>Муминова Н.Х, Арипов О.М., Норкулова М.А.</b> ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЕ	34-38

18	<b>Ниязметов Р.Э., Топхара Е.Н., Матмуродова Н.Ш.</b> ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ	38-40
19	<b>Рахманова И.И., Каримов Ф.Д.</b> ИСХОДЫ РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ЗАТЯНУВШЕМСЯ ЛАТЕНТНОМ ПЕРИОДЕ	40-42
20	<b>Серікова Г.Ж., Аблакимова А.А., Тыныштықбай І.Б., Сламова Ә.Қ.</b> ЖҮКІТІЛІКТІҢ ЕРТЕ КЕЗЕНДЕГІ ӨЗДІГІНЕН ТҮСІК ТАСТАУ СЕБЕПТЕРІ	42-46
21	<b>Султонова Н.А., Негматуллаева М.Н.</b> РАННИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИЧИН САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШЕЙ	46-47
22	<b>Топхара Е.Н., Матмуродова Н.Ш., Абдурахманова Б.Р., Аликулова Ш.А., Ниязметов Р.Э.</b> РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФОРМА ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ	47-53
23	<b>Уктамова Ю.У.</b> ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВОСЕЧЕНИЯ	53-54
24	<b>Хикматуллаева М.Р.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ ИСТОМОЦЕЛЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ	54
25	<b>Ходжаева А.С.</b> ПРЕДИКТОРЫ ПУБЕРТАТНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	54-58
26	<b>Ярматова Ш.З.</b> ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ	58-61
27	<b>Akhmedova M.O.</b> ASSESSMENT OF THE INFORMATIVENESS OF MULTIPLE BIOPSY IN WOMEN WITH DYSPLASTIC CHANGES IN THE MULTILAYERED SQUAMOUS EPITHELIUM OF THE CERVIX	61-62
28	<b>Ibrakhimova N.O.</b> FEATURES OF DIAGNOSIS OF DELAYED SEXUAL DEVELOPMENT IN ADOLESCENT GIRLS	62-65
29	<b>Jumaniyazova S.R.</b> ISSUES OF HORMONAL CORRECTION IN SCLEROCYSTIC OVARIES COMBINED WITH THYROID DISEASES	65-66
30	<b>Norkulova.M.A, Muminova N.H., Aripov O.A.</b> PROBLEMS RELATED TO ENDOMETRIOSIS AND ENDOMETRIOSIS AND OVARY SINDROM IN WOMEN OF REPROGUCTIVE PERIOD OF THE UZBEK POPULATION	66-67
31	<b>Sultonova N.A.,Negmatullaeva M.N.</b> ASSESSMENT OF THE RESULTS OF THE IMMUNOGYSTOCHEMICAL METHOD IN DETERMINING THE PATHOLOGY OF A TYPICAL MISCARRIAGE	67-68
32	<b>Yerkinbek U. M., Jetpisbayeva A. I., Yergaliyeva B. K.</b> DYSMENORRHEA AS A CLINICAL MANIFESTATION OF ENDOMETRIOSIS IN ADOLESCENTS	68-71
33	<b>Yusupbaev R.B., Jolimbetov I.P.</b> MATERNAL HEMODYNAMIC ASSESSMENT IN FETAL GROWTH RESTRICTION, RELATIONSHIP BETWEEN MOTHER AND FETUS, EFFICACY OF MOD-MPI	71-74
34	<b>Алджанова М.Д.</b> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ	74-76
35	<b>Ахмедова М.О.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЧ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ	76-82
36	<b>Баубекова А.Ш., Қайсарбек К.М., Аманкелді Л., Рахимов Б.Е.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ПО РУБЦУ	82-83
37	<b>Бекбаулиева Г.Н., Эшмуродова С. Ш., Нигматова Н.М.</b> КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	84-87

38	<b>Бекбаулиева Г. Н., Дусматова Д., Тилегенов Б.М.</b> ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ АССОЦИИРОВАННОЙ МИОМОЙ МАТКИ	87-92
39	<b>Бекбаулиева Г.Н., Нигматова Н.М.</b> СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С УЧЕТОМ МНОГОФАКТОРНОГО ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	92-93
40	<b>Бердиев А.Ш., Ахмедов Ф.К.</b> РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА 1В МАТЕРИНСКОЙ СЫВОРОТКИ ПРИ РЕВМАТИЗМАХ: ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ	93-94
41	<b>Есетова А.Б., Маратова А.М., Смагулова Л.Т., Бошанова Э.М.</b> ИЗУЧЕНИЕ В АНАМНЕЗЕ ПРИЧИН И ПОСЛЕДСТВИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СРАВНЕНИИ СО СРОЧНЫМИ РОДАМИ	94-96
42	<b>Искакбаева Ү.Ш., Үксикбай Қ.</b> ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ҰРЫҚТЫҢ АНТЕНАТАЛЬДЫ ӨЛУІНІҢ ҚАУПТІ ФАКТОРЛАРЫ.	96-99
43	<b>Обланова Д.С, Маматов С.О.</b> АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕНАТАЛЬНОЙ И ПОСТНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОРФАННЫХ ЗА\ БОЛЕВАНИЙ.КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЙЛИ-ДЕЯ	99-100
44	<b>Тагиева В.З.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ	100-101
45	<b>Маратова А.М., Есетова А.Б.</b> ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ	101-106
46	<b>Омирзакова Н.Ж., Нағый Г.Н., Нурмахан Н.С.</b> ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	107-108
47	<b>Зарипова Д.Я.</b> ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	109-110
48	<b>Қадыр А.Е., Акимжанова А.Э., Тилекова А.Ж.</b> ОБИЛЬНЫЕ МЕНСТРУАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.	110-111
49	<b>Кушан А.А., Махмутова М.С., Галицкая Т.Н.</b> ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ReCoDe ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОНФАУДИНГ - ФАКТОРОВ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА.	111-114
50	<b>Малгаждарова Б.С., Тулемисова А.А., Кожгаппарова А.Г., Байтанатова А.Б.</b> ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	114-117
51	<b>Малгаждарова Б.С., Тулемисова А.А., Кожгаппарова А.Г.</b> РОЛЬ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ В РЕШЕНИИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ	117-121
52	<b>Муминова Н.Х., Джумаева С.Т.</b> ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ВОПРОСАМ ЭНДОМЕТРИОЗА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	121-122
53	<b>Муминова Н.Х., Джумаева С.Т.,</b> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	123-126
54	<b>Мырзашова А.Г.</b> РОЛЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИИ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ	126-127
55	<b>Нағый Г.Н., Нурмахан Н.С., Омирзакова Н.Ж.</b> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ	127-132

56	<b>Нурмахан Н.С., Нагый Г.Н., Омирзакова Н.Ж.</b> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА – ЗАЛОГ РЕПРОДУКТИВНОГО БУДУЩЕГО	132-140
57	<b>Рахматуллаева М.М.</b> НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУННАЯ СРЕДА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ	140-141
58	<b>Топхара Е.Н., Матмурадова Н.Ш., Абдурахманова Б.Р., Ниязметов Р.Э.</b> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ	141-142
59	<b>Уктамова Ю.У.</b> НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	142-143
60	<b>Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р.</b> КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	143-145
61	<b>Ярматова Ш.З.</b> МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	145-147
62	<b>Билялова Г. Е., Искаков С. С.</b> ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ	147-149
63	<b>Болтаева М.М.</b> ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФЕТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА	149-150
64	<b>Гафурова Н.Г., Цой В.Ю., Каримова У.А.</b> БИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК АКУШЕРСКОГО ГЕНЕЗА	150-153
65	<b>Дастанбек А.М., Төлеш Ж.Т., Кунчинова Л.А., Музарханова Ш.Е.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО МЕТОДА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ В РУБЦЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.	153-156
66	<b>Есболатова Г. Е., Кабыл Ш. К., Смагулова Л. К., Каирова А. Б, Бошанова А. М.</b> ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНЫХ И МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ И ПОДБОРА МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ НА УРОВНЕ ПМСП	156-160
67	<b>Есжанова А.А., Космуратова Ш.Б., Искакова А.М.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛТРОМБОПАГА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.	160-161
68	<b>Ибрахимова Н.О.</b> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ	161-162
69	<b>Искалиева С.С., Кашкинбаева М.С, Искакова А.М., Жангазина Ю.Н.</b> ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	162-163
70	<b>Искалиева С.С., Қартбаева Ж.Р.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕХНИКИ УШИВАНИЯ РАЗРЕЗА НА МАТКЕ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ:СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ	163-166
71	<b>Камзина З.Г., Баубекова А.Ш., Куштекова А.Т., Аумолдаева З.М.</b> НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО (обзор литературы)	167-169
72	<b>Суяркулова М.Э.</b> ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ И ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА	169-175
73	<b>Әділова Д.Ә., Мекебаева Д.Ж., Смагулова Л.Т., Абдыгалиева А.Ж., Бошанова Ә.М.</b> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.	176-178
74	<b>Пахманова Б.Е.,Серік Н.С., Смаил Қ.Н.</b> ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ С ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОКА РАЗВИТИЯ МАТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ	178-179

	СЛУЧАЙ)	
75	<b>Серік Н.С., Смаил Қ.Н., Пахманова Б.Е.</b> ЭФФЕКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КИСТОМЫ ЯИЧНИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	179-180
76	<b>Смаил Қ.Н., Серік Н.С., Пахманова Б.Е.</b> ЖҮҚТІЛЕРДЕ РЕЗУС ТЕРІС ҚАН ТОБЫ КЕЗІНДЕГІ ПЕРИНАТАЛДЫҚ АСҚЫНУЛАРДЫ ТАЛДАУ	180-181
77	<b>Толеш Ж.Т., Ошақбаева Ә.С., Оңал А.Б.,</b> СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ	181-183
78	<b>Пугоева Х.Х., Музарханова Ш. Е., Дегтярева Г.В., Дастанбек А. М.</b> ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	184-186
79	<b>Пугоева Х.Х., Орынбасарова Ж. О., Мұратбек Г.А.</b> ЖАТЫР МОЙНЫ ЖҮҚТІЛГІНДЕ ЖАТЫР АРТЕРИЯСЫНЫҢ ЭМБОЛИЗАЦИЯСЫ-КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ	186-188
80	<b>Маратова Т., Мыркасымова А.Т.</b> АМБУЛАТОРИЯ ДЕҢГЕЙІНДЕ ЖОҒАРЫ ҚАУІП ТОБЫНДАҒЫ ЖҮҚТІ ӘЙЕЛДЕРДІ ЖҮРГІЗУДІҢ КЕЙБІР МЕЗЕТТЕРІ	188-191
81	<b>Джамалбекова А.Д., Балтабаева Қ.Т., Бекбосын А.М., Смагулова Л.Т., Турлыбаева В.Ж., Бошанова Ә.М.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ИСТИННОМ УЗЛЕ ПУПОВИНЫ И ОБВИТИИ ПУПОВИНОЙ	191-193
82	<b>Yerkinbek U. M., Jetpisbayeva A. I., Yergaliyeva V. K.</b> ART OUTCOMES IN COUPLES WITH INFERTILITY	193-195
83	<b>Зәкір А.Ш., Камытбек С.К., Кеңесбекова А.Ж.</b> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ADHERENCE К ЛЕЧЕНИЮ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ	195-196
84	<b>Исамиддинова Э.И., Коленова З.Е.</b> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА	197-200
85	<b>Voltaeva M.M.</b> THE MAIN CAUSES OF PERINATAL DAMAGE TO THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN NEWBORNS	200-201
86	<b>Искаков С.С., Сагандыкова Г.А., Абеннова Ж.Ш., Есжанова А.А.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗРЫВА МАТКИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ	201-203
87	<b>Ахметханова А.А., Аманкараева А.П., Акжан Ә.Р., Болатжан М.</b> АНАЛИЗ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ	203-204
88	<b>Ахмедова К.А.</b> ИЗУЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ	204-205
89	<b>Ахмедова К.А.</b> ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ НЕОПЛАЗИИ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКООНКОГЕННОГО РИСКА: ОСОБЕННОСТИ КОЛЬПОСКОПИИ	205-206

Akhrorova, Sh.O.

**SOME CAUSAL FACTORS OF LUTEAL PHASE INSUFFICIENCY IN WOMEN WITH RECURRENT PREGNANCY LOSS***Asatova, M.M., Dsc, professor**Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health  
Tashkent, Uzbekistan*

**Relevance.** Recurrent pregnancy loss remains one of the most relevant and complex medical and social problems. Despite the implementation of new methods of examination and treatment of this reproductive pathology, its frequency in modern obstetrics reaches 10-25% of the total number of pregnancies. Hormonal disorders account for up to 30% of the causes of reproductive losses. Luteal phase insufficiency (LPI) of the menstrual cycle is a consequence of the dysfunction of many endocrine glands. The effectiveness of measures taken to prevent recurrent pregnancy loss largely depends on eliminating the main causes of LPI formation.

The aim of the study is to investigate the etiological factors of luteal phase insufficiency in women with two or more reproductive losses in their history.

**Materials and methods.** The study included 78 patients with a history of recurrent pregnancy loss who sought medical advice at the consultative outpatient clinic of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health in [location]. The examination included clinical and anamnestic, gynecological, ultrasound examinations of the pelvic organs, hormonal studies to determine the levels of gonadotropins (FSH, LH), prolactin (PRL), free testosterone, thyroid-stimulating hormone (TSH), and ovarian steroid hormones.

**Results of the study.** The average age of the patients was  $25.8 \pm 3.28$  years. The main complaints reported by the patients during the interview were as follows: 35 (44.8%) reported genital tract discharge, and 18 (23%) reported lower abdominal and lumbar pain.

The age at menarche was 13-14 years or older for more than half of the patients. Menstrual cycle was not established immediately and had an irregular character in 45% of the patients. Postponement of the menstrual cycle was observed in every 4th patient. Excessive hair growth was observed in 8 (10.2%) women, and nipple discharge was detected in 5 (6.4%) women.

Data from obstetric and gynecological history showed that 75 (96.1%) patients had non-developing pregnancies, and 59 (75.6%) patients had spontaneous miscarriages. Medical abortion was performed in 57 (73%) patients, and 42 (53.8%) patients underwent uterine curettage.

Reproductive losses were most commonly observed in early pregnancy. The predominant gestational ages were 5-6, 7-8, and 9-10 weeks.

During ultrasound examination, most patients had an endometrial thickness of less than 7 mm from day 19 to 22 of the menstrual cycle. In 53.3% of the patients, the endometrium had an echo-heterogeneous appearance, and in 36.7% of the patients, the endometrial echostructure did not correspond to the day of the menstrual cycle.

Hormonal investigation results showed that hypofunction of the thyroid gland was detected in 63 (80.7%) patients, hyperprolactinemia was observed in 7 (8.9%), and hypogonadotropic ovarian insufficiency was found in 5 (6.4%) women.

**Conclusions.** Considering that luteal phase insufficiency is a symptom indicating ovarian dysfunction, clarifying the mechanisms of its formation will allow for effective prevention of recurrent pregnancy loss. Preliminary data showed that the main quota of patients is represented by thyroid pathology. Given the small volume of conducted research, further studies are necessary.

UDC:618.3:618.46

Norkulova.M.A, Muminova N.H., Aripov O.A.

**THE ROLE OF NITRIC OXIDE DONORS IN HEMODYNAMIC DISORDERS IN THE MOTHER-PLACENTA-FETUS SYSTEM IN PREGNANT WOMEN IN THE 1ST TRIMESTER**

*Scientific supervisor: Muminova N.H. Associate Professor, Doctor of Medical Sciences, Director of the branch Center for the Development of Advanced Training for Medical Workers  
Department of, CDATMW, Uzbekistan*

**Relevance.** In recent years, reports have appeared on the possible role of nitric oxide in the regulation of vascular resistance and blood pressure in the uteroplacental complex, which ensures adequate placental blood flow, nutrition and oxygenation of the fetus. Nitric oxide (NO) is also known to relax uterine smooth muscle, which maintains uterine quiescence during pregnancy, acts as an immunosuppressant, and is involved in the regulation of labor.

According to many authors, the key link in the pathogenesis of this condition is generalized endothelial dysfunction, as a result of which there is an imbalance between vasodilating autocooids - nitric oxide, prostacyclin, endothelial relaxing factor.

The purpose of this study was to study the effect of NO donors on hemodynamic changes in the mother-placenta-fetus system, the functional state of the endothelium in cases of impaired fetal and childbirth in cases of impaired uteroplacental-fetal circulation.

Materials and methods. 107 women were examined in the first trimester of pregnancy and at the age of  $25.2 \pm 0.5$  years, with impairment (FPK) 1-b and 2nd degree verified by Doppler.

We used L-arginine 500 as an exogenous nitrogen donor, 1 capx 2 times a day, for 15 days.

In addition, we took into account all the causes of MPPC: low-grade infection, STIs, BMI, somatic pathology such as anemia, complications of pregnancy-moderate preeclampsia, which could provoke hypercoagulation in the hemastasis system.

Pregnant women subjectively felt violent fetal movements, which exceeded more than 20 times in 12 hours, which also indirectly indicated intrauterine fetal hypoxia.

**Results and discussion.** Hemastasiogram: aPTT averaged  $23.9 \pm 0.2$  sec, INR -  $1.05 \pm 0.01$ , fibrinogen  $4.2 \pm 0.7$  g/l, indicating hypercoagulation.

In this connection, along with L-arginine, Curantil was prescribed at a dose of 25 mg x 3 times a day, antibacterial drugs of general and local action, systemic enzyme therapy (Wobenzym) and, based on hemastasiogram indicators, antiplatelet agents and anticoagulants (Cardiomagnyl at 75 mg per day, Fraxiparine at 0.3 per day)

After the start of the course of therapy, by the end of the 2nd day, pregnant women noted improvements in their general well-being, the number of fetal movements decreased, pulling pains and paresthesias disappeared. Laboratory parameters: APTT parameters averaged  $30.1 \pm 0.6$  sec, INR -  $0.7 \pm 0.01$ , fibrinogen  $3.8 \pm 0.5$  g / l.

**Conclusions.** Thus, L-arginine is an effective NO donor and can be recommended as an organic vasodilator and can be recommended in complex therapy for blood flow disorders in the fetoplacental complex during miscarriage of any etiology.

УДК:618.3:618.46

Мирзаева Н, Муминова Н.Х.

## РОЛЬ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ В 1-М ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ

*Центр развития повышения квалификации медицинских работников  
Ташкент, Республика Узбекистан*

**Актуальность.** В последние годы появились сообщения о возможной роли оксида азота в регуляции сосудистого сопротивления и давления крови в маточно-плацентарном комплексе что обеспечивает адекватный плацентарный кровоток, питание и оксигенацию плода. Также известно, что оксид азота(NO) расслабляет гладкую мускулатуру матки, что поддерживает состояние покоя матки во время беременности, действует в качестве иммуносупрессора и участвует в регуляции родов.

По мнению многих авторов, ключевым звеном в патогенезе данного состояния лежит генерализованная дисфункция эндотелия, в результате которой наблюдается дисбаланс

между сосудорасширяющими аутокоидами - оксидом азота, простаглицлином, эндотелиальным релаксирующим фактором.

**Целью данного исследования** явилось изучение влияния донаторов NO на гемодинамические изменения в системе мать-плацента-плод, функциональное состояние эндотелия при нарушении плодово-плацентарного кровотока, а также клиническая оценка исходов беременности и родов при НМППК.

**Материалы и методы.** 65 беременные обратились в 1-м триместре в отделении гинекологии с клиническими признаками угрозы прерывания беременности, подтвержденный ультразвуковым исследованием.

Возраст больных в среднем составил  $22 \pm 0,5$  лет. Из 65 беременных в анамнезе были 2 выкидыша у 17, 3 у 5 беременных.

Из соматической патологии ведущее место занимало -анемия различной степени: 1-й у 25, 2-я у 29, 3-я степень у 11, которые были проконсультированы у семейного врача для исключения каких либо заболеваний крови .

Инфекции мочевых путей- где у 33 беременных в анализах мочи были найдены бактерии, лейкоциты и беременные указали на перенесенный цистит 25, 9 на пиелонефрит и большинство из них получали по 2-3 курса антибактериальной терапии как вне, так и при предыдущих беременностях.

По литературным данным которые утверждают, что условно-патогенные микроорганизмы, такие как грибы рода *Candida* и гарднереллы, которые поражают женскую половую сферу нижнего этажа вызывают дискомфорт в организме беременной, с одновременным развитием различного характера осложнений (1,4,5).

При акушерском осмотре 65 беременных, у 46 из них были верифицированы угроза выкидыша в манифестной форме , а также признаки кольпита различной степени выраженности при бактериальном посеве обнаружены грибы рода *Candida*, гарднереллы и неспецифическая Грамм + флора.

У повторно беременных по поводу угрозы получали различной дозы прогестерон и только из 65 только 5 получали для формирования полноценного эндометрия моно эстрогены. И никто из них не получал лечения против кольпита, во избежания тератогенного действия препаратов.

Цитокиновый статус берерменных в сравнительном аспекте проверили тольк 32 беременным и для сравнения результатов была организована контрольная группа из 17 здоровых беременных.

В зависимости от характера лечения все больные были разделены на 2 клинические группы: 1-я основная группа – 30 пациенток, у которых для купирования угрозы выкидыша назначали синтетический аналог натурального прогестерона дидрогестерон (Дюфастон, Аббот, Нидерланды) по 10мг х 3 раза в сутки, в течении 10 дней. Если угроза купировалась оставляли беременную на 30мг, со снижением дозы на 10мг, в случае возникновения осложнений (мажущие выделения, продолжающиеся боли, свидетельствующие об угрозе выкидыша беременности) дозу повышали до 10мг в сутки с добавлением в курс лечения транексамовой кислоты под строгим контролем коагулограммы.

Во второй группе также были 25 беременные, которым назначили Дюфастон в идентичной дозе, но учитывая анамнестические и данные бактериоскопии назначали одновременно допустимые в 1-м триместре гестации противогрибковые свечи, со 2-го триместра Кандидо -100 (Kusum Healthcare, Индия) по 1 свече 1 раз в сутки в течении 5 дней, а при необходимости курс лечения продолжали до 7-10 суток.

Исходя из данных литературы(2,3), подобранная адекватная форма нами дидрогестерона создавало оптимальные условия для развития имплантационного окна и формированию своевременного ПИБФ , которая имело важное значение для нормального прогрессирования настоящей беременности. Также дидрогестерон на наш взгляд имел ряд преимуществ перед другими формами прогестерона, без побочных эффектов с легким переносом и с высокой биодоступностью гормонального препарата, почти до 100%, как при парентеральном введении лекарства.

А также дидрогестерон при угрозах выкидыша, которая наблюдалась у всех 55 беременных в течении короткого времени, из-за высокой биодоступности быстро и эффективно купировала патологическое состояние.

Для достоверности эффекта дидрогестерона каждые 2 суток мы проверяли гормональный фон, в случае адекватного и эффективного действия экзогенного гормона уровень прогестерона в крови повышался.

Были обследованы 107 женщин в I триместре беременности и в возрасте  $25,2 \pm 0,5$  лет, с нарушением (ФПК) 1-й и 2-й степени верифицированной методом доплерометрии.

В качестве экзогенного донатора азота нами был применен L- аргинин 500, по 1 капх2 раза в сут, в течении 15 дней.

Помимо этого нами были учтены все причины МППК: вялотекущая инфекция, ИППП, ИМТ, соматическая патология такие как анемия, осложнения беременности-преэклампсии средней степени, которые смогли спровоцировать гиперкоагуляцию в системе гемостаза.

Беременные субъективно ощущали бурное шевеление плода, которое за 12 часов превышало более 20 раз, что также косвенно указывало на внутриутробную гипоксию плода.

**Результаты и обсуждение.** Гемастазиограмма: АЧТВ в среднем составили  $23,9 \pm 0,2$ сек, МНО- $1,05 \pm 0,01$ , фибриноген  $4,2 \pm 0,7$  г/л, свидетельствовали о гиперкоагуляции.

В связи с чем наряду с L-аргинином назначали Курантил по 25 мгх3 раза в сут., антибактериальные препараты общего и местного действия, системную энзимотерапию (Вобензим) и по показателям гемастазиограммы антиагреганты и антикоагулянты (Кардиомагнил по 75мг в сут, Фраксипарин по 0,3 в сут.)

После начало курса терапии, уже к концу 2-х суток беременные отмечали улучшения общего самочувствия, количество шевелений плода уменьшалось, боли тянущего характера, парестезии исчезали.

Лабораторные показатели: показатели АЧТВ в среднем составили  $30,1 \pm 0,6$ сек, МНО- $0,7 \pm 0,01$ , фибриноген  $3,8 \pm 0,5$  г/л.

**Выводы.** Таким образом, L-аргинин является эффективным донатором NO может быть рекомендован как органический вазодилататор и может быть рекомендован в комплексной терапии при нарушениях кровотока в плодово-плацентарном комплексе.

UDC: 618.5-005.1-612.017.1-084-037

Ummatova R.Sh.

## SOMATIC STATUS OF WOMEN WHO HAVE EXPERIENCED MASSIVE OBSTETRIC HEMORRHAGE

Yusupov U.Y., Dsc

*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health.  
Tashkent, Republic of Uzbekistan*

**Relevance.** Maternal morbidity and severe obstetric complications remain an insurmountable problem on a global scale, posing a risk of severe pregnancy outcomes (near miss and maternal mortality). Massive obstetric hemorrhage (MOH) currently serves as the leading cause of near miss conditions. It has been established that 3-8% of all deliveries result in massive hemorrhage. According to the National Committee of the Republic of Uzbekistan, maternal mortality from obstetric hemorrhage accounts for 25.8%. Among the causes of maternal mortality in Uzbekistan, obstetric hemorrhage ranks first.

**Objective.** To study the somatic status of women who have experienced massive obstetric hemorrhage in order to identify the risk of its development.

**Materials and Methods.** A retrospective analysis of medical records of 600 pregnant women who experienced massive obstetric hemorrhage at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health from January to May 2020 was conducted. The age range of women was in the average reproductive age (25-35 years). Among the examined women,

220 were multiparous, 154 were multiparous, and 216 were primiparous. The majority of them were housewives - 420 women (70%).

**Results.** The analysis of the somatic status of women showed that the most common pathology was iron-deficiency anemia - 25.3% (152 women). Mild anemia was diagnosed in 122 women (48%), moderate anemia in 25 women (10%), and severe anemia in 5 women (2%). It should be noted that only 40 women (26.3%) received anti-anemic therapy during the gestational period. All of them were urban residents. Anemia was more common among housewives in rural areas. The second most common pathology was liver diseases (136 women - 22.7%). Mostly, these were hepatitis B and C, and liver cirrhosis. Among the examined women, 96 pregnant women (16.2%) had kidney diseases such as pyelonephritis in various forms of activity and asymptomatic bacteriuria. Varicose veins were observed in 14 women (2.3%). Endocrine pathology included abdominal obesity in 11 women (1.8%). Thrombocytopathy, an important pathology, was diagnosed in 6 women (1%).

**Conclusions.** Thus, young primiparous women, housewives, multiparous women over 35 years old, women with varying degrees of anemia, and those with liver and kidney diseases are at risk of developing massive obstetric hemorrhage during the gestational and postpartum periods. Timely prevention and treatment of somatic diseases and improving medical literacy among the population will undoubtedly lead to a reduction in obstetric hemorrhage.

УДК: 618.5-089.888.14

Айдинов Р.Б., Омарова Г.К.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ИНДУКЦИИ РОДОВ

*НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова»  
г. Алматы, Республика Казахстан.*

**Введение** Индукция родов (ИР) является важным звеном в современном акушерстве и играет ключевую роль в управлении беременностью и родами. С ростом частоты ИР повышаются и риски, связанные с ними. Поиск оптимальных стратегий для достижения безопасной и эффективной инициации родов становится актуальным. Механический и фармакологический методы ИР представляют собой объекты интенсивного исследования и обсуждения в научном сообществе [7].

**Цель исследования:** оценить перинатальные исходы ИР.

### **Материалы и методы**

В проспективное исследование включено 100 беременных в сроке от 37 до 41«+» недель гестации. Возраст пациенток был в пределах от 19 до 38 лет, средний возраст  $29 \pm 0,8$  лет. Изучены анамнез жизни, репродуктивный анамнез, течение беременности, результаты лабораторных исследований. Степень зрелости шейки матки определена по модифицированной шкале Е. Бишоп. Состояние плода оценивалось по данным ультразвукового исследования и кардиотокографии, состояние новорожденного – по шкале Апгар. Ведение родов по партограмме.

В исследование были включены беременные с наличием показаний к ИР и отсутствием условий для амниотомии и противопоказаний для консервативных родов. Критерии включения: беременные со сроком гестации 37-41+, головным предлежанием плода, преэклампсией, хронической/гестационной гипертензией, острым многоводием, незрелостью родовых путей.

Критерии исключения: фетальная хирургия при беременности, рубец на матке, предлежание плаценты, аномальное предлежание и положение плода, активный генитальный герпес, корригированные разрывы промежности 3 степени, мочеполовые и кишечно-половые свищи, рак шейки матки.

В зависимости от метода подготовки шейки матки к родам беременные были разделены на 2 группы (основная, контрольная), в каждую из которых включены по 50 женщин.

Беременной основной группы в цервикальный канал вводился баллонный дилататор - катетер Foley (№20-22) на 12-18 часов, контрольной группы - синтетическое производное

простагландина E1 по 25-50 мг интравагинально каждые 6 часов до 4-х раз в сутки. После успешной подготовки шейки матки к родам, беременным проводилось родовозбуждение - амниотомия с последующим внутривенным, капельным введением окситоцина.

### **Результаты исследования**

Беременные в обеих группах были сопоставимы по возрасту, соматическому и репродуктивному анамнезу. Анализ паритета в сравниваемых группах выявил следующее: в основной группе первобеременных/первородящих было 58% (29), повторнородящих - 42% (21), тогда как в контрольной группе первобеременных/первородящих - 50% (25) и повторнородящих - 50% (25).

Анализ структуры показаний для ИР в основной группе выявил, что преимущественными показаниями к подготовке шейки матки к родам были: преэклампсия 15% (8), хроническая/гестационная артериальная гипертензия 15% (8), беременность «41+» 70% (34), тогда как в контрольной преэклампсия 10% (5), хроническая/гестационная артериальная гипертензия 30% (16), беременность «41+» 60% (29).

Шейка матки у беременных обеих групп исходно расценивалась как «незрелая», средний балл составил - 5,1.

Анализ исходов ИР выявил, что у 84% (41) беременных основной группы роды завершились через естественные родовые пути, тогда как в контрольной - только у 64% (29).

### **Заключение**

Использование механической преиндукции родов катетером Foley при доношенной беременности оказывается более эффективным и безопасным методом относительно фармакологического - интравагинального введения синтетического производного простагландина E1. Механическая преиндукция способствует более быстрому «созреванию» шейки матки, раннему началу родовой деятельности, улучшает перинатальные исходы, снижает частоту экстренного кесарева сечения.

**Ключевые слова:** индуцированные роды, катетер Foley, синтетический аналог простагландина E1, кесарево сечение, шейка матки.

УДК: 618.2-06:616.155.194.8

**Алиева Парвана Исмаилгызы**

## **ЭФФЕКТИВНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОГОРОЖАВЩИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

*Научный руководитель: д.м.н. Шахбазов Шахбаз Кара оглу*

*Азербайджанский медицинский университет. II кафедра акушерства и гинекологии, город Баку, Азербайджан*

Обычно анемия в мире колеблется от 0,25% до 50%, в развивающихся странах этот показатель - от 35% до 75%, и 18-20% в развитых странах. Анемия беременных в 90% случаев обусловлена дефицитом железа, поэтому ее частота зависит от социально-экономического уровня и уровня развития регионов. В клинической практике анемию оценивают путем измерения гемоглобина (Hb) или гематокрита (Ht) в крови. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, критерием анемии у беременных считается уровень гемоглобина 11 g/dl и уровень гемокрита менее 33%. До сих пор среди женщин репродуктивного возраста значительную группу риска, с высоким процентом, составляют многоплодные женщины, у этой группы больных важную роль в анамнезе играет анемия. Цель исследования — оценить изменения клинических признаков в разные триместры путем изучения особенностей, осложнений и исходов беременности у многоплодных беременных с ЖДА различной степени тяжести. В исследование были включены результаты анализов 131 женщины в возрасте 18-44 лет. Результаты обследованных беременных были собраны в три группы. Группу контроля составила 21 здоровая небеременная женщина без анемии, группу сравнения - 30 здоровых (без анемии) беременных, основную группу - 80 беременных женщин с анемией. Группы исследования были разделены на три подгруппы, на основании классификации тяжести анемии в зависимости от концентрации гемоглобина по протоколам

ВОЗ. Анемия I степени определяется при уровне гемоглобина у беременных (Hb) 100-110 г/л; анемия II степени 70-99 г/л; анемия III степени менее 70 г/л. В ходе исследования параметры гемограммы измеряли с помощью гематологического анализатора «Mythic 18» (Швейцария), сывороточное железо определяли с помощью набора реагентов фирмы «Human» (Германия) биохимическим методом с использованием хромозурольного (СAB) метода, и ферритин сыворотки крови реактивом фирмы «Pishtaz Teb» (Исламская Республика Иран) исследовали методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA). Полученные результаты анализировались с помощью статистического пакета SPSS-26 с использованием методов дискриминантного ( $\chi^2$ -Пирсона) и дисперсионного (t-Студента-Бонферрони) анализа. Полученные результаты были уточнены с помощью непараметрического критерия Н-Kruskal-Wallis.

Содержание гемоглобина в показателях гемограммы при анемии легкой степени (Hgb г/дл) Me= 10,4(10,0-10,5), при анемии средней степени тяжести Me=8,9(8,3-9,5), при анемии тяжелой степени Me= 6,9(6,3-6,9) pH<0,001; количество железа (Fe ммоль/л) при анемии легкой степени Me=9,0(8,0-9,9,4), среднетяжелой Me=6,7(6,1-7,7), тяжелой Me=5,3(3,5-5,8) pH<0,001; общая железосвязывающая способность (ОЖСС мкмоль/л) при анемии легкой степени Me=68,2(59,0-70,5), средней степени тяжести Me=71,2(69,6-74,9), тяжелой Me=82,1(79,9-83,9) pH<0,001, латентная железосвязывающая способность (ЛЖСС мкмоль/л) при легкой анемии Me=58,8 (49,7-62,1), среднетяжелой Me=65,1(62,0-68,4), тяжелой Me=76,4(76,3-7,6) pH<0,001; степень насыщенности трансферина железом (НТЖ%) при легкой форме анемии Me=13,4(11,6-15,8), среднетяжелой Me=9,1(8,4-10,9), тяжелой - Me=6,3(4,4-7,1) pH<0,001; количество ферритина (нг/мл) при легкой анемии Me=19,3 (12,0-28,0), при средней степени тяжести Me=9,9 (9,1-12,0), при тяжелой Me=3,0 (2,0-8,0) отмечался pH<0,001.

Железодефицитная анемия является глобальной проблемой здравоохранения, от которой страдают, преимущественно, беременные женщины. Железодефицитная анемия во время беременности связана с увеличением материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью.

Таким образом, в зависимости от тяжести анемии происходили изменения в обмене железа. Это оказало влияние на качество жизни беременных, а также клинические показатели. Вышеизложенное дает нам возможность использовать высококачественное противоанемическое средство [препарат Ferro-Folgamma Neo, производства Woerwag Pharma в Германии (содержащее 114 мг нелегированного сульфата железа (сульфат железа (II)-37мг Fe) и 0,8 мг фолиевой кислоты)] при совместном применении с витаминно-минеральным комплексом в качестве медикаментозного лечения. После качественного противоанемического лечения (препарат двухвалентного железа и витаминно-минеральный комплекс) наблюдалась значительная разница в клинико-лабораторных показателях.

УДК: 618.14 - 006.52 - 022.7: 577.21: 611

Ахмедова М.О.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ

*Алиева Д.А., д.м.н., профессор*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка*

*Ташкент, Узбекистан*

### **Актуальность.**

Внедрение в клиническую практику генотипирования ВПЧ у пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией шейки матки.

В последнее десятилетие пристальное внимание ученых приковано к проблеме цервикальных интраэпителиальных неоплазий шейки матки, или плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (squamous intraepithelial lesion – SIL), представляющих собой патологический

процесс, при котором в толще многослойного плоского эпителия ШМ появляются клетки с различной степенью атипии и нарушением дифференцировки.

Данные общемировой статистики относительно частоты встречаемости цервикальной интраэпителиальной неоплазии различной степени тяжести внушают тревогу. Установили, что ежегодно в мире диагностируется около 30 млн новых случаев CIN слабой степени (CIN I) и более 10 млн случаев CIN II–III. Более благополучная ситуация отмечается сегодня в США, развитых странах Европы и Азии. Однако даже там имеет место отчетливая тенденция к росту диагностированных CIN шейки матки.

Известным является факт, что CIN различной степени тяжести предшествуют развитию инвазивного РШМ, который по-прежнему остается одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований женщин, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Как известно, ВПЧ высокого онкогенного риска является ведущим этиологическим фактором развития инвазивного РШМ и предшествующих ему CIN. Существует две формы папилломавирусной инфекции (ПВИ): продуктивная, при которой ДНК вируса находится в инфицированной клетке в свободной эписомальной форме, и интегративная, или трансформирующая, при которой ДНК вируса встраивается в геном инфицированной клетки, утрачивая свою индивидуальность.

#### **Цель работы.**

Изучить встречаемость типов ВПЧ у пациенток с CIN II.

#### **Материалы и методы исследования.**

В исследование включено 100 женщин в возрасте от 18 до 49 лет. Обследование проводилось в консультативной поликлинике «Семья и брак» Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка. Проведено: осмотр с взятием цитологического мазка, расширенная кольпоскопия, ПЦР и гистологическое исследование биопсионного материала.

#### **Результаты исследования.**

По результатам обследования выделены 2 группы, включающие 86 женщин: 46 пациенток 1 группы ЦИН II ВПЧ(-), 40 пациенток со 2 группой ЦИН II ВПЧ.

По результатам цитологического исследования ASC-H выявлен в 49 случаях (57%), HSIL/CIN2 — в 37 случаях (43%).

По результатам гистологического исследования у этих женщин выявлена умеренная дисплазия плоского эпителия (МПЭ) шейки матки. Хронический цервицит. Отмечалось большое количество эпидермизирующихся желестного эндоцервикоза шейки матки. При проведении ПЦР на выявление ВПЧ у 40 женщин был положительный ВПЧ, а у остальных 46 женщин этот показатель отсутствовал.

У 40 больных с диагнозом ЦИН II ВПЧ наиболее часто встречались 16 (40,7%) и 31 (13,3%) типы. По нашим данным, наблюдается значительное преобладание группы ИПВ А9. Кроме того, было обнаружено, что группы А5/А6 чаще встречаются при ЦИН II.

#### **Выводы:**

Результаты исследования показали доминирующую роль различных типов ВПЧ группы А9 в развитии ЦИН II.

УДК 618.15;002

**Багирова Х.Ф., Багирова С.К., Везирова Р.Ш., Гусейнова П.М., Джаваншир П.А.**

#### **НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА**

*Багирова Х.Ф., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии II Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии*

*Баку, Азербайджан*

**Актуальность.** Бактериальный вагиноз (БВ) - самое распространенное инфекционное невоспалительное заболевание половой системы у женщин репродуктивного возраста. При БВ под влиянием внешних и внутренних факторов происходит нарушение биоценоза влагалища

с характерным каскадом изменений: наблюдается значительное снижение количества или полное отсутствие лактобактерий (*Lactobacillus* spp.) при увеличении количества условно-патогенных, преимущественно анаэробных микроорганизмов: *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Fusobacterium* spp. и др. бактерий.

Статистические данные разных авторов показывают, что 35–50% всех случаев появления или изменения влагалищных выделений обусловлены бактериальным вагинозом. Бактериальный вагиноз оказывает неблагоприятное воздействие на репродуктивное здоровье женщины, длительные и обильные вагинальные выделения сопровождаются значительным снижением качества жизни женщины (нарушается половая функция, снижается работоспособность и т.д.). Несмотря на активно проводимые лечебно-профилактические мероприятия, снижения заболеваемости бактериальным вагинозом не отмечается, что делает актуальной проблему поиска новых путей эффективной терапии.

На протяжении длительного времени препаратами для лечения бактериального вагиноза являлись метронидазол и клиндамицин. Однако по результатам многих исследований данные препараты воздействуют не только на условно-патогенные микроорганизмы, но и подавляют рост лактобактерий и снижают местную иммунную защиту, что способствует рецидивирующему течению процесса. В связи с этим все большее внимание врачей привлекают препараты, в состав которых вместо антибиотика включен антисептик. По данным авторов, эти препараты, в частности гексикон, содержащий хлоргексидин, по эффективности не уступают антимикробным средствам, не вызывают привыкания при длительном применении, а также не подавляют нормальную флору влагалища.

**Цель исследования:** провести сравнительное исследование эффективности и безопасности использования препаратов гексикон и клиндамикс в виде вагинальных свечей в лечении бактериального вагиноза.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 60 женщин вне беременности и грудного вскармливания в возрасте 18-45 лет с бактериальным вагинозом. Диагноз бактериального вагиноза ставился при выявлении трех из четырех симптомов: обильные выделения из влагалища белого или светло-серого оттенка без признаков воспаления; появление запаха «гнилой рыбы» при проведении аминного теста с вагинальными выделениями; pH вагинального содержимого выше 4,5; наличие «ключевых клеток» в мазках, окрашенных по Грам.

У всех пациенток было исключено наличие вагинального кандидоза, трихомониаза, гонореи, хламидиоза и других воспалительных заболеваний влагалища.

Пациенты были разделены на две группы, по 30 женщин в каждой группе.

Для лечения бактериального вагиноза пациентам 1-ой группы назначался препарат клиндамикс для вагинального применения, в 1 свече которого содержится 100 мг клиндамицина (клиндамицин фосфат). Препарат назначался по 1 свече 2 раза в день перед сном в течение 6 дней интравагинально. Пациенткам второй группы назначался антисептический препарат гексикон (хлоргексидина биглюконат 16 мг) по 1 свече 2 раза в сутки во влагалище. Курс лечения – 7 дней.

После проведенного курса лечения оценивались его клиническая и микробиологическая эффективность. Проводился учет характера и частоты возникновения побочных эффектов. На основании анкетирования изучалась удовлетворенность пациенток применяемым методом лечения.

**Результаты исследования.** Клиническая эффективность лечения была достаточно высокая и составила соответственно 94,3% в I группе и 95,7% во II группе. Критерии R. Nugent до и после лечения в I группе пациенток составили соответственно 8,6 и 4,9 балла, во II группе 9,4 и 3,8 балла соответственно.

Показатель кислотно-щелочного баланса (pH) среды влагалища в норме составляет 3,8-4,5, при бактериальном вагинозе 4,5-4,9. До начала лечения показатель pH в обеих группах колебался от 4,7 до 4,9, (средний показатель составил  $4,87 \pm 0,3$ ). На 7-ой день после лечения в группе пациенток, использующих свечи клиндамикс, среднее значение pH было в среднем 4,51, в связи с чем возникала необходимость проведения 2-го этапа лечения препаратом

фемилекс для восстановления нормального биоценоза влагалища. В группе больных, использующих гексикон, на 7-ой день после лечения среднее значение рН составило 4,47, в связи с чем необходимости во 2-ом этапе не было.

Частота побочных эффектов была незначительной. В I группе пациенток, получающих клиндамицин, жалобы на усиление зуда наружных половых органов предъявляли 3 (10%), жжение во влагалище отмечали 2 (6,6%) женщины. Во II группе пациенток, использовавших гексикон, только у одной были жалобы на незначительный зуд в области наружных половых органов. Все побочные явления проходили самостоятельно и не требовали прекращения лечения.

**Выводы.** Полученные результаты позволяют сделать вывод, что антисептический препарат гексикон в отличие от антибиотиков не вызывает формирования полимикробной резистентности. При этом он сохраняет функциональную активность лактобактерий, что способствует поддержанию нормального биоценоза влагалища. Препарат хорошо переносится и является эффективным средством для лечения бактериального вагиноза.

УДК 618.15-008.87:618.146-007.17-08

Бобоева А.И.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И НОРМАЛИЗАЦИЯ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА

*Алиева Д.А., д.м.н., профессор*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья  
матери и ребенка  
Ташкент, Узбекистан*

### **Актуальность темы:**

Бактериальный вагиноз связан с изменением микрофлоры влагалища и характеризуется значительным уменьшением количества палочек Дедерлена (лактобактерий) во влагалищной микрофлоре или полным исчезновением и замещением факультативно-анаэробными микроорганизмами или гарднереллезом. В настоящее время бактериальный вагиноз называют вагинальным дисбактериозом, а не вагинальными инфекциями. Поскольку бактериальный вагиноз представляет собой инфекционный процесс во влагалище, его относят к воспалительным заболеваниям половых органов. Бактериальный вагиноз встречается у 21-33% женщин репродуктивного возраста.

### **Цель:**

С целью нормализации микрофлоры влагалища у женщин с CIN1 и бактериальным вагинозом проводят обследование Фемофлор-16.

### **Материал и методы.**

Проводилось в консультационном центре «Семья и брак» Республиканского специализированного центра здоровья матери и ребенка. В исследование были включены 120 женщин репродуктивного возраста 19-49 лет, основными жалобами которых были неприятный запах половых органов и обильные выделения. Этим женщинам были проведены 3-х точечный мазок, Фемофлор-16, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование, ПЦР, Бакпосев (Мальди Аппарат).

### **Полученные результаты.**

По результатам исследования у 28 из 44 женщин с CIN1 был бактериальный вагиноз. Фемофлор-16 — самая многочисленная микрофлора влагалищных проб. *M. hominis*, *Ureaplasma* и *Candida* — все микроорганизмы были обнаружены в больших количествах. В результате лабораторных исследований выделены основные категории микрофлоры влагалища: нормоценоз, умеренный дисбиоз (анаэробный и аэробный) и острый дисбиоз (аэробный и анаэробный). В результате данного исследования анализа Фемофлор-16 видно, что *Corynebacterium/Mobiluncus* обнаружена в 3% результатов.

## **Выводы.**

По результатам наших исследований мы отметили, что бактериальный вагиноз встречается у 55-60% женщин репродуктивного возраста. Важнейшим методом обследования в процессе диагностики бактериального вагиноза является анализ Фемофлор-16, позволяющий точно диагностировать флору влагалища у женщин, норму лактобактерий, *Gardnerella vaginalis*, зубактерий, стрептококков, кандид, стафилококков

УДК 618.5;089.888.61

**Боранбай М.К., Мергенева А.С., Искалиева С.С. Бектурсынова К.Т., Бабашева Ж.Б**  
**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ**  
**ЭНДОМЕТРИТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ**

*Руководитель: профессор PhD VS Искалиева С.С.*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана»,  
г.Астана, Казахстан*

## **Актуальность:**

Проблема развития послеродовых гнойно-септических осложнений в современном акушерстве остается актуальной. На сегодняшний день ранняя диагностика крайне важна с целью своевременного выявления начальных признаков грозных осложнений, приводящих к утяжелению течения послеоперационного периода, приводящие к органуносящим операциям [1]. Послеродовый эндометрит (ПЭ) является ведущим инфекционно-воспалительным заболеванием послеродового периода и одной из ведущих причин материнской смертности [2].

В возникновении эндометрита имеют значение различные факторы. Изменился контингент беременных и родильниц – преобладают пациентки с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, различными формами бесплодия, гормональной и хирургической коррекцией невынашивания беременности, с хронической вирусно-бактериальной инфекцией различной локализации, относящиеся к группе высокого риска развития инфекционных осложнений [3].

Преобладание в последние годы стертых и атипичных форм ПЭ у родильниц создает трудности в прогнозировании и ранней диагностике ПЭ [4].

Ведущее положение среди факторов риска послеродового эндометрита занимает оперативное родоразрешение, поэтому нами было проанализировано случаи послеродового послеоперационного эндометрита [5].

Существенную роль в возникновении эндометрита играют акушерские осложнения – длительный безводный промежуток, нарушения сократительной активности матки, затяжные роды, травма мягких тканей, патологическая кровопотеря, не рациональное использование сокращающих матку средств, наличие патогенной и условно-патогенной микрофлоры [1,6].

Поэтому задача нашей научной работы - проанализировать соматический анамнез у родильниц, у которых развился ПЭ после операции.

На сегодняшний день отсутствие снижения уровня послеродовых гнойно-септических осложнений, их полиэтиологичность и сложность патогенеза требуют расширения исследований, поиска более доступных, точных, малоинвазивных и недорогостоящих методов диагностики, профилактики и терапии послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний. В последние годы изменились возбудители послеродовой инфекции.

Длительное, иногда бессистемное и нерациональное применение антибиотиков привело к появлению полирезистентных штаммов микроорганизмов, что явилось одной из причин повышения частоты и тяжести послеоперационных гнойно-септических заболеваний [1,7].

Только по нашему перинатальному центру имеются случаи послеродовых послеоперационных эндометритов, которые были переведены в гинекологическое отделение МГБ №2. Это говорит о том, что не были определены факторы развития эндометрита, не проведена ранняя диагностика и профилактика его, не начата своевременная терапия. В

настоящее время в мире существуют разные методики определения факторов риска развития послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений, но несмотря на это, начало лечения послеродовых эндометритов запаздывает, факторы риска не учитываются. Диагноз ПЭ ставится только на основании уже имеющейся клиники (гипертермия в послеоперационном периоде, изменения в общем анализе крови). Согласно клиническому протоколу № 36 «Послеродовый эндометрит» МЗ РК от «27» декабря 2017 года ПЭ лечится достаточно серьезной антибактериальной терапией, что обуславливает высокие затраты и способствует увеличению антибиотикорезистентности.

Применение антибиотиков после кесарева сечения на сегодняшний день является наиболее распространенной мерой профилактики в большинстве родовспомогательных учреждений. С профилактической целью данные препараты целесообразно использовать в группах женщин с высоким риском развития послеродового эндометрита после кесарева сечения[10].

Практически все антибиотики, которые применяются для лечения ПЭ после кесарева сечения, в той или иной мере могут быть рекомендованы и для профилактики инфекционных осложнений после операции. Наиболее обосновано применение с профилактической целью при операции кесарева сечения цефалоспоринов и защищенных пенициллинов внутривенно[8,9]. Поэтому мы хотим на этапе профилактики, ввести дополнительную дозу АБ через 6-8 часов после операции родильницам с высокими факторами риска развития ПЭ, а также ряд действий, которые будут отражены ниже, в нашем алгоритме.

Изучив ряд научных статей, данные мировой литературы на тему послеродовых эндометритов, проанализировав истории родов родильниц, у которых развился ПЭ мы в свою очередь разработали действенный алгоритм профилактических мероприятий у групп с высоким риском развития совместно с клиническим фармакологом и в дальнейшем хотим показать результаты его эффективности на уровне нашего перинатального центра.

#### **Цель нашего исследования:**

Ранняя диагностика ПЭ на основании ретроспективного анализа случаев эндометритов после оперативного родоразрешения с выявлением факторов риска, приводящие к развитию ПЭ. Ретроспективный анализ позволит разработать действенный алгоритм профилактических мероприятий у групп с высоким риском развития совместно с клиническим фармакологом и показать результаты его эффективности.

#### **Материалы и методы исследования:**

Нами было проведено ретроспективное исследование 51 родильниц ( за 2021-2023 год) с послеродовым эндометритом после оперативного родоразрешения. Исследование проведено на базе акушерского блока МГБ №2 г.Астаны. Подобранные в ходе исследования родильницы были репрезентативны по возрасту, количеству беременностей, родов и аборт, течению беременности, времени проведения АБ до разреза, по экстренности оперативного родоразрешения, числу вагинальных исследований, суткам начала заболевания, результатам лабораторных анализов до операции, течении родов, объема кровопотери во время/после операции.

#### **Результаты и обсуждения:**

В нашем исследовании выделены основные клиничко- анамнестические факторы риска развития инфекционных осложнений после операции кесарева сечения. Разработана шкала прогноза риска гнойно воспалительных осложнений в раннем послеродовом послеоперационном периоде. Основные факторы развития : хронические очаги инфекций, длительный безводный период, данные лабораторных исследований (уровень лейкоцитов, гемоглобина), срочность операции, истмико-цервикальная недостаточность (ношение пессария), ИППП, объем кровопотери, операции, выскабливания полости матки в анамнезе (прилагается таблица с факторами риска и баллами). Если больше 10 баллов, то это высокий риск развития эндометрита.

#### **Факторы риска развития послеоперационных послеродовых эндометритов**

	Факторы:	баллы
1	Данные анамнеза: Наличие хронических инфекционных очагов	1

	Обострение хронических инфекционных очагов при беременности	2
	Острые инфекционные заболевания мочеполовой системы	3
2	Интранатальные факторы: Длительность родов <12 часов, безводный промежуток <6ч Длительность родов >12 часов, безводный промежуток <12 часов, число вагинальных исследований >3 Безводный промежуток >12 часов, признаки хориоамнионита	1 2 3
3	Данные лабораторных обследований Лейкоциты >12 Лейкоциты >17 Анемия	1 2 1
4	Экстренная операция	1
5	ИЦН, ношение пессария	1
6	ИПП: Кольпит санирован Кольпит не санирован	1 2
7	Гинекологические операции, аборт в анамнезе	1
8	Кровопотеря во время операции >1000мл	1

Если больше 10 баллов, то это высокий риск развития эндометрита.

#### Анализ историй родов за 2021-2023 год

	2021	2022	2023	Общий результат	%
<b>Всего</b>	14	20	17	51	100%
<b>Экстренных операций</b>	11	17	14	42	82%
<b>Плановых операций</b>	3	3	3	9	17%
<b>Возраст &gt;35 -5</b>	5	5	3	13	25%
<b>Паритет Б 1:</b>	6	10	6	22	43%
<b>Паритет Б 2</b>	1	1	3	5	9%
<b>Паритет Б 4</b>	0	4	0	4	8%
<b>Паритет Б 5</b>	2	1	4	7	14%
<b>Роды: 1</b>	6	11	8	25	50%
<b>Роды: 2</b>	2	2	3	7	14%
<b>Роды: 3</b>	5	4	3	12	24%
<b>Роды: 4</b>	0	2	1	3	6%
<b>Роды: 5</b>			2	2	4%
<b>Вагинальные осмотры &gt;3</b>	7/50%	10/50%	6/35%		45%
<b>Лейкоцитоз &gt;12</b>	7	8	8	23	45%
<b>ДРПО</b>	7	8	3	18	35%
<b>анемия</b>	12	11	11	34	66%
<b>Экстрагенитальные патологии :</b>	6	10	8	24	47%
<b>заб.почек</b>	2	3	3	8	15%
<b>ВБВНК</b>		1		1	2%
<b>ОРВИ</b>	3	2	2	7	14%
<b>Инфекционные заб (носители, хроник)</b>	1	1	3	5	10%
<b>Ожирение</b>	0	3	0	3	6%
<b>ИЦН</b>	1	2	2	5	10%
<b>ЭКО</b>		1	3	4	8%

<b>Гинекологические заболевания</b>	7	9	4	20	40%
<b>Гинек операции 2</b>	2	0	0	2	4%
<b>обструктивные роды</b>	2	6	6	14	27%
<b>Хориоамнионит</b>	1	0	1	2	4%
<b>ПОНРП</b>	1	2	0	3	6%
<b>Кровопотеря &gt;1000мл</b>	1	1	0	2	4%

### **Алгоритм профилактических мероприятий у групп с высоким риском развития ПЭ:**

-Для определения чувствительности микрофлоры родовых путей к антибиотикам в 37-38 недель беременности показано микробиологическое исследование отделяемого цервикального канала для беременных на плановое кесарево сечение

-Применение антисептиков для обработки влагалища перед операцией кесарева сечения

-Соблюдение техники обработки рук на хирургическом уровне

-Применение антибиотиков у рожениц, имеющих факторы высокого риска развития инфекции (до операции за 30-40 минут). Это обусловлено тем, что оптимальная концентрация антибиотика в тканях и крови создается при его внутривенном введении между 30 и 60 минутами до разреза кожи.

-Использование орошения полости матки и брюшной полости во время операции кесарева сечения с целью снижения гнойно-воспалительных заболеваний антисептическими растворами[1].

- Последующая дополнительная доза антибактериального препарата после операции через 6-8 часов у рожениц с высоким риском развития ПЭ

-Взятие бактериального посева с последа во время операции у рожениц с высоким риском развития послеродового эндометрита. Объективная морфологическая диагностика сочетанного воспалительного процесса во влагалище и плодных оболочках служит источником клинической информации, которая нацеливает на своевременную профилактику и раннее лечение послеродового эндометрита[1].

-Послеоперационная утеротоническая терапия

-Адекватная инфузионная терапия в 1–2–е сутки после операции для коррекции развивающихся волевических, водно–электролитных нарушений, ликвидации анемии и гипопроteinемии, предупреждение нарушений перистальтики кишечника в послеоперационном периоде.

### **Выводы:**

Таким образом, прогностическая клиничко-анамнестическая шкала оценки риска гнойно-воспалительных осложнений у рожениц после абдоминального родоразрешения позволяет выявить основные послеродового эндометрита у пациенток после операции кесарева сечения, что способствует его ранней диагностике и своевременной профилактике, то есть снижения частоты его развития. Нами был разработан алгоритм профилактических мероприятий у групп с высоким риском, который позволит снизить частоту послеродовых послеоперационных гнойно-септических осложнений. В дальнейшем мы планируем продолжить работу для оценки результатов алгоритма по профилактике развития послеродового эндометрита.

Эффективная профилактика, своевременная оценка клинических и лабораторных данных, раннее выявление и адекватный менеджмент пациенток, начиная с прегравидарного этапа и заканчивая техникой абдоминального родоразрешения, своевременно начатая терапия могут способствовать снижению количества инфекционных осложнений пуэрперия.

### **Список использованной литературы:**

1. Научный журнал, Научное обозрение. Медицинские науки ISSN 2500-0780 ПИ №ФС77-57452, Послеродовый эндометрит и его профилактика (обзор литературы)

2. Анализ клинических проявлений послеродовой субинволюции матки как предстadium гипотонического послеродового эндометрита, Журнал: Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20(5): 84-90
3. Современные представления о послеродовом эндометрите (обзор литературы), Обзор выполнен на основании баз данных <https://cyberleninka.ru/>, PubMed, MedArt и ЦНМБ.
4. Kurbanova D.F., Sultanova S.G., Hajieva F.R. The formation of the etiological structure of postpartum complications. // Obstetrics, Gynecology and Reproduction. 2022. Т. 16. № 4. P. 381–390. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.319>
5. Чернов А.В., Бригадирова В.Ю., Коротких И.Н. Медико-социальные аспекты послеродовых гнойно-септических осложнений. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2013. №2. С. 54-58.
6. Баулина Н. В., Усанов В. Д., Баулин А. А., Клочкова Е. А., Баулина Е. А. Острые гнойно-воспалительные заболевания в экстренной гинекологической практике // Акушерство и гинекология. 2015. № 8. С. 114-118.
7. Samoilova T.E., Kokhno N.I., Dokudayeva Sh.A. Microbial associations in postpartum endometritis // Russian Medical Journal. Medical Review. 2018. Т. 2. № 10. P. 6-13.
8. Российское общество акушеров-гинекологов ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздрава России, Федеральные клинические рекомендации: Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении.
9. Журнал Лекарственный Вестник : Антибиотикопрофилактика при проведении операции кесарева сечения, Н. А. Жаркин, Ю. В. Булавская, Е. П. Шевцова, Ю. А. Шатилова Кафедра акушерства и гинекологии
10. Committee opinion no.465: antimicrobial prophylaxis for cesarean delivery: timing of administration. Obstet. Gynecol.-2010.- Vol.116(3).- P.791- 792.

УДК 616.15:618.333

**Ходжамбердыева Гульджахан**  
**ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ**  
**БЕРЕМЕННОСТИ**

*Научный руководитель Муратназарова Наргозель Алтыевна д.м.н. ректор  
 Кафедра акушерства и гинекологии, Научно-исследовательский центр  
 ГМУТ им.М.Гаррыева Туркменистан*

**Актуальность:** Неразвивающаяся беременность (НБ) является одной из актуальных проблем современного акушерства, приводя к 10-20% репродуктивных потерь [1,3,4,5]. Многие аспекты НБ хорошо изучены, разработаны алгоритмы их диагностики и лечения. Причин НБ достаточно много, к ним относятся генетические, воспалительные, эндокринные, гемостазиологические, аутоиммунные факторы [1,2,6]. Однако, в 20-40% случаев причина потери плода остается неясной.

**Цель работы:** Изучить особенности клеточного состава периферической крови у женщин с неразвивающейся беременностью для определения биологических маркёров данной патологии и разработки на их основе мер профилактики замершей беременности.

**Материалы и методы исследования:** В отделении гинекологии Научно-учебного центра охраны здоровья матери и ребёнка Государственного медицинского университета Туркменистана имени Мырата Гаррыева обследовано 100 женщин с НБ и 40 женщин с физиологически протекающей беременностью (ФБ) на 7-21 неделях беременности в возрасте от 17 до 30 лет. Клеточный состав периферической крови определен на гемоанализаторе Pentra-60 АВХ (Франция) в Научно-исследовательском центре Государственного медицинского университета Туркменистана имени Мырата Гаррыева.

Математическую обработку полученных результатов проводили с помощью встроенных функций программы Excel из пакета Office XP (Microsoft, США).

**Результаты исследования.** Исследование показало, что у женщин с НБ имеются определённые особенности клеточного состава периферической крови, особенно в лейкограмме (таблица 1).

**Таблица 1**

**Лейкограмма крови обследованных женщин в зависимости от течения беременности**

Примечание: достоверность различий \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$

Группа	Лейкоциты	Лейкоформула				
	WBC(10 <sup>3</sup> /мм <sup>3</sup> )	NEU (%)	LYM (%)	MON (%)	EOZ (%)	BAZ (%)
ФБ	5,1 ± 0,9	58,8 ± 4,0	31,9 ± 1,1	7,8 ± 0,7	1,2 ± 0,9	0,2 ± 0,03
НБ	8,9 ± 0,8*	68,9 ± 2,3*	24,5 ± 2,4*	5,9 ± 0,4*	1,0 ± 0,05	0,3 ± 0,02**

В частности, у женщин с НБ достоверно повышена против группы женщин с ФБ общая численность лейкоцитов, особенно нейтрофильных гранулоцитов и базофилов ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$  соответственно). Общая сумма гранулоцитов составила 70,2%, мононуклеаров - 29,8%. Отношение суммы полинуклеарных клеток (гранулоцитов) к сумме мононуклеаров (гранулоцитарный индекс, ГИ) в среднем в группе женщин с НБ составило 2,37 условных единиц, в то время как у женщин с ФБ - 1,5 условных единиц. Накопление в периферической крови лейкоцитов и особенно гранулоцитарного ряда свидетельствует о наличии воспалительного процесса. Следовательно, лейкоцитоз и ГИ можно рассматривать не только в качестве манифестантов воспалительного процесса, но и гематологических маркёров НБ. Связь акушерских осложнений с различными дефектами в системе гемостаза обсуждается в литературных источниках. Наиболее широко в этом аспекте обсуждается проблема репродуктивных потерь, обусловленных приобретенными и врожденными нарушениями гемостаза. В настоящее время уделяют особое внимание генетически детерминированным формам тромбофилии (6). В нашей работе определена численность тромбоцитов (PLT) и их объём (MPV) у женщин с НБ и ФБ (диаграмма 1).

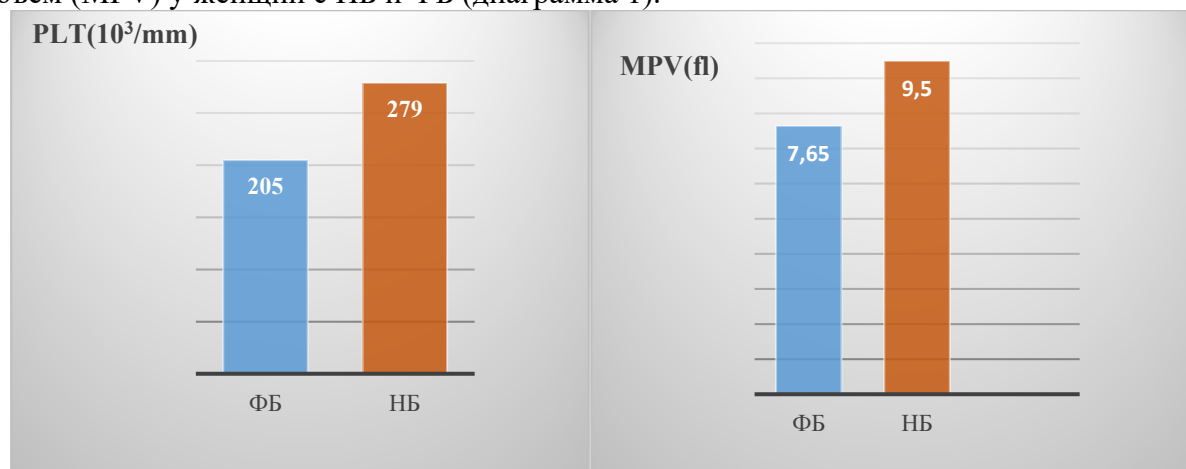


Диаграмма 1. Численность тромбоцитов (А), объём тромбоцитов (Б) у женщин с НБ и ФБ. На диаграмме (А) хорошо видно, что численность тромбоцитов у женщин с НБ в 1,4 раза превышает таковую в группе женщин с ФБ, объём тромбоцитов (Б) в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** отличительными особенностями гемограммы женщин с НБ являются повышенная численность лейкоцитов, тромбоцитов, объёма тромбоцитов и величина ГИ.

Следовательно, при первичном обследовании беременных женщин необходимо определять такие биомаркёры как величина гранулоцитарного индекса, численность тромбоцитов и объём тромбоцитов, что будет способствовать раннему выявлению и профилактике невынашивания, а также снижению числа выкидышей, повышению рождаемости и увеличению числа рождения здоровых детей.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Доброхотова Ю.Э. Джобавя Э.М. Неразвивающаяся беременность: учебно-методическое пособие – М.:ГЭОТАР – Медиа., 2010- С.144

2. Николаева, А. Е. Гематологические факторы риска потери плода в амбулаторном акушерстве (тактика ведения беременных// автореферата по ВАК РФ 14.01.21 кандидат медицинских наук 2013, Санкт-Петербург.С.125
3. Питиримова, Л.Н. Питиримова, Е.В. и др. Показатели коагулограммы у здоровых беременных женщин и у женщин с самопроизвольными выкидышами в анамнезе/ Лемякина // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы юбилейной 70-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием. - 2012. - С.440.
4. Радзинский В.Е., Димитрова В.И. Неразвивающаяся беременность. - М.: ГЭОТАР-Медиа., 2019.С.130.

УДК: 618.3-053.7-(575.1)

**Джураева Дилфуза Лутпуллаевна**  
**РОЛЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У**  
**ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ.**

*к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии*  
*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*  
*Ташкент, Узбекистан*

**РЕЗЮМЕ**

Неоспоримым фактом является определяющее значение преморбидного фона в становлении множества систем и функции организма. Половое созревание также подвергается воздействию как эндогенных, так и экзогенных факторов, приоритет которых зачастую взаимосвязаны.

**Ключевые слова:** девочки-подростки, репродуктивные нарушения, половое развитие.

**Объекты исследования:** 90 девочек-подростков с репродуктивными нарушениями различной степени.

**Цель работы:** изучение особенностей репродуктивных нарушений в современной популяции девочек-подростков, определение критериев ранней диагностики и мониторинга эффективности лечения.

**Методы исследования:** объективная оценка полового развития, ультразвуковые, рентгенологические, дерматоглифические исследования.

**Полученные результаты:** Уточнена частота репродуктивных нарушений при скрининговом обследовании девочек-подростков. Изучена роль соматического статуса и клинических проявлений репродуктивных расстройств у девочек-подростков. Определена роль наследственности в генезе репродуктивных нарушений с помощью дерматоглифических тестов. Разработана и внедрена схема ведения девочек-подростков с различными репродуктивными нарушениями в зависимости от их генеза.

**Вывод:** Выделенные группы риска дали возможность проведения лечебно-профилактических мероприятий, направленных на своевременную коррекцию нарушений, усилению врачебной настороженности на реализацию генетически «запрограммированных» факторов риска. Определение клинико-патогенетических закономерностей появления и развития репродуктивных нарушений у девочек-подростков позволило дифференцированно выбрать индивидуальную схему обследования и лечения.

**RESUME**

**Key words:** girls-teenagers, reproductive infringements, sexual development.

**Subjects of research:** 90 girls-teenagers with reproductive infringements of the various degree.

**Purpose of work:** studying of features of reproductive infringements in modern population of girls-teenagers.

**Methods of research:** an objective estimation of sexual development, ultrasonic, radiological researches.

**The results obtained:** frequency of reproductive infringements is specified at screening inspection of girls-teenagers at the age of 10-19 years. The role of the somatic status and clinical displays of reproductive frustration at girls-teenagers is studied. For the first time the algorithm of tactics of conducting girls-teenagers with various reproductive infringements depending on them генеза is developed and introduced.

**Conclusion:** The allocated groups of risk have given the chance carrying out of the medical and preventive actions directed on timely correction of infringements, to strengthening medical with watchfulness on realization genetically programmed risk factors. Definition of clinical pathogenetic laws of occurrence and development of reproductive infringements in girls-teenagers has allowed differentially choose the individual scheme of inspection and treatment.

### РЕЗЮМЕ.

**Таянч (энг муҳим) сўзлар:** ўсмир қизлар, репродуктив бузилишлар, жинсий ривожланиш.

**Тадқиқот объектлари:** турли даражадаги репродуктив бузилишлар билан 90 та ўсмир қиз.

**Ишнинг мақсади:** ўсмир қизлар замонавий популяциясида репродуктив бузилишлар хусусиятларини ўрганиш.

**Тадқиқот методлари:** жинсий ривожланишни объектив баҳолаш, ультратовуш, рентгенологик текширувлар.

**Олинган натижалар:** ўсмир қизларни скрининг текширувида репродуктив бузилишларнинг учраш тезлиги аниқлаштирилди. Ўсмир қизларда репродуктив бузилишларнинг клиник кўринишлари ва соматик статус роли ўрганилди. Илк бор турли репродуктив ўзгаришлар билан ўсмир қизларни юритиш тактикаси улар генезига мос равишда ишлаб чиқилди ва татбиқ этилди.

**Хулоса:** хавф гуруҳларини ажратилиши репродуктив ўзга-ришларни ўз вақтида коррекциялаш, шифокорларни ирсий «дастурланган» хавф омилларига нисбатан огоҳлигини оширишга қаратилган даво-профилактик тадбирлар ўтказиш имконини берди. Ўсмир қизларда репродуктив ўзгаришларнинг пайдо бўлиши ва ривожланишининг клиник-патогенетик қонуниятларини аниқлаш текширув ва даволашнинг индивидуал схемасини алоҳида танлаш имконини берди.

**Актуальность.** Неоспоримым фактом является определяющее значение преморбидного фона в становлении множества систем и функции организма /1,2/. Половое созревание также подвергается воздействию как эндогенных, так и экзогенных факторов, приоритет которых зачастую взаимосвязаны /3,4/.

**Целью** данного исследования является выявление преморбидного фона, клинических и биологических особенностей в патогенезе репродуктивных нарушений у девочек – подростков.

#### Материалы и методы.

Для достижения намеченной цели нами было обследовано 90 девочек и девочек- подростков в возрасте от 4 до 16 лет на базе ГМДКДЦ (Городской медицинский детский консультативно –диагностический центр).

С учетом возрастной периодизации, согласно паспортному возрасту, все девочки были распределены на три группы, равные по количеству (30).

1-ю группу составили девочки нейтрального возраста от 4 до 8 лет;

2-ю группу девочки- подростки препубертатного возраста от 8 до 12 лет;

3-ю группу пациентки пубертатного возраста от 12 до 16 лет.

Все девочки-подростки были обследованы клиничко- анамнестически, проведено ультразвуковое исследование органов малого таза (матки и яичников), проконсультированы смежными специалистами (эндокринолог, окулист, лор, невропатолог) для уточнения диагноза, при необходимости рентген кистей рук (для определения костного возраста). Гинекологический осмотр включал оценку антропометрических данных с описанием формулы полового развития и бактериоскопию вагинальных выделений.

#### Результаты собственных исследований.

С целью изучения частоты преобладания того или иного вида репродуктивных расстройств у девочек- подростков сравнимых групп в возрастном аспекте, нами был проведен сравнительный анализ данных гинекологического и соматического анализов.(Таблица №1).

**Таблица №1.**

#### Репродуктивные расстройства у девочек в возрастном аспекте (N=90).

НОЗОЛОГИЯ	1группа 4-8 лет (n=30) abs./%	2группа 8-12 лет (n=30) abs./%	3группа 12-16 лет (n=30) abs./%
Гинекологической патологии не выявлено	8 (27%)	4 (13%)	1 (3%)
Вульвовагинит:			
Острый	3 (10%)	4 (13%)	6 (20%)
Хронический	19 (63%)	12 (40%)	8 (27%)
Хронический аднексит	-	3 (10%)	10 (33%)

Дисфункция яичников	-	6 (20%)	12 (40%)
Функциональная киста яичника	-	-	3 (10%)
Гиперандрогения	-	2 (6%)	9 (30%)
Синехии малых половых губ	8 (27%)	1 (3%)	-
Задержка полового созревания	-	1 (3%)	3 (10%)
Патология щитовидной железы	8 (27%)	6 (20%)	9 (30%)
Острые или хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов	12(40%)	18(60%)	10(33%)
Заболевания почек	4 (13%)	6(20%)	3(10%)
Болезни пищеварительного тракта	14(46%)	16(53%)	4 (13%)

Анализ репродуктивных нарушений у девочек-подростков в сравниваемых группах в возрастном аспекте показал, что среди гинекологических заболеваний преобладает воспалительный генез в виде вульвовагинитов, как острых, так и хронических в младшем школьном возрасте ( $p=73\%$ ), в то время как различные нарушения репродуктивной системы (менструальной функции: альгодисменорея -33%; 1-аменорея -10%; 2-аменорея – 40%; ) преобладают у девочек-подростков старшего школьного возраста. Отсюда следует логически заключить, что у пациенток с первичным эстрогенным дефицитом микробиоценоз влагалища соответствует клинической картине хронического неспецифического вульвовагинита.

Следует особо отметить, что у всех осмотренных имело место сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний или поражение нескольких систем (46%- 53%- 13%).

Согласно представленным в таблице данным, неспецифический вульвовагинит ни в одном случае не был самостоятельным заболеванием, а всегда сочетался с воспалительными заболеваниями слизистых оболочек разных органов, таких как инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, хронический тонзиллит и дисбактериоз кишечника. Причем микрофлора влагалища у 73,6% девочек оказалась идентичной возбудителям основного заболевания.

Как видно из представленных в таблице данных, хронические вульвовагиниты, в свою очередь, способствовали формированию синехий ( $p=30\%$ ), образованию рубцовых изменений во влагалище с возможным переходом воспалительного процесса на матку и придатки ( $p=43\%$ ), что в дальнейшем чревато нарушением менструальной функции в виде дисфункции яичников ( $p=20\%$ ; 40%), кист яичника ( $p=10\%$ ), дисгормонозов с тенденцией к развитию гиперандрогении ( $p=36\%$ ).

В результате проведенного нами сравнительного анализа, можно сделать следующие выводы:

1. Репродуктивные нарушения у девочек-подростков возникают на осложненном экстрагенитальными заболеваниями преморбидном фоне.
2. Существует пропорциональная зависимость между преморбидным фоном и структурой репродуктивных нарушений у девочек-подростков (чем отягощеннее преморбидный фон, тем выраженнее нарушения менструального цикла).
3. Структура нарушения репродуктивной системы определяется возрастом девочки. В младшем школьном возрасте преобладают вульвовагиниты (73%-85%), тогда как в старших классах преобладают нарушения менструального цикла (80%).

**Реферат статьи:** У обследованных 90 девочек-подростков обнаружена корреляция между репродуктивными нарушениями и соматическими заболеваниями. Уточнена структура репродуктивных нарушений у девочек- подростков.

#### **Список литературы:**

1. Амбарцумян Т.Ж., Баласанян В.Г.-«Особенности нарушений и коррекции менструального цикла у девочек-подростков с дисфункцией щитовидной железы».-// Репродуктивное здоровье детей и подростков.-Москва, 2012, №5,стр.80.
2. Богданова Е.А. – «Организация медицинской помощи девочкам с гинекологической патологией».- // Российский педиатрический журнал.- 2014.-№4. – с. 4-6.
3. Гусева Е.В., Кузнецова И.В., Николаев С.Н.- «Структура вульвовагинальной патологии у девочек разных возрастных групп».-//Репродуктивное здоровье детей и подростков.-Москва,2013,№3,стр.50.
4. Fidel P.L. Vaginal candidiasis: review and role of local mucosal immunity. AIDS Patient Care and STDs 2014; 12:359-66.

**Есетова А.Б., Маратова А.М., Әбилаева Б.Е.**  
**РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ**  
**КАЗАХСТАН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Резиденты НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан*

*Научные руководители:*

*Смаилова Л. К. - PhD MS, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, почетный профессор*

*Искаков С.С. - к.м.н., PhD, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2*

*Шегенов Г.А. – PhD, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2*

*Искалиева С.С. - к.м.н., ассоциированный профессор кафедры акушерства и гинекологии №2*

*Уразова У.М. - к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2*

**Абстракт.**

В статье исследуются основные факторы, влияющие на репродуктивный потенциал девочек и подростков в Республике Казахстан.

Репродуктивный потенциал включает не только физиологические аспекты, такие как половое созревание и гормональные изменения, но и социально-экономические и культурные влияния, включая ранние браки и беременность, а также доступ к медицинским услугам и качественное сексуальное просвещение.

Проблемы ранней беременности, отсутствие сексуального образования и неравный доступ к медицинской помощи между городом и селом остаются главными проблемами для страны.

Реализуются государственные программы, международные проекты, направленные на улучшение репродуктивного здоровья девочек и подростков.

Для решения проблемы репродуктивного потенциала необходим комплексный подход через профилактику, просвещение и улучшение доступа к медицинской помощи, что укрепит репродуктивный потенциал и повысит качество жизни девочек и подростков.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, репродуктивный потенциал, подростки, девочки. Здоровье и развитие девочек и подростков неразрывно связаны с репродуктивным здоровьем и потенциалом.

Здоровье в первые годы жизни может повлиять на здоровье в долгосрочной перспективе, на результаты взрослой жизни и принятие репродуктивных решений, а также на здоровье следующего поколения.

Питание матери и качество ее жизни, питание, перенесенные инфекции и заболевания ребенка влияют на отдаленные результаты развития ребенка.

Репродуктивный потенциал девочек и подростков в Республике Казахстан включает несколько ключевых аспектов, связанных с физиологическими, социальными, экономическими и культурными факторами, влияющими на здоровье репродуктивной системы и возможности для поддержания здорового образа жизни в подростковом возрасте.

По данным МЗ РК на начало 2024 года, численность детей в Казахстане до 18 лет составил 6,84 млн. Из них 3,3 млн девочки. Большинство детей (около 60%) проживают в городах. Детское население составляет 34,1% от общей численности населения страны.

Исследования показывают, что у девочек проблемы с репродуктивным здоровьем могут начинаться еще в детском возрасте из-за недостаточного питания, стресса и дефицита медицинских услуг. Одним из факторов, влияющих на репродуктивное здоровье, является высокий уровень анемии, что может привести к задержке полового созревания.

К факторам, влияющим на репродуктивное здоровье подростков, относятся:

- соматическое здоровье;
- наследственность;
- условия и образ жизни;
- физиологическое и половое воспитание;
- доступность медицинского обслуживания;
- санитарная культура населения;
- репродуктивное поведение в социуме;
- экология и профессиональная вредность.

Репродуктивное здоровье девочек и девушек включает их способность к зачатию, вынашиванию и рождению здорового потомства.

Подростковый период время, когда происходит активное созревание половой системы, и начинается менструальный цикл.

В этом контексте важно понимать влияние биологических факторов, таких как гормональные изменения, развитие репродуктивных органов, а также роль правильного питания и образа жизни.

Социальные и культурные нормы играют важную роль в формировании репродуктивного потенциала девочек и девушек.

В традиционных обществах часто сохраняются представления о раннем браке и ранней беременности, что может негативно сказываться на репродуктивном здоровье. Уровень ранних браков и беременностей остается высоким, особенно в сельских регионах, что является проблемой для здоровья молодых девушек.

Ведется большая работа по улучшению сексуального просвещения подростков, однако эта область все еще остается недостаточно развитым.

Многие молодые девушки сталкиваются с отсутствием информации о контрацепции и сексуальном здоровье, что увеличивает риск ранней беременности и аборт, что может снизить их репродуктивный потенциал в будущем.

Доступность и качество медицинских услуг, связанных с репродуктивным здоровьем, варьируются в зависимости от региона. В крупных городах доступ к медицинским услугам выше, тогда как в сельских районах часто наблюдается нехватка квалифицированных специалистов и соответствующего оборудования.

Важное значение имеет проведение регулярных профилактических осмотров, вакцинация а также обеспечение доступа к современным методам контрацепции и услугам планирования семьи.

Сексуальное просвещение подростков является одним из ключевых факторов профилактики ранних беременностей и заболеваний, передающихся половым путем. Это бич нашего времени, следствие ошибок в поведении, воспитании, а также неграмотности подростков, которые не знают, как себя защитить от этих заболеваний. Коварство ЗППП в том, что, клиника заболевания есть не всегда, что с одной стороны приводит к запущенной стадии, а с другой стороны продолжает распространяться на половых партнеров при незащищенных контактах.

Вызывая хронические воспалительные процессы в организме, они резко снижают качество репродуктивного здоровья, приводя во многих случаях к бесплодию.

К ним относятся воспалительные заболевания половых органов. Они, как и многие годы стоят на первом месте в списке причин бесплодия.

Несмотря на попытки внедрить программы сексуального образования в школах Казахстана, многие из них остаются ограниченными по охвату и глубине.

Отсутствие всестороннего образования приводит к тому, что подростки не обладают достаточными знаниями для принятия ответственных решений в области сексуального поведения.

Исследования показывают, что недостаток знаний о репродуктивном здоровье и низкий уровень использования контрацепции среди подростков приводит к повышенному риску заболеваний и ранней беременности.

Ранняя беременность является серьезной проблемой для репродуктивного потенциала девочек и девушек. Раннее материнство зачастую связано с недостаточной физической и психологической зрелостью, что может привести к осложнениям во время беременности и родов, а также к снижению репродуктивного потенциала в будущем.

Беременность в подростковом возрасте до 18 лет, по данным литературы, только в 60% заканчивается благополучно родами по срокам и рождением здорового ребенка. Беременность представляет серьезное испытание для неокрепшего организма девочки, часто протекает с большим процентом осложнений, таких как анемия, гестозы, невынашивание, преждевременные роды, рождение ребенка с нарушениями внутриутробного развития. По

данным статистики, смертность новорожденных до 1 года у матерей до 18 лет на 20 % выше, чем у совершеннолетних. С социальной точки зрения, рождение ребенка ограничит возможности девочки: она не сможет закончить учебу, у нее нет материальной обеспеченности.

Беременность в подростковом возрасте в 35% заканчивается прерыванием беременности, что оказывает большой вред на репродуктивный потенциал, приводит к бесплодию. Прерывание беременности до 18 лет осуществляется в перинатальном центре до 12 недель с согласия опекуна, после 12 недель по решению клинико-экспертной комиссии определяют, что для здоровья девочки опаснее – прерывать беременность или доносить до срока.

На уровне ПМСП и в молодежных центрах проводятся мероприятия по повышению осведомленности подростков о возможных рисках ранней беременности.

Включение программ поддержки молодых матерей и улучшение доступа к медицинской помощи могут помочь снизить уровень ранних беременностей и улучшить репродуктивное здоровье.

Государственные программы по репродуктивному здоровью направлены на поддержку здоровья подростков и молодых женщин через программы охраны здоровья матери и ребенка, планирования семьи и профилактики заболеваний.

Предотвращение незапланированных беременностей у девушек-подростков является основой сохранения их репродуктивного и психологического здоровья.

По данным МЗ РК 16,7% девочек в возрасте 15-19 лет, имевших сексуальные контакты, были когда-либо беременны.

У большинства из них беременность закончилась родами в 62%. Искусственные аборт были у 22% девочек, самопроизвольные выкидыши у 16% девочек. Беременность и аборт в юном возрасте негативно влияют на еще не сформировавшийся организм, на физическое и психическое благополучие девушек.

Совместно с международными организациями разработаны образовательные программы, направленные на сексуальное просвещение подростков реализуемые в школах и медицинских учреждениях.

В крупных городах Казахстана действуют специализированные центры подросткового здоровья. Эти центры предоставляют медицинскую и психологическую помощь подросткам, включая услуги по репродуктивному здоровью, консультации по вопросам планирования семьи и профилактики заболеваний.

Осложнения, связанные с беременностью, являются второй по значимости причиной смертности среди девочек-подростков в возрасте 15-19 лет, и риск младенческой смертности среди этих молодых матерей также высок. Ранние браки и раннее начало половой жизни существенно влияют на показатели рождаемости, где 19% подростков беременеют к 18 годам. Одной из наиболее частых причин обращений в медицинские учреждения являются заболевания репродуктивной системы. В частности, распространены следующие заболевания: Воспалительные заболевания половых органов одна из самых распространенных категорий гинекологических патологий. В структуре гинекологической заболеваемости, по данным различных авторов, они составляют 6,2 % и занимают 3-е место по частоте. Этому способствуют некоторые социальные проблемы современной действительности: ухудшение экологической обстановки, урбанизация, раннее начало половой жизни среди подростков и молодежи, перегрузка фармацевтического рынка лекарствами, бесконтрольное их применение, в частности антибиотиков. Все это негативно воздействует на формирование репродуктивного здоровья подростка, состояние местного иммунитета половых путей, снижает резистентность организма к инфекционным факторам внешней среды.

В последние годы, по данным авторов отечественной и зарубежной литературы, сохраняется высокая встречаемость ЗППП среди детей и подростков.

В структуре воспалительных заболеваний гениталий вульвовагиниты составляют, по данным разных авторов в разные возрастные периоды 68–93 %. Причем более 60 % вульвовагинитов имеют рецидивирующий характер. Частому возникновению вульвовагинитов способствуют физиологические особенности и микрофлора вульвы и влагалища у детей и подростков.

Несвоевременное и неадекватное лечение воспалительных заболеваний половых органов приводит к частому рецидивированию и хронизации данной патологии, что в свою очередь может быть причиной таких серьезных осложнений, как нарушение менструальной функции, бесплодие, невынашивание, синдром тазовых болей и др.

Около 20-25% всех зарегистрированных случаев заболеваний репродуктивной системы у подростков приходится на воспалительные процессы, включая вагиниты, вульвиты и цервициты.

Нарушения менструального цикла примерно 12-15% подростков страдают от нарушений цикла, включая дисменорею (болезненные менструации). Эти проблемы зачастую связаны с гормональными нарушениями, стрессом или плохим питанием, что негативно сказывается на репродуктивном здоровье в будущем.

Спаечные процессы (сращение половых губ) распространены среди младших возрастных групп, однако точные данные по распространенности данного заболевания требуют уточнения.

Менструации являются важным показателем общего здоровья и благополучия девушек и подростков.

Дисменорея, которая проявляется в виде болей в животе, головных болей, тошноты и других симптомов, влияет на значительный процент молодых девушек — от 41% до 91,5% школьниц и студенток.

Эта распространенность свидетельствует о значительном влиянии менструальных расстройств на качество жизни и психоэмоциональное состояние подростков.

Профилактика нарушений менструального цикла у подростков заключается в своевременной диагностике в рамках диспансеризации и регулярных консультациях с врачом. Это позволяет предотвратить осложнения и улучшить репродуктивное здоровье.

### **Заключение**

Репродуктивный потенциал девочек и подростков в Республике Казахстан несмотря на существующие проблемы, такие как ранняя беременность, недостаточный доступ к медицинским услугам в сельских районах и низкий уровень сексуального просвещения делает шаги к улучшению ситуации.

Внедрение всеобъемлющих программ профилактики и сексуального просвещения а также улучшение доступа к медицинской помощи, ключевые меры для поддержания и укрепления репродуктивного здоровья подростков в стране.

При регулярных профилактических осмотров и активная просветительская деятельность среди подростков и их родителей являются важными мерами для своевременного выявления заболеваний репродуктивной системы. Повышение охвата населения медицинской помощью и улучшение качества предоставляемых услуг могут существенно снизить показатели гинекологической заболеваемости среди несовершеннолетних. Это особенно важно для формирования здорового репродуктивного потенциала девочек и девушек в Республике Казахстан, а также для общего улучшения здоровья подрастающего поколения

### **Литература:**

1. Адилова Г.Р. Современные способы контроля репродуктивного здоровья девочек-подростков // Экономика и социум. 2024. №1 (116).
2. Атамбаева Р.М., Исакова Ж.К., Бейшенбиева Г.Дж., Кочкорова Ф.А. Особенности репродуктивного здоровья современных девушек-подростков Кыргызской Республики. Журнал «Вестник КРСУ», 2017 год, Том 17, № 10, Стр. 113-115.
3. Есенаманова С.М., Досимов Ж.Б., Балыков А.Ж., Тубулбаева С.А., Долотова Л.В. Репродуктивное здоровье девочек подростков г. Актобе // West Kazakhstan Medical Journal. 2015. №2 (46).
4. Колода Ю. А. К61 На страже потенциала. Девочка-подросток в XXI веке: взгляд акушера. – 2023.
5. Кравченко Е. Н. и др. Проблемы подростковой беременности: акушерские и перинатальные исходы© //редакционная коллегия: Главный редактор—. – 2024. – Т. 41. – №. 2. – С. 52.

6. Лукашева О. В. и др. Организация профилактики нарушений репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков //Journal of Siberian Medical Sciences. – 2024. – №. 1. – С. 7-17.
7. Лукашева О. В. и др. Репродуктивное поведение девочек-подростков: анализ факторов риска, перспективы профилактики и просвещения //Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. – 2024. – Т. 32. – №. 2. – С. 179-190.
8. Маханбеткулова Д.Н., Лигай З.Н. Репродуктивное здоровье девочек-подростков – как медико-социальная проблема Казахстана // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 2021. №1.
9. Ningrum AG, Setyowati D, Sema, MOK. Hubungan Aktivitas Fisik dengan Dismenore Primer pada Remaja Putri: Systematic Review. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi. 2023.
10. Uvarova E.V., Khashchenko E.P., Kumukova Z.H. et al. История и современные возможности отечественного здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья девочек. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2022. 101 (3). 72-77.
11. Уайсова Ж.К. Репродуктивный потенциал девочек-подростков г. Актау. Сборнике трудов конференции. «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации» Тюмень, 04–07 апреля 2017 года, 260с.
12. Chechulina O.V. Репродуктивный потенциал девочек-подростков //Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88. – №. 2.
13. Frolova N.I., Belokrinitskaya T.E. Вирус папилломы человека и женское репродуктивное здоровье //Учредитель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Читинская государственная медицинская академия” Министерства здравоохранения Российской Федерации. – 2024. – С. 22.
14. Gubareva L.I. et al. Влияние профильного обучения на психологический статус и функциональное состояние центральной нервной системы школьников. – 2024.
15. Marcell A.V., Burstein G.R. Committee on Adolescence. Sexual and reproductive health care services in the pediatric setting // Pediatrics. 2017.
16. Assessment of awareness level of senior adolescent girls' about reproductive health Madina N. Khassenova, Zaituna G. Khamidullina, Svetlana Abdrashidova, Gulsum A. Kokisheva, Elnura I. Isayeva, Nadezhda T. Markhanova, Zhanar U. Tursunbekova, Kavira M. Mukasheva, Gulnoza U. Aldabekova, Assem S. Aketayeva, Assel Zh. Khassenova. Science & Healthcare, 2021. (Vol. 23) 5, 58-66.

УДК-615.276:613.8

**Жаксылықова А.М<sup>1</sup>., Ашимова Н.М<sup>2</sup>., Жунусова М.А<sup>1</sup>., Есекей А.Е<sup>1</sup>.**  
**АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ СРЕДИ**  
**ШКОЛЬНИЦ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский Университет Астана»*

*<sup>1</sup>Резиденты 1 года обучения*

*<sup>2</sup>Врач ЗОЖ, заведующая отделении профилактики и психо-социальной помощи ГКП на ПХВ  
«Городская поликлиника №7»*

*Научные руководители: Битемирова Ш.К. - магистр, ассистент кафедры.,  
Малгаждарова Б.С. – д.м.н, профессор кафедры, А.А.Тулемисова – доцент кафедры  
НАО «Медицинский Университет Астана», г.Астана, Казахстан.*

**Актуальность:**

Согласно данным ВОЗ, в 2019 году ВПЧ был причиной 620 000 случаев рака у женщин и 70 000 случаев у мужчин [1]. В 2022 году рак шейки матки находился на четвертом месте среди основных причин онкологических заболеваний и смертности от рака у женщин; было зарегистрировано 660 000 новых случаев и около 350 000 случаев смерти по всему миру [2]. Рак шейки матки составляет 93% всех онкологических заболеваний у женщин, связанных с ВПЧ [1].

В большинстве случаев у заразившихся ВПЧ-инфекция протекает бессимптомно. Согласно данным, иммунная система элиминирует ВПЧ в течение года или двух лет без каких-либо долгосрочных последствий. ВПЧ-инфекция, которая в организме способна вызывать изменения в клетках шейки матки, приводя к предраковым поражениям, которые при отсутствии лечения могут перерасти в рак шейки матки. Период развития рака шейки матки после заражения ВПЧ составляет 15–20 лет [3]. Согласно прогнозам, с 2018 по 2030 год среднегодовое количество случаев рака шейки матки увеличится с 570 000 до 700 000, а среднегодовая смертность возрастет с 311 000 до 400 000. Среди заболевших более 85% молодые женщины с низким уровнем образования, проживающие в самых бедных странах мира [4]. С учетом масштабов глобальной проблемы рака шейки матки, связанной с ВПЧ, Всемирная ассамблея здравоохранения утвердила Глобальную стратегию по ускорению ликвидации рака шейки матки, как проблемы общественного здравоохранения (резолюция WHA73.2). Эта стратегия включает следующие цели:

- вакцинация 90% девочек против ВПЧ к достижению 15-летнего возраста;
  - проведение высокоэффективного скрининга 70% женщин в возрасте 35 лет и повторного тестирования в 45 лет;
  - обеспечение лечения 90% женщин с диагностированным заболеванием шейки матки (включая 90% женщин с предраковыми изменениями и 90% пациенток с инвазивным раком).
- В каждой стране поставлена задача выполнить целевые показатели «90–70–90» к 2030 году для создания условий, способствующих ликвидации рака шейки матки в течение этого века [5]. В целях реализации вакцинации девочек в нашей стране стартовало проведение профилактических прививок против ВПЧ девочкам в возрасте от 11 лет до 11 лет 11 месяцев 29 дней включительно после получения информированного согласия родителей [6].

Исследование осведомленности школьниц и их родителей о раке шейки матки и вирусе папилломы человека (ВПЧ) подчеркивает значимость проблемы для здоровья подростков и необходимость разработки эффективных информационных стратегий.

**Цель исследования:** Целью данного исследования - оценить уровень осведомленности школьниц и их родителей о профилактике раке шейки матки в текущей ситуации.

**Материалы и методы исследования:** Исследование было проведено методом анкетирования. Разработаны анкеты в формате Open AI Forms в виде онлайн опроса. Анкетирование проводилось анонимно, на добровольной основе и проведено на русском и казахском языках.

В рамках исследования анкетирование прошли 261 родителей 10 школ, которые имеют девочек в возрасте от 11 лет до 17 лет, Алматинского района г. Астаны территориально относящиеся к ГКП на ПХВ «Поликлиники №6». Так же, после согласия родителей было анкетировано 67 школьниц.

**Результаты исследования:**

**Среди родителей:** Анкетирование прошли 261 родителей, из них женщины в возрасте от 35 до 45 лет – 215, мужчины- 6, женщины в возрасте старше 60 лет-8, 32 женщин относятся к возрастной категории от 46-59 лет. Не согласились на анкетирование 74 женщин, из них категорически отказались проходить анкетирование- 52 женщины, не согласны с вопросами и сбором личной информации -15 женщин, не желают информирование о какой - либо вакцинации – 9 женщин. Результаты опроса показали, что родители узнали о раке шейки в 119 случаях от медицинских работников и врачей (45,6%), в 73 (28%) случаях из источников СМИ (интернет, телевидение, передачи, буклеты), так же как источник информации учебное заведение указали 70 человек (26,8%). О знании ВПЧ отметили 212 участвующих 81,2%, о том, что не знают, соответственно, 49 (18,8%). Об информированности вакцинации заявили 189 (72,4). Из 261 родителей 115 (44,6%) указали, что согласны на вакцинацию детей, 143 (55,4%) родители выбрали ответ «нет».

Важным мероприятием по профилактике рака шейки матки по мнению родителей является «Вакцинация» — 34,9%, «Регулярные осмотры» — 36,4%. Меньше отражены такие варианты как: «Знание симптомов и признаков заболевания» — 19,9%, «Безопасное поведение в отношении здоровья» — 8%. 0,7% респондентов предложили свои варианты: «Половые

отношения в браке», «Соблюдение гигиены». В анкете также был пункт с предложениями от родителей по улучшению информированности о профилактике рака шейки матки. В ответах упоминались: вакцинация, реклама в СМИ, введение дополнительных занятий в школах, анкетирование. Мнение родителей о безопасности вакцинации ВПЧ положительно составило 37,9%, негативное отношение 19,9%, 30,3% — «Не определился(лась)», 11,9% — «Не знаю достаточной информации для ответа». На заключительном этапе анкетирования было получено согласие родителей на дальнейшее анкетирование их дочерей: «Да» — 70,1%, «Нет» — 29,9%.

**Среди школьниц:** Возраст анкетированных школьниц составил от 16-17 лет 49 человек (73,8%), 14-15 лет 8 человек (10,8%), 11-12 лет 5 человек (7,7%), самое меньшее процентное соотношение показали возрасты от 12-13, 13-14 5 человек (7,7%). Информированность о вакцинации ВПЧ среди школьниц составило 44 человек (65,7%), не информированы 12 человек (17,9%), слышали, но не уверены, что это такое - 11 человек (16,4%). Преимущественным источником информированности школьниц было СМИ 19 человек (28,8%), учебное заведение, школы 15 человек (22,7%), врачи 14 человек (21,2%), меньшее количество выбрали другие варианты, как: социальные сети 8 человек (12,1%), родители 8 человек (12,1%), подруги, одноклассницы 3 человек (3,1%). Среди анкетированных респондентов посещали гинеколога в этом году 24 человек (35,8%), не посещали 43 (64,2%). Получили вакцинацию против ВПЧ среди 67 школьниц 18 человек (26,9%), не вакцинированы 32 человек (48,5%), не уверены о получении вакцинации 12 человек (18,2%). Далее опрошены не вакцинированные школьницы на планирование получения вакцинации против ВПЧ. Ответили положительно - 32 человек (48,5%), негативно - 22 человек (33,3%), не уверены - 12 человек (18,2%). Об обсуждении важности профилактики РШМ вакцинацией ВПЧ с родителями и медицинскими работниками ответили положительно - 27 человек (37,3%), негативно - 34 человек (50,7%), не обсуждали 8 человек (11,9%). Так же проведен опрос о предложении получения какой - либо информации касательно вакцинации ВПЧ. Предложены следующие варианты: Общее понятие о ВПЧ 15 человек (22,7%), пути передачи ВПЧ 13 человек (19,7%), профилактика заражения вирусом 19 человек (28,8%), механизм иммунного ответа на вакцинацию ВПЧ 17 человек (25,4%), возможные побочные эффекты 8 человек (12,1%). Выявление влияния на получение вакцинации против ВПЧ школьниц рекомендациями врачей составило 32 человек (47,8%), мнение родителей 9 человек (13,4%), страх перед побочными эффектами 11 человек (16,4%). На согласие проведения школьных занятий о профилактике инфекции ВПЧ и вакцинации ответили положительно 33 человек (49,3%), негативно 19 человек (28,4%), не уверены 15 человек (22,4%) респондентов. Анкетирование включило так же возможные причины отказа от вакцинации против ВПЧ, что выявило следующие результаты: недоверие к качеству и компонентам вакцинации 17 человек (25,4%), множество побочных эффектов 8 человек (12,1%), нуждаются в дополнительной информации 19 человек (28,8%).

Проведена информационно-профилактическая работа среди школ согласно приказу от 17.09.2024г №11 «Об организации и проведения вакцинации против вируса папилломы человека в Республике Казахстан». Охвачено 10 школ, из них среди учителей - 340 человек; среди родителей - 510 человек. Проведена ЗУМ конференция - приняли участие 25 человек.

**Выводы:** в результате анализа осведомленности о профилактике рака шейки матки и вирусе папилломы человека (ВПЧ) среди родителей и школьниц можно сделать следующие выводы:

1. Осведомленность о ВПЧ: Большинство родителей знакомы с ВПЧ, однако лишь 65,7% школьниц осведомлены о вакцинации.
2. Планирование вакцинации: 44,6% родителей планируют вакцинировать дочерей, в то время как среди школьниц только 26,9% уже вакцинированы. При этом 48,5% из них готовы пройти вакцинацию в будущем.
3. Регулярные осмотры: Большинство родителей (87,6%) считает важным проходить регулярные медицинские осмотры, но только 35,8% школьниц посещают гинеколога.

4. Источники информации: Основные источники информации для родителей — медицинские работники и СМИ, для школьников — СМИ, учебные заведения и врачи. Это подчеркивает важность интеграции информации о здоровье в образовательные программы.
5. Обсуждение сексуального здоровья: Половина родителей обсуждает с дочерьми темы сексуального здоровья, однако 50,7% школьников не обсуждали вопрос вакцинации с родителями или врачами, что указывает на недостаток открытых диалогов.
6. Информационные потребности: Школьницы выразили интерес к информации о путях передачи и профилактике ВПЧ, что подчеркивает необходимость разработки целевых информационных программ.
7. Влияние рекомендаций: Рекомендации врачей оказывают значительное влияние на решение о вакцинации (47,8%), что подчеркивает важность активного участия медицинских работников в процессе информирования.
8. Причины отказа от вакцинации: Основные причины отказа от вакцинации — недоверие к качеству вакцин и страх перед побочными эффектами. Эти факторы должны быть учтены при разработке информационных ресурсов.

Таким образом, проведенное исследование подчеркивает необходимость комплексного подхода к повышению осведомленности о ВПЧ и вакцинации, активного вовлечения как родителей, так и школьников, а также создания программ, направленных на обсуждение вопросов здоровья в образовательных учреждениях. Участие медицинских работников в этих процессах является ключевым для формирования положительного отношения к вакцинации и регулярным медицинским осмотрам.

#### **Список литературы:**

1. De Martel et al, Lancet Global Health 2019
2. Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
3. WHO Cervical Cancer Prevention and Control Costing (C4P) tool. Geneva: World Health Organization ([https://www.who.int/tools/who-cervical-cancer-prevention-and-control-costing-\(c4p\)-tool](https://www.who.int/tools/who-cervical-cancer-prevention-and-control-costing-(c4p)-tool), по состоянию на 6 октября 2020 г.).
4. Mailhot Vega RB, Balogun OD, Ishaq OF, Bray F, Ginsburg O, Formenti SC. Estimating child mortality associated with maternal mortality from breast and cervical cancer. *Cancer*. 2019;125(1):109–17. doi:10.1002/cncr.31780.
5. Всемирная организация здравоохранения. (2022). Глобальная стратегия по ускорению ликвидации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения. <https://iris.who.int/handle/10665/359005>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
6. Постановление главного государственного санитарного врача от 17 сентября 2024 года № 11 «Об организации и проведении вакцинации против вируса папилломы человека в Республике Казахстан».
7. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). (2021). Глобальная стратегия по предотвращению рака шейки матки. Доступно по ссылке: [who.int](https://www.who.int)
8. Федорова, Е. В. (2022). Информационная осведомленность родителей о ВПЧ и вакцинации: результаты анкетирования. *Журнал «Здоровье и общество»*, 15(3), 112-118.
9. Почечуев, А. В., & Рожкова, Н. В. (2021). Обсуждение вопросов здоровья в семьях и его влияние на профилактику заболеваний у подростков. *Педиатрия*, 99(2), 145-150.
10. Национальный институт рака (США). (2020). Вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ). Доступно по ссылке: [cancer.gov](https://www.cancer.gov)

Зарипова Д.Я.

**СТЕПЕНЬ СВЯЗИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С РИСКОМ ОСТЕОПОРОЗА***Phd, доц. Кафедры акушерства и гинекологии №2, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу али Ибн Сино, Бухарский перинатальный центр Бухара, Узбекистан.**Научный консультант: Туксанова Д.И.**д.м.н. профессор кафедры акушерства и гинекологии №2, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу али Ибн Сино*

**Актуальность.** Менопауза сопровождается климактерическим синдромом, вследствие спада гормонов, которая приводит к развитию ожирения и повышенному риску сердечно-сосудистых заболеваний и перименопаузального остеопороза.

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь между климатическими симптомами, ожирением и сердечно-сосудистыми биомаркерами у женщин в перименопаузе у пациенток с остеопорозом.

**Материалы и методы исследования.** 150 женщин в перименопаузе ( $50,65 \pm 3,2$  года) были разделены на 2 группы. Контрольную (I-группу) у которых не наблюдались климактерические симптомы, такие как: приливы, жар, чувство холодного пота, агрессия. II- группу составили женщины с симптомами климакса. У них мы оценивали уровень эстрадиола в крови натошак из венозной крови, кальций, ЩФ. Из инструментальных методов было предложена остеоденситометрия для исключения или подтверждения остеопороза. Статистический анализ проводился по методу Фишера-Стьюдента. Данные больные наблюдались в РНЦЭМП БФ и лечились под разными диагнозами.

**Результаты исследования.** Из I-группы 19,4 % пациенток жаловались на нарушение сна, ИМТ в среднем составил 26,1 –ожирение I-степени, уровень эстрадиола составил 0,42 нмоль/л, кальций 1,91 дг/мл, ЩФ 257 МЕ/л а при остеоденситометрии Т-критерий составил 1,2 которое обозначает начавшуюся остеопению. Во II-группе 28,4 % пациенток жаловались на нарушение сна, ИМТ в среднем составил 29,1 –ожирение II-степени, уровень эстрадиола составил 0,22 нмоль/л, кальций 1,681 дг/мл, ЩФ 218 МЕ/л а при остеоденситометрии Т-критерий составил 1,9 которое обозначает остеопению постепенно переходящий в остеопороз. Уровень достоверности при этом составил  $p < 0,001$ .

**Выводы.** У женщин в постменопаузе климактерический синдром коррелировал с центральным ожирением, метаболическим и оксидативным стрессом, повышающим риск сердечно-сосудистых заболеваний. Уровень ИМТ, гормонального анализа, биохимических маркеров остеопороза и остеоденситометрии и симптоматики климакса коррелировал между собой. Исходя из вышеуказанных данных можно сказать что, симптомы климактерия указывают на изменения во всем организме.

УДК: 618.14-006.36-08

Муминжоновна И. Ф., Абдуллаева Л.М.

**ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ МИОМЫ МАТКИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ МИОМАХ МАТКИ***Научный руководитель - профессор, д.м.н. Абдуллаева Л. М.**Кафедра акушерства и гинекологии, Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста занимает миома матки. Частота данной патологии, в зависимости от метода диагностики, по оценкам отечественных и зарубежных авторов колеблется от 25% до 80%, причем у женщин репродуктивного возраста она составляет от 10 до 30 %. (А.Н. Стрижаков, 2011г). Миома матки может стать причиной появления таких

серьезных жалоб, как меноррагия, боли внизу живота, дизурические расстройства, запоры, увеличение объема живота, бесплодие, невынашивание беременности, а также появления таких осложнений в родах, как - слабость родовой деятельности, преждевременные роды, послеродовые кровотечения (Доброхотова Ю.Э., 2013г).

**Цель.** Изучить эффективность и безопасность трансвагинального радиочастотного миолиза под контролем УЗИ при симптоматических миомах матки репродуктивного возраста и в период пременопаузы.

**Материалы и методы исследования.** 34 женщин репродуктивного возраста и 46 женщин в пременопаузе с симптоматическими миомами матки прошли трансвагинальный радиочастотный миолиз под контролем УЗИ в качестве амбулаторной процедуры. Результаты оценивались путем измерения объема миомы на исходном уровне и через 1, 3, 6 и 12 месяцев наблюдения; а также путем расчета скорости уменьшения объема миомы. Клиническое улучшение оценивалось путем расчета балла меноррагии, балла тяжести симптомов и балла качества жизни, связанного со здоровьем (опросник по симптомам миомы матки и качеству жизни, связанному со здоровьем) до и после миолиза.

**Результаты.** Средний возраст пациенток репродуктивного возраста составил 34,8 лет, данный показатель составил 47,6 во 2 группе. Средний диаметр доминирующей миомы на исходном уровне составил 4,8 см и 4,4см соответственно в 2 группах. Средний объем доминирующей миомы на исходном уровне составил 67,4 см<sup>3</sup> и 59,7см<sup>3</sup>. Размер миомы постепенно уменьшался, и общая скорость уменьшения объема составила 77% и 83,0% соответственно при 12-месячном наблюдении. Средний балл тяжести симптомов снизился, а средний балл качества жизни, связанного со здоровьем, увеличился; опросник симптомов миомы матки и качества жизни, связанного со здоровьем, показал значительное клиническое улучшение после миолиза по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,001$ ). Балл меноррагии значительно снизился по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,05$ ) в обеих исследуемых группах, что свидетельствует об улучшении меноррагии при 3-, 6- и 12-месячном наблюдении. Никаких серьезных осложнений не наблюдалось и не сообщалось. Частота повторных операций составила 8,7% в группе пациенток репродуктивного возраста.

**Заключение.** Трансвагинальный радиочастотный миолиз под контролем УЗИ может быть безопасной, эффективной и минимально инвазивной амбулаторной процедурой для лечения симптоматических миом матки.

УДК: 617.586:616.13-005.4: 616.379-008.64-07-08

Муминова Н.Х, Арипов О.М., Норкулова М.А.

## ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ЖЕНЩИН РЕПРДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЕ

*Центр развития повышения квалификации медицинских работников  
Филиал ЦРПКМ, Ташкент, Узбекистан*

### **Аннотация.**

Прегравидарная подготовка включает комплекс мероприятий профилактических и лечебных действий которые обеспечивают эффективную подготовку супружеской пары до беременности .

**Цель исследование :** Изучить и оценить роль предгравидарной подготовки с применением витаминно-минерального комплекса с оценкой результатов в антенатальном и послеродом периодах.

Были обследованы 90 женщины с бесплодием , с последующим назначением витаминно-минерального комплекса различного состава по результатам исследование крови на содержание микроэлементов, с последующим назначением корректирующей терапии в течении 1 -1,5месяца, в случае наступления беременности с продолжением в 1-м триместре .

Назначенный препарат положительно повлиял на рост фолликула и эндометрия, в связи с чем у 85% женщин при комплексном лечении наступила беременность, а в антенатальном периоде в 2,5-3 раза уменьшились все акушерские осложнения.

**Ключевые слова:** витаминно-минеральный комплекс, предгравидарная подготовка, бесплодие

## **Annotation**

Preconception preparation includes a set of preventive and therapeutic measures that provide effective preparation of a married couple before pregnancy.

The purpose of the study: To study and evaluate the role of pregravid preparation using a vitamin-mineral complex with an assessment of the results in the antenatal and postpartum periods.

90 women with infertility were examined, followed by the prescription of a vitamin-mineral complex of various compositions based on the results of a blood test for the content of microelements, followed by the prescription of corrective therapy for 1-1.5 months, in case of pregnancy with continuation in the 1st trimester.

The prescribed drug had a positive effect on the growth of the follicle and endometrium, in connection with which 85% of women with complex treatment became pregnant, and in the antenatal period, all obstetric complications decreased by 2.5-3 times.

**Key words:** vitamin-mineral complex, preconception preparation, infertility

**Актуальность.** На сегодняшний день комплексные мероприятия профилактических и лечебных действий обеспечивающие эффективную подготовку супружеской пары до беременности, с целью к полноценного зачатия с дальнейшим вынашиванием полноценного плода, обусловленные с дефицитом витаминов и микроэлементов в организме беременной женщины принято называть предгравидарной подготовкой(1,4). Все эти мероприятия будут способствовать нормальному течению периода беременности и рождению здорового ребенка. Прегравидарная подготовка – наилучший доказанный способ снижения акушерских и перинатальных осложнений (1,2), материнской и перинатальной смертности и заболеваемости, распространенности врожденных пороков развития (ВПР) и хромосомных аномалий у плода, частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (1). По литературным данным дефицит микроэлементов и витаминов перед наступлением беременности и тем более во время гестации повышает риск перинатальной патологии, увеличивает детскую смертность, является одной из причин недоношенности, врожденных уродств, нарушения физического и умственного развития детей. Именно поэтому крайне важно начать прием необходимых микронутриентов до зачатия и накопить все необходимые витаминно-микроэлементы к самому критическому сроку первые 12 недель беременности, когда происходит закладка всех органов и систем плода.

**Цель: Изучить и оценить роль** предгравидарной подготовки с применением витаминно-минерального комплекса с оценкой результатов в антенатальном и послеродом периодах.

**Материал и методы исследования:** Обследовано 90 женщин с различными этиологическими факторами бесплодие, за исключением органических поражений органов малого таза. Возраст больных в среднем составил  $24 \pm 0,7$  лет. Длительность бесплодие составила от 1 года до 7,6 лет. Из 90 женщин обратившиеся к гинекологу с первичным бесплодием- 39, а у остальных было вторичное. Пациентки с вторичным бесплодием в анамнезе указали на 2 выкидыша - 43, на 3 - 14, на 4 9 женщины. Соматическая патология- анемия 1-й и 2-й степени у 67 пациенток, 3-й степени у 8 и все они пролечились с антеанемическими препаратами, а также были проконсультированы у гематолога для исключения каких либо заболеваний крови. Мы женщинам с анемией особенно средней и тяжелой степени тяжести назначали кальций не более 250 мг, так как усвоение железа в присутствии кальция снижается в два раза, поэтому при назначении железа 60 мг - обеспечивается всасывание только 30 мг.

Из соматической патологии-инфекции мочевых путей- у 28 женщин, и большинство из них указали на перенесенные ИМТ в течении 3-8 лет, по поводу чего получали неоднократное лечение.

Все методы исследования- бактериальный посев мочеполового тракта, исследование крови и содержание микроэлементов были выполнены на базе городского диагностического центра (ГУБ) с участием главного врача д.м.н Арипова О.А.

Обнаружение условно-патогенных микроорганизмов, таких как грибы рода *Candida*, стафилококки, стрептококки было у 41 пациенток, и при осмотре данных пациенток у 66 беременных из 90 женщин найдены признаки кольпита той или иной степени

выраженности бактериальной этиологии вызванной Candida, гарднереллой и другой неспецифической флорой.

Для верификации возбудителя использовали результаты бактериоскопического и бактериологического анализа микроэкологии гениталий, где были в основном высеяны грибы рода Candida и гарднерелла со смешанной микрофлорой и Грамм + флора.

Детские инфекции перенесли почти все женщины с бесплодием, где частота таких детских инфекций как корь, эпид паротит, ветрянка была зафиксирована в 3 раза больше чем в группе контроля.

Менархе в основной группе был у большинства в 12-13,7 лет, у 34 после 14 лет- у 17 после 16. Становление менархе было в течении 1-3года, что многие из них обращались по поводу ювенильного кровотечения у гинеколога, в связи с чем из 90, 39 получали гормональную коррекцию, в основном с комбинированными оральными контрацептивами (при метаболическом синдроме с ожирением Мидиану (состав дросперинон), при сочетанных СПКЯ -Белара(хломардинон ацетат)., при недостаточности эстроген-гестагенного компонента – ЗГТ.

Мы исследовали в крови женщин с бесплодием помимо других анализов содержание микроэлементов и витаминов таких как : 25ОН Д, Магний(Mg), цинк(Zn), витамин В12, фолиевая кислота, фосфор (P), кальций (Ca).

### Сравнительные показатели витаминно- микроэлементного состава крови

Таблица 1

Название элемента или витамина	Результат		Референсные значения
	Основная группа n=90	Контрольная группа n=29	
25ОН Д			Дефицит- $\leq 10$ нг/мл Недост-- $10 \leq 29$ нг/мл Норма-30-100 нг/мл N=130
Витамин В12	14,8	24,6	11,7-18,5ммоль/л
Фолиевая кислота			3,4-8,7ммоль/л
Магний(Mg),	0,42	0,62	0,66-1,03ммоль/л
Медь	12,5	14,5	12-24мкмоль/л
цинк(Zn)	6,4	7,9	7-23,3 мкмоль/л
фосфор (P),	0,73	1,1	0,8-1,61 ммоль/л
кальций (Ca).	1,83	2,1	2,1-2,6 ммоль/л
Железо (Fe)	7,21	15,6	7,16-26,85мкмоль/л
Хлор (Cl)	98,7	108,2	95-115ммоль/л
Калий (K)	3,53	3,9	3,6-5,5ммоль/л
Натрий(Na)	132,4	147	135-155ммоль/л

Из таблицы 1 видно что, в группе у пар которые проходили лечение с диагнозом бесплодия данные состава микроэлементов и витаминов показало, что в сравнении со здоровыми женщинами все показатели были низкими. Витамин 25ОН Д, фолиевая кислота, витамина А и Е - являются одним из «регуляторов» женской репродуктивной системы. Витамин Д3 обеспечивает оптимальный уровень фосфора и кальция в организме и по литературным данным, он влияет на репродуктивную функцию женщины и на результативность циклов ЭКО и низкий уровень витамина Д3 становится фактором бесплодия и отрицательным исходом вспомогательных репродуктивных технологий(ВРТ). Для витамин Д3 способствует васкуляризации хориона, контролирует

секрецию различных плацентарных гормонов и обеспечивает благополучное развития плода, а также участвует в формировании костей малыша, а в дальнейшем и зубов.

Микроэлементы такие как селен, магний и кальций также активно участвуют в созревании фолликулов, с их полноценной овуляцией и с последующим качественным развитием хориона. Помимо лечения бесплодия и предгравидарной подготовки витамины и микроэлементы имеют важную роль для женщины как во время беременности, так и в послеродовом периоде. С их дефицитом могут наблюдаться ряд осложнений в антенатальном периоде: прерывание и угрозы выкидыша беременности в I и II триместрах, развитие плацентарной недостаточности, преэклампсии, нарушений сократительной активности матки, увеличение риска кесарева сечения. Дефицит витамина D, селена приводит к нарушению кальциево-фосфорного обмена во время беременности и нарушает адаптацию новорожденного, а также на его дальнейшего развитие в младенческом возрасте. В зависимости от характера лечения все больные были разделены на 2 клинические группы: 1-я основная группа – 75 пациенток, у которых для предгравидарной подготовки и лечения бесплодия учитывали недостаточность витаминно-минерального состава крови после анализов и получали нами рекомендуемые витаминно-минеральные комплексы.

Во второй группе также были 55 женщины, которым назначили корректирующую терапию, без препарата, а отдельные фракции витаминов и микроэлементов (йод, А, Е). Нами предложенный «ЕСО-fertil» для женщин, принимали по 1 таблетке 2-3 раза в сутки, а при наступлении беременности продолжали его прием в течении еще 2-3 месяцев. В составе данного комплекса есть еще необходимые экстракты из трав, которые принимают немаловажное участие для лечения репродуктивных нарушений. Это экстракт корня солодки, который содержит много фитостроенов, схожие по своему действию с женскими половыми гормонами и глицирризиновую кислоту обладающую эффектом схожим с действием кортикостероидных гормонов, именно наличие вот такого уникального комплекса в составе препарата способствует восстановлению эстрогенного фона при гипостроенных состояниях. При дисфункции яичников, особенно обусловленной гиперандрогенией снижает уровень андрогенов и нормализует менструальную функцию.

Экстракт дикого ямса -нормализует гормональный фон, нормализует содержание как эстрогенов, так и андрогенов. Во время беременности данные экстракты положительно влияют на рост хориона и формированию плаценты.

Экстракт зеленого чая входящий в состав препарата имеет мощные антиоксиданты такие как полифенолы эпигаллокатехин -3-галлат (EGGG) и эпигаллокатехин (EGC), флавоноид кверцетин (QU), витамины С и Е, которые связывают свободные радикалы и синглетный кислород, защищая мембраны и ДНК-клеток от повреждения. Надо отметить, антиоксиданты и цитопротекторные свойства зеленого чая используются в комплексе лечения при многих заболеваниях, сопровождающихся окислительным стрессом, в том числе и при бесплодии.

При лечении бесплодия после исключения воспалительного агента и других органических поражений мы мониторировали рост фолликула и эндометрия в течении 2-3 циклов. Из 90 пациенток с бесплодием у 56 были нарушения созревания фолликула до доминантного размера (18-20мм в диаметре), толщина эндометрия в середине нормопонирующего цикла (на 13-14-е дни) составила до 6-7 мм, вместо 10мм. Аргинин который также имеется в составе препарата эффективно повлиял на рост эндометрия, особенно у тех пациенток, где он отставал в росте, при нормальном развитии фолликула.

**Результаты и обсуждение.** При мониторинге за ростом фолликула и эндометрия, в группе женщин которые принимали витаминно-минеральный комплекс в составе других препаратов дал положительный результат и беременность наступила в течении 3-5-6 месяцев раньше, чем лечение было проведено без него. Именно в этой группе для созревания фолликулов и индукции овуляции применяли более низкие дозы гонадотропинов, что немаловажное значение имело как в лечебном (меньше побочных действий) так и в экономическом плане (дороговизна гормональных препаратов). При наступлении беременности у женщин,

которые продолжали принимать витаминно-минеральный комплекс снизились такие осложнения как неразвивающаяся и угроза выкидыша в 2-3раза, случаи уродства и патология плаценты также в 3-4 раза, что еще раз доказывает эффективность назначенных нами витаминно-минерального комплекса для нормального течения антенатального периода и развития плода, что совпадает с данными литературы(1,4).

Исходя из данных литературы (2,3), своевременное назначение витаминно-минералов как во время предгравидарной подготовки , так и в раннем антенатальном периоде достоверно повышает случаи скорейшего и эффективного наступления беременности, а при наступлении ее снижает случаи гинекологических осложнений, так как способствуют своевременному формированию ПИБФ фактора, которого имеет большое значение для нормального прогрессирования настоящей беременности и для выработки эндогенного прогестерона . В критические сроки своевременное назначение корректирующей терапии способствует для выработки ПИБФ, который необходим для нормальной nidации плодного яйца в ранние сроки гестации.

кроме прогестерона , необходимы такие витаминно-микроэлементы как селен, аргинин, фолиевая кислота, цинк и кальций .

Именно в первой основной группе где женщины принимали витаминный комплекс наблюдался эффективный рост фолликула до 20мм и , а иногда даже больше на 2-3 мм, а рост эндометрия имел до 10мм и более, что отлично имело возможность для индукции овуляции.

А также при хронической внутриматочной инфекции и ИППП, с одновременным назначением кальция и магния уменьшаются симптомы угрозы выкидыша и другие нежелательные симптомы, такие как судороги и , боли в костях.

В группе где прошли предгравидарную подготовку без включения EcoFertil» for women были случаи отставание роста фолликула на 2-5 -суток , размеры доминантного фолликула у 12 женщин были незрелыми, которые не достигали до доминантного значение, а также были отставание роста эндометрия при полноценных размерах фолликула, что еще раз доказывает эффективность микроэлементов при данных нарушениях.

Обобщая выше изложенное, хотелось бы отметить, что рационально заблаговременная прегравидарная подготовка значительно снижает вероятность неудачных попыток ВРТ, коррекции бесплодия, а также уменьшает осложнений для матери , с улучшением соматического здоровья и уменьшает случаи рождения детей с врожденными пороками развития (1,2)

#### **Литература:**

1. Питание и нутритивная поддержка во время беременности РМЖ. Мать и дитя. Т. 3, №4, 2020 С 233-238.
- 2.Преконцепционная подготовка пациенток со смешанным вагинальным дисбиозом И.О. Боровиков и соавт. РМЖ. Мать и дитя. Т. 2, №2, 2019.С 113-119.
3. Ravel J., Gajer P., Abdo Z. et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. Proc Natl Acad Sci USA. 2011;108(1):4680–4687. DOI: 10.1073/pnas.1002611107.
4. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. World Health Organization; 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=8>

**УДК: 618.3:616.36-008.6**

**Ниязметов Р.Э., Топхара Е.Н., Матмуродова Н.Ш.**

### **ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ**

*Ниязметов Рахматулла Эрматович - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии  
ЦРМКМР, г. Ташкент, Узбекистан.*

**Актуальность проблемы.** Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) является наиболее

часто встречающимся осложнением со стороны печени во время беременности. Причины возникновения ХГБ, механизм его развития, рецидивирование при последующих беременностях и перинатальные осложнения до конца не изучены. Существуют научные данные, указывающие на то, что в основе развития данной патологии лежат гормональный дисбаланс, наследственная предрасположенность, нарушение адаптационного процесса в организме беременной женщины, а также перенесенные заболевания гепатобилиарной системы до и во время беременности, но они окончательно не могут раскрыть механизм развития первичной и рецидивирующей формы холестатического гепатоза беременных.

**Цель исследования** - изучить частоту распространенности холестатического гепатоза беременных (ХГБ), его рецидивирующей формы и факторы, способствующие развитию данной патологии.

**Объект исследования** - 174 беременные, роженицы, родильницы, перенесшие холестатический гепатоз беременных, из них 109 (62,6%) с первичной и 65 (37,3%) с рецидивирующей формой данной патологии. Сбор материалов, анализ и оценка результатов лечения рецидивирующей формы холестатического гепатоза беременных в сравнительном аспекте были проведены в период с 2019 по 2023 гг. на базе двух родильных комплексов г. Ташкента.

**Результаты исследования:** в родильном комплексе №2 за 4 года с 2019 по 2023 год было зарегистрировано 14,326 родов, из них ХГБ был установлен у 109 (0,7%), т.е. 1 случай на 131 родов. Из 109 пациентов с первичным ХГБ рецидив холестатического гепатоза беременных (РХГБ) наблюдался в 65 (59,6%) случаях.

Причины возникновения РХГБ считаются сложными и многофакторными. Сама физиологическая беременность является благоприятным фоном для сгущения и увеличения вязкости желчи, гипотонии желчевыводящих путей и повышения проницаемости желчных капилляров вследствие стимулирующего влияния на процессы желчеобразования и одновременно ингибирующего на процессы желчевыделения постоянно возрастающим пулом половых стероидов, продуцируемым фетоплацентарным комплексом.

Изучая сезонные факторы развития первичной и рецидивирующей форм ХГБ, мы выявили взаимосвязь, так как из 109 случаев 41 (37,6%) с первичной формой и 29 (44,6%) с рецидивирующей приходились на зимний период, 33 (30,2%) с первичной формой и 22 (33,8%) с рецидивирующей формой ХГБ встречались весной, что, возможно, связано с нехваткой уровня витаминов, в том числе селена и витамина D, а также с малоподвижным образом жизни. Мы также связываем этот фактор с употреблением беременными острых и соленых блюд от 4 до 6 раз в сутки в зимний и весенний периоды, тогда как в летний период — 1-2 раза, а осенью — 2-3 раза. В летний период первичная форма ХГБ наблюдалась у 19 (17,4%) беременных, а осенний период — у 16 (14,6%). Аналогичная ситуация наблюдалась и с РХГБ: из 65 случаев у 6 (9,2%) летом и у 8 (12,3%) осенью, что может быть связано с обильным употреблением жидкости и фруктов, овощей. Таким образом, нами была выявлена частота встречаемости первичной формы ХГБ в зимний и весенний периоды, составившая 74 (67,8%), и рецидивирующей формы ХГБ — 51 (78,4%), что указывает на корреляционную связь с сезонностью.

Мы в своих научных исследованиях также изучали роль соматических заболеваний, в том числе хронических заболеваний гепатобилиарной системы, в развитии ХГБ и его рецидивирующей формы. Клинико-статистические исследования позволили выделить соматические заболевания у беременных как наиболее значимые факторы риска, способствующие развитию ХГБ и его рецидивирующей формы. Частота встречаемости соматических заболеваний во время беременности у женщин с ХГБ: хронический гепатит В в первичной форме ХГБ встречался у 76,1% женщин, то в рецидивирующей форме — у 93,8%, хронический холецистит — у 46,7% в первичной форме и у 98,4% в рецидивирующей, что в 2,1 раза больше. Аналогично, дискинезия желчевыводящих путей встречалась в 2,2 раза чаще, соответственно, у 31,9% в первичной форме и у 72,3% в рецидивирующей форме. Следует отметить, что заболевание гепатобилиарной системы у беременных с рецидивирующей формой ХГБ встречалось в 177 случаях, то есть, на одну беременную приходилось 2,7 единицы

различных заболеваний гепатобилиарной системы, а в первичной форме такие патологии встречались в 1,6 единицы на одну беременную. Таким образом, роль заболевания гепатобилиарной системы у беременных в возникновении рецидивирующей формы ХГБ несомненна. У женщин с ХГБ беременность протекала на фоне хронических воспалительных процессов в бронхолегочной системе, ИМП, а также сопровождалась некоторыми заболеваниями гениталий, ЦМВ, ВПГ 1-го и 2-го типа. ЦМВ, простой герпес 1-го и 2-го типа, бактериальные и паразитарные инфекции всегда ухудшают течение самого ХГБ и рецидивирующей формы. Хронический воспалительный процесс женских половых органов встречался у 53,4% беременных с ХГБ, в первичной форме — у 49,5% и в рецидивирующей — у 58,4%. При ХГБ такие заболевания, как вагиниты, хроническая внутриматочная инфекция, ВПГ 1-го и 2-го типа, хламидиоз, встречались как в первичной, так и в рецидивирующей форме ХГБ. Самая высокая частота ЦМВ обнаружена у 36 (20,6%) беременных исследуемой группы. В проявлениях токсического гепатита особую роль играет ЦМВ-инфекция, которая, по некоторым авторам, вызывает до 45% случаев вторичного токсического гепатита у беременных. Таким образом, не исключается связь развития рецидивирующей формы ХГБ с острой или хронической инфекцией гепатобилиарной системы, в том числе вирусными гепатитами В и С, ЦМВ, ВПГ и различными соматическими заболеваниями.

Немаловажным фактором риска является наследственная предрасположенность к развитию данного заболевания. Рецидивирующая форма ХГБ чаще встречается среди женщин, чьи матери или сестры перенесли это заболевание. Изучая отягощенный семейный анамнез на основании анкеты и тщательного сбора анамнеза у матерей и бабушек, был сделан следующий вывод: из 65 (100%) беременных, страдающих рецидивирующей формой ХГБ, у 13 (20,0%) бабушек, у 22 (33,8%) матерей и у 30 (46,1%) сестер наблюдалось проявление холестаза. Следует отметить, что из-за сложности и давности сбора полноценной информации у прабабушек не удался. При более тщательном анамнезе выяснилось, что рецидивирующая форма ХГБ ассоциирована с преждевременными родами на фоне зуда у беременных. У 3 (4,6%) матерей и у 4 (6,1%) сестер была антенатальная гибель плода на фоне данной патологии в сроке 28-34 недели.

При многоплодной беременности риск заболевания холестазом беременных увеличивается в несколько раз, поскольку вырабатывается больше гормонов, чем при одноплодной беременности. Причиной возникновения является механическое сдавливание желчного пузыря, которому способствует многоплодная беременность, а также деформация желчного пузыря, например, изгибы и перегибы. Вследствие этого возникает нарушение оттока желчи и всасывание желчных пигментов в кровь. Из 65 (100%) беременных, страдающих рецидивирующей формой ХГБ, у 3 (4,6%) наблюдалась двойня, и из 6 родившихся детей у 4 (66,6%) был плод мужского пола. При первичной форме ХГБ в двух случаях наблюдали двойню у бабушек.

**Вывод исследования:** Частота рецидива ХГБ составляет до 60%, этиопатогенез многофакторный, включая сезонность, наличие заболевания гепатобилиарной системы, многоплодную беременность и наследственность.

УДК: 618.5-06-007.271-08

Рахманова И.И., Каримов Ф.Д.

## ИСХОДЫ РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ЗАТЯНУВШЕМСЯ ЛАТЕНТНОМ ПЕРИОДЕ

Каримова Ф.Д. д.м.н. профессор.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республика Узбекистан, Ташкент*

**Актуальность:** Достоверными клиническими признаками затянувшегося латентного периода, принято считать нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности

схваткообразные боли внизу живота. Болевые ощущения продолжаются в среднем более 6 часов. При этом схватки не продуктивные, не эффективные, структурных изменений в шейке матки не происходит. Такая без эффективная сократительная деятельность, утомляет роженицу, нарушает ритм сна и бодрствования, а в большинстве случаев является причиной аномалий родовой деятельности.

**Цель:** Оптимизация родов при затянувшимся латентном фазе для снижения перинатальных потерь

**Материалы и методы исследования:** Нами произведена ретроспективный анализ 98 историй родов, историй родов за период 2022- 2023 года с диагностированным затянувшегося латентным периодом. Группу контроля составили 50 пациенток с нормальным течением родового акта.

Пациентки обеих групп сравнения были сопоставимы по паритет, гинекологическому и соматическому анамнезам. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречалась патология щитовидной железы в 31%, ожирение I-II степени 18 %, анемия I-II степени 33% против 27% группе контроля. Изучение менструальной функции выявило позднее наступление менархии у 15% в основной и 6% в контрольной группе, нарушения менструальной функции отмечены в 12% случаев в обеих группах. Воспалительные заболевания органов малого таза имели в анамнезе 27% пациенток в основной и 19% в контрольной группе.

Достоверные различия отмечены в частоте угрозы прерывания настоящей беременности 22% против 11%, развития преэклампсии легкой степени 18% против 11%. В литературе имеются данные о роли локализации плаценты в развитии аномалий родовой деятельности, при этом наиболее благоприятная локализация плаценты по передней стенке матки одинаково часто встречалась в исследуемой группе и в группе сравнения. Наиболее угрожаемая по развитию аномалий родового акта донная локализация плаценты в 3 раза чаще встречалась в основной группе исследования.

**Результаты исследования и их обсуждения:** Течение родов при затянувшемся латентном периоде имело ряд особенностей: несвоевременное излитие околоплодных вод отмечено у 34% беременных, слабость I периода родов отмечено у 42 %. Травматизм матери в процессе родов отмечен у 27% родильниц ретроспективной группы. Роды у пациенток обеих групп исследования произошли своевременно, т.е. в 39-40 недель гестации. В переднем виде затылочного предлежания у беременных с затянувшимся латентным периодом родилось 94% детей, 3% тазовом предлежании. Медикаментозное родовозбуждения, при возникновении аномалий родовой деятельности, окситоцином, простагландинами применялось в 28% случаев в группе, тогда как в контрольной данный показатель составил 10%. Оправданными явились выведенные риски на предстоящие роды в плане развития аномалий родовой деятельности, так слабость родовой деятельности отмечена в 4 раза чаще в группе с затянувшимся течением латентной фазы. Дискоординация родовой деятельности составила в среднем 13% против 8% в группе контроля. Ретроспективный анализ партограмм показал, что в большинстве случаев латентная фаза I периода родов расценивалась как патологический прелиминарный период. В данных случаях необоснованным явилось назначение медикаментозного сна отдыха. Медикаментозный сон в данной ситуации не только отрицательно сказывался на плоде, но и значительно влиял на временные показатели родов. Так оказалось, что продолжительность латентной фазы I периода составила  $150,0 \pm 10,0$  минут часа, активной фазы (учитывая утеротоники) 1,5-2 часа, а в целом роды расценивались как быстрые. В данных случаях объяснимым явилась высокая частота акушерского травматизма матери и плода. У рожениц с затянувшимся латентным периодом достоверно чаще имелись ручные вхождения в полости матки, по причине задержки последа, ущемления плаценты. Разрыв шейки матки, промежности составили в среднем 33%, против 6% в группе сравнения.

Анализ КТГ произведен у 8 рожениц основной группе, и только у 4 из них показатели относительно приближены к нормативным. В оставшихся случаях отмечены отклонения в среднем ритме плода. Так у 2 рожениц на КТГ отмечались периодические децелерации, в I случае, на фоне нормального базального ритма отмечалось появление умеренных  $gip$  2 волн с

урежением до 75 ударов в течение 0,3 минут. Во втором случае появление коротких, 30 сек *gip* 2 волносопровождалась урежением до 40 ударов в 0,3 мин. Частота рождения детей в асфиксии в средней и тяжелой степени составила 17% основной группы.

В результате родов в основной группе, состояние новорожденных как удовлетворительное (7-7 баллов) оценены 83%, 12% новорожденных родились в средней степени тяжести, а у 4,08% состояние оценено как тяжелое. Изучение периода адаптации также выявило ряд состояний, вызвавших нарушения у новорожденных. Заболеваемость новорожденных основной группы вдвое превышала данный показатель в контрольной группе. В структуре заболеваемости на первом месте перинатальное поражение ЦНС (акушерский травматизм-2,04%, сочетанная TORCH инфекция 2 детей) второе место принадлежит врожденным порокам развития.

**Выводы:** Суммируя данные анализа, можно сделать выводы о том, что затянувшейся латентная фаза первого периода родов имеет определенные клинические критерии и при установлении диагноза необходимо реально оценивать данные параметры, в целях дифференцировки с латентной фазой родов. Риск развития затянувшегося латентного периода имеют беременные с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, экстрагенитальными заболеваниями, наличием угрозы прерывания беременности и донной локализацией плаценты. Наличие врожденного порока развития плода также диктует необходимость профилактики развития обструктивных родов.

На фоне затянувшегося латентного периода родов имеют высокую частоту такие осложнения как несвоевременное отхождение околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, родовой травматизм матери и высокую частоту перинатальной заболеваемости. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования тактики ведения родов у женщин с затянувшимся латентным периодом и проведения мер его профилактики.

#### **Литература**

1. Аномалии родовой деятельности: механизмы формирования и факторы риска/ Зефирова Т.П., Железова М.Е., Яговкина Н.Е.// Практическая медицина. - 2010.
2. Структура аномалий родовой деятельности в современном акушерстве: клинико-статистические аспекты/ Савицкий А.Г.// Журнал акушерства и женских болезней. - 2005.
3. Дискоординации родовой деятельности: теория и практика/ Козонов Г.Р.// Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. - 2014.
4. Павлов Р. В. Аномалии родовой деятельности. — Астрахань, 2020
5. Каримова Ф.Д. Регуляция аномалий родовой деятельности при излитии околоплодных вод. Узбекистан 2006 // Новости дерматовенерологии. 27-29
6. Рахманова И.И. Каримова Ф.Д. Рахманова С.Ш. Современные возможности коррекции родовой деятельности у беременных высокого риска на перинатальную патологию.//Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «современные тренды в охране материнства и детства» 22-23 июня 2023г. Казахстан

УДК 618.39-021.3+616.9

### **Серікова Г.Ж., Аблакімова А.А., Тыныштықбай І.Б., Сламова Ә.Қ. ЖҮКІТІЛІКТІҢ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕГІ ӨЗДІГІНЕН ТҮСІК ТАСТАУ СЕБЕПТЕРІ**

*№2 Акушерия және гинекология кафедрасы*

*І оқу жылының резиденттері*

*Ғылыми жетекшілері: кафедра профессоры, м.ғ.д. Малгаждарова Б.С.*

*кафедра доценті, м.ғ.к. Тулемисова А.А.*

*КеАҚ «Астана медицина университеті», Астана қаласы*

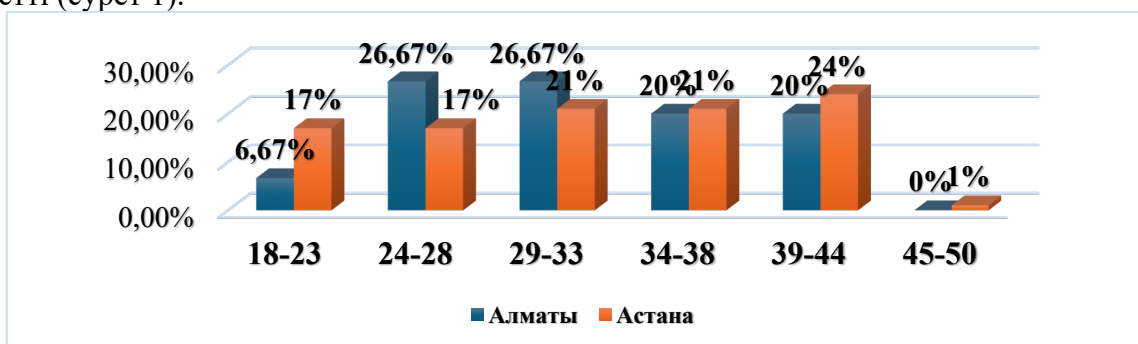
**Аннотация:** Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының (ДДСҰ) анықтамасына сәйкес - өздігінен түсік тастау (ӨТТ) жатыр қуысынан жүктіліктің 22 аптасына дейін эмбрионның және ұрықтың салмағы 500 граммға жетпей жүктілік үзілуі [1, 6]. Түсіктің пайда болу мерзіміне сәйкес ӨТТ – 12 аптаға дейін ерте түсік тастау және кеш өздігінен түсік тастау – жүктіліктің 12-ден 22 аптасына дейінгі болып бөлінеді.

**Кілттік сөздер:** Өздігінен түсік тастау, жүктілік, себептер.

**Өзектілігі:** Статистика бойынша, әлемде жыл сайын 23 миллион түсік тастау жағдайы орын алады, яғни әр минут сайын 44 жүктілік үзіледі. ӨТТ - жүктіліктің ең жиі кездесетін асқынуына жатады. Барлық клиникалық диагностикаланған жүктіліктерде түсік тастау жиілігі 10%-дан 20%-ға дейін жетеді. Кейбір авторлардың пікірлері бойынша, бұл патологияның себебін анықтау 40-60% жағдайда мүмкін емес [1, 5].

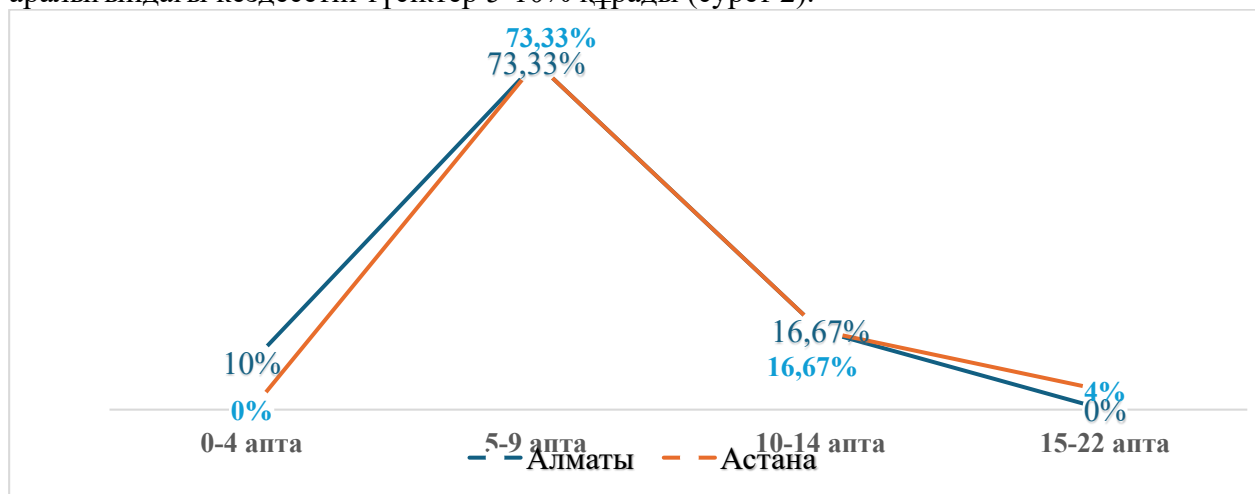
**Мақсаты:** Өздігінен түсік тастаудың себептерін анықтау және берілетін нұсқаулар ерекшелігі.  
**Зерттеу материалдары және әдістері:** Ретроспективті әдістеме арқылы Алматы және Астана қалаларының гинекология бөлімшесіне «Өздігінен түсік тастау» клиникасымен стационарға түскен 100 науқастардың ауру тарихы зерттелінді.

**Нәтижелер.** Науқастардың жас аралығы 18-45. Олардың Алматы қаласы 0%- 45-50жас; 20%- 39-44 жас; 20% - 34-38 жас; 26.67% - 29-33 жас; 26.67% 24-28 жас; 6.67%- 18-23 жас. Астана қаласы 1%- 45-50жас; 24%- 39-44 жас; 21%- 34-38 жас; 21%- 29-33 жас; 17%- 24-28 жас; 17%- 18-23 жаста болды. Зерттеу нәтижесі ДДСҰ сәйкес (18-44ж.) түсік орта жаста көп кездесетінін көрсетті (сурет 1).



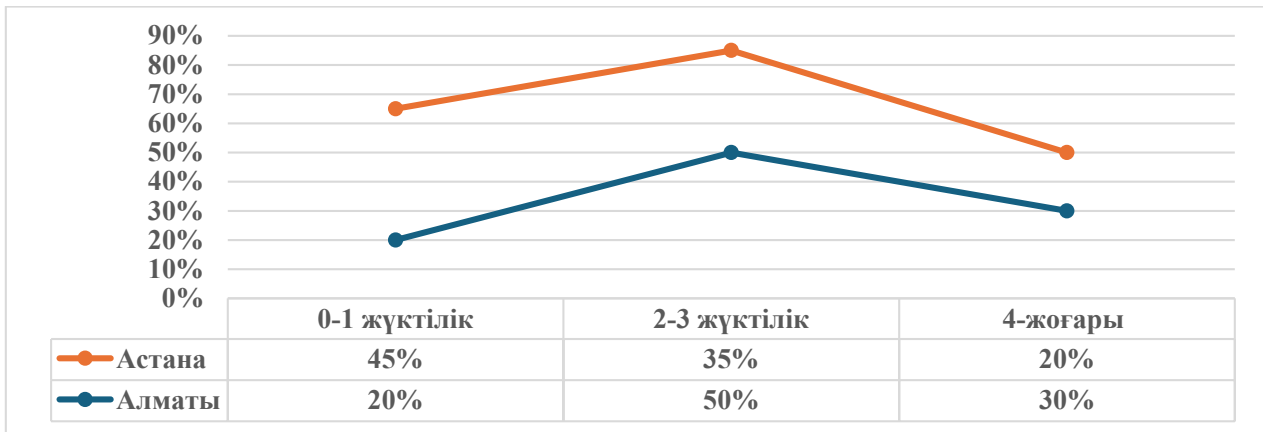
Сурет 1 – Науқастардың жасы бойынша көрсеткіштері

Зерттеу барысында өздігінен түсік ең жиі кездесетін аптасына сай Алматы қаласы бойынша: 10%- 0-4апта; 73.33%- 5-9 апта; 16.67%- 10-14 апта; 0%- 15-22 апта. Астана қаласы бойынша: 0%- 0-4апта; 73.33%- 5-9 апта; 16.67%- 10-14 апта; 4%- 15-22 апта. Екі қаланы салыстыра келе ӨТТ 85-90% жүктіліктің алғашқы 12 аптасына дейін болғаны анықталды. 15 аптадан кейін жалпы ұрықта қалыпты кариотип болған жағдайда, ӨТТ қаупі 0,6% құрады [3], 15-22 апта аралығындағы кездесетін түсіктер 5-10% құрады (сурет 2).



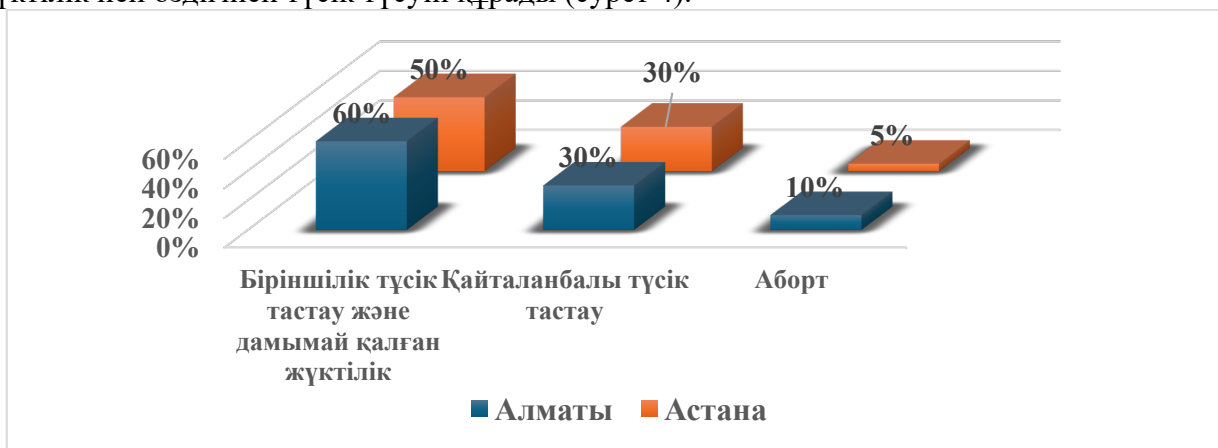
Сурет 2 – Түсік тастау апта бойынша көрсеткіштері

Клиникалық деректерді бағалау кезінде түсіктің келесі жүктілікте болу жиілігі біріншілікке қарағанда жоғары. Алматы қаласының зерттеуі бойынша 20%- бірінші жүктілік; 50%- 2-3 жүктілік; 30%- 4 немесе одан көп жүктілікте түсік болған, Астана қаласында 45%- бірінші жүктілік; 35%- 2-3 жүктілік; 20%- 4 немесе одан көп жүктілікте түсік болған (сурет 3).



Сурет 3 – Жүктіліктің паритеті бойынша көрсеткіші

Науқастардың акушерлік-гинекологиялық анамнездерін толық зерттегенде бірінші жүктілікте түсік тастау қауіпі жоғары болды. Алматы қаласы бойынша бірінші жүктілікте түсік және дамымай қалған жүктілік – 50% құрады; келесі жүктілікте қайталанбалы түсік – 40%; өзінің қалауымен үзілген жүктілік (артифицированный аборт) – 10%. Астана қаласында 40%- бірінші жүктілікте ӨТТ және жетілмей қалған жүктілік, 50%- қайталанбалы түсік, 10%- қалауымен үзілген жүктілік болды. Зерттеудің нәтижесінде ДДСҰ статистикасы сай әрбір 5 әйелде жүктілік 22 аптаға дейін үзілуі анамнезінде кездеседі, солардың 45-88% дамымай қалған жүктілік пен өздігінен түсік түсуін құрады (сурет 4).



Сурет 4 – Түсіктің түрі бойынша көрсеткіші

Анамнездерін зерттей келе репродуктивті жастағы әйелдердің біріктірілген қосымша соматикалық патологияларының жиілігіне назар аударылды. Сараптама бойынша әрбір зерттелген науқаста кемінде 1-ден 5 дейін экстрагенитальды аурулар бар екені анықталды. Экстрагенитальды аурулар иммундық жүйені қорғанысын төмендетіп, соматикалық жасуша мутациясының ықтималдылығын арттыру нәтижесінде өздігінен түсік тастау мен дамымай қалған жүктілік қауіпін жоғарлатты (сурет 5).

Экстрагенитальды аурулар N=100	
Зәр шығару жүйесінің аурулары; Созылмалы пиелонефрит	29,3%
НТА	4%
Созылмалы цистит	8%
Жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары; НЦД	4%
Аяқ веналарының кеңеюі	16%

Эндокринді жүйенің аурулары; Қант диабеті 1,2 тип Жемсау ДСИ – 30% жоғарлауы	2% 1% 18%
Тыныс жолдарының аурулар; Созылмалы гайморит Созылмалы тонзилит	20% 15%
Анемия Жеңіл дәрежесі Орташа дәрежесі	26,6% 17,3%
Миопия жеңіл дәрежесі	4%

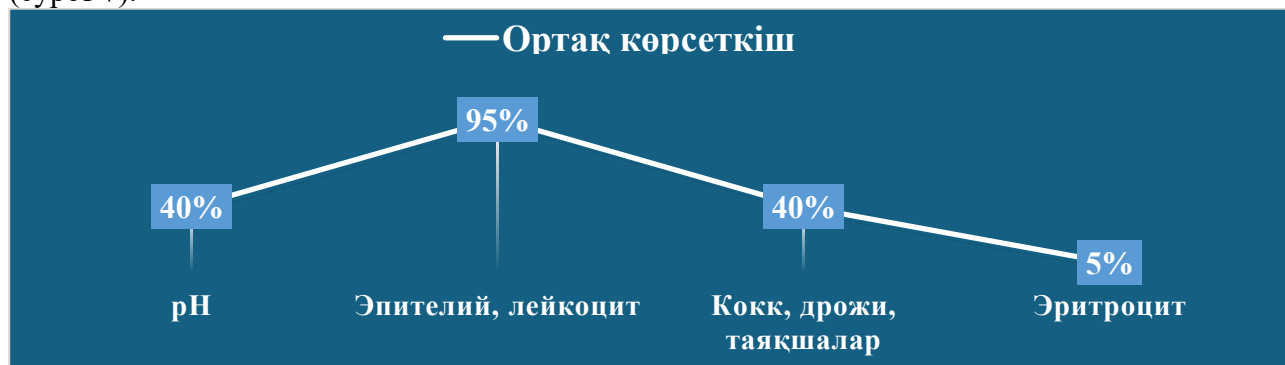
Сурет 5 – Экстрагенитальды аурулар көрсеткіші

Ретроспективті зерттеу барысында қосымша гинекологиялық патологиялар бар екені анықталды, әрбір 7 әйелде. Өздігінен түсік тастаған әйелдерде созылмалы жатыр қосалқыларның қабыну аурулары және созылмалы эндометрит 15% құрады, солардың салдарының инфекция аутоиммунды циклдік эндометрит зақымдануына алып келеді нәтижесінде түсік тастау мен жүктілік көтереалмау қауіпін жоғарлатты (сурет 6).

Аурулар	N=100
Фондық аурулар	
Эрозия жатыр мойының	18,8%
Жатырдың аномалиясы	0,5%
Екі мүйізді жатыр, ертоқым тәрізді жатыр	
Аналық без кистасы	10%
Жатыр миомасы	6,4%
Менструальды циклдің бұзылысы	10%
Анамнезінде бедеулік	5%

Сурет 6 – Анамнезінде кездесетін гинекологиялық аурулар

Ретроспективті зерттеу барысында қынап тазалық деңгейін анықтайтын жұғындар қаралды. Екі қала нәтижесі бойынша 40%- рН өзгеруі, 99% - эпителий, лейкоциттер орта дәрежеде анықталды, 40% - кокк, саңырауқұлақтар, таяқшалар орта дәрежеде анықталды, 5% - эритроцит оң болды. Нәтижесінде қынап микрофлорасының өзгергені байқалды. Эпителий мен лейкоциттер жатыр мойынының жасушаларының өзгеруіне әсері бар екені анықталды (сурет 7).



Сурет 7 – Қынап тазалық деңгейін анықтау жұғынды нәтижесі

Зерттеу нәтижесі 40-80% өздігінен түсік тастау жүктіліктің ерте кезеңінде хромосомдық аномалиялар табылса, екінші орында эндокриндік бұзылыстар 17-23% құрадыда, тек 8-10% жедел инфекциялар құрайтыны анықталды (сурет 8).

## Сурет 8 - Түсік тастау факторлары

**Қортынды:** Алматы мен Астана қаласындағы емханада ӨТТ туралы медициналық көмек алғандардың түсікке әкелген себептерін сараптағанда – себептер ұқсас (аналогиялық) болып шықты:

- генетикалық хромосомдық аномалиялар,
- эндокриндік бұзылыстар,
- инфекциялар.

Өзіндік түсіктің алдын алу мақсатында әйелдерге кеңес ретінде келесі ұсыныстарды дәрігерлер берулері қажет:

1. Ерлі-зайыптылардың жүктілікті жоспарлау; барьерлік контрацептив әдістері (инфекциялық ауру анықталғанда).
2. Салауатты өмір салты (дұрыс тамақтану, физикалық активтілік, стресстен сақтану) туралы агитациялық үгіт-насихат жұмыстарын жүргізу.
3. Алғашқы медико-санитарлық көмек жағдайында скрининг және жүкті әйелдерді бақылау жұмыстарының сапасын арттыру.
4. Қажет жағдайда, TORCH – инфекциясына анализ тапсыру.
5. Эндокриндік себептер болған жағдайда гормональды терапияны қабылдау.
6. Аутоиммундық бұзылыстарды анықтап, оған дұрыс коррекция жасау.
7. Дәрумендер тапшылығында/ Д, фолий қышқылы/ дұрыс коррекцияны жасау.

**Қолданылған әдебиеттер:**

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33915094/> Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. Siobhan Quenby et al. Lancet. 2021.
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35689528/> Maternal and foetal-neonatal outcomes of dengue virus infection during pregnancy/ Sawai Singh Rathore et al. Trop Med Int Health. 2022 Jul.
3. <https://kazakhstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%20%D0%98%D0%9F%D0%9F%D0%9F%20%283%29.pdf> // 7-8 бет
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/samoproizvolnyy-vykidysh-sostoyanie-izuchennosti-voprosa/viewer>
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34186117/> Toxoplasma gondii infection and spontaneous abortion: A systematic review and meta-analysis/ Narges Kalantari et al. Microb Pathog. 2021 Sep.
6. <https://mail.kz/ru/news/kz-news/kakimi-venericheskimi-infekciyami-chashche-vsego-zarazhayutsya-kazahstancy>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34061352/> Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis Jay Ghosh et al. Cochrane Database Syst Rev. 2021

УДК 618. 39.021.3/618.396

Султонова Н.А.<sup>1</sup>, Негматуллаева М.Н.<sup>2</sup>**РАННИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИЧИН САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШЕЙ**

*Кафедра переподготовки и повышения квалификации семейных врачей, факультет повышения квалификации врачей, Бухарский государственный медицинский институт<sup>1</sup>  
Бухарский государственный медицинский институт №2-кафедра акушерства и гинекологии<sup>2</sup>*

**Актуальность.** В настоящее время невынашивание беременности является одной из актуальных проблем современного акушерства. Данная проблема на сегодняшний день приобрела особое значение не только в отрасли медицины, но и в социальной и экономической сферах, так как невынашивание негативно влияет на демографические показатели государства. Актуальность данной патологии беременности обусловлено

высокой частотой встречаемости, а также тяжелыми последствиями для общего состояния здоровья женщины, ее репродуктивного потенциала.

**Цель исследования.** На основании комплексного морфологического гистологического исследования уточнить механизмы потеря беременности в ранних сроках гестации.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для настоящего исследования послужили анализы крови, соскобы эндометрия полученные после выскабливания при случившемся самопроизвольном выкидыше. Для настоящего исследования были вовлечены 150 пациенток, 30 из которых составили контрольную группу, остальные 120 были разделены на 2 основные группы.

**Результаты исследования.** Изучение морфологическое плодных оболочек и плодовой части плаценты, играющих важную роль для выявления отклонений, развивающихся в амнионе при невынашивании в ранних сроках гестации. Результаты морфологического изучения плодных оболочек и плаценты при самопроизвольном аборте в 11-12 недель беременности у 19 пациенток показали, что основные патоморфологические изменения были обнаружены со стороны эндометрия в виде замедления децидуализации за счет наличия воспалительного процесса. Из них 11 пациенток входили во вторую и 8 в третью основную группу. При этом, децидуальная ткань за счет отека, дистрофии и воспалительного процесса разрыхлена, децидуальные клетки набухшие, подвергнуты дистрофически-деструктивным изменениям с нарушением гистоструктуры как цитоплазмы, так и ядра их. Местами определяется очаги воспалительной инфильтрации из лимфоидных и моноцитарных клеток. Что приводит к редукции цитотрофобластической пролиферации и инвазии и нарушению гестационного ремоделирования спиральных артерий. Амниониальная оболочка при невынашивании беременности в сроке 12 недель был несколько утолщена за счет отека, набухания покровного эпителия и соединительнотканной оболочки.

**Вывод.** Полученные результаты свидетельствовали о незавершенной трансформации эндометриальных фрагментов спиральных артерий и о ее негативном опосредованном влиянии на трансформацию децидуальных клеток в плаценте и имели основную роль в развитии самопроизвольного аборта на ранней стадии.

УДК 618.3-06:616.36-022-036.12

Топхара Е.Н., Матмуродова Н.Ш., Абдурахманова Б.Р., Аликулова Ш.А.,  
Ниязметов Р.Э.

### РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФОРМА ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра  
акушерства и гинекологии, Узбекистан*

**Аннотация.** Целью исследования явилось изучение особенностей клинического течения и лабораторных изменений при средней степени первичной и рецидивирующей формы холестатического гепатоза беременных. **Материалы и методы.** Объектом исследования стали 25 беременных со средней степенью течения рецидивирующей и 32 первичной формой холестатического гепатоза беременных. **Результаты исследования.** Клинические проявления рецидивирующей формы холестатического гепатоза беременных характеризовались более ранним началом, интенсивностью, коротким продромальным периодом, симптомами нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Генерализованный кожный зуд в 1,9 раза и туберозные ксантомы в 1,7 раза чаще встречались, чем при первичной форме холестаза, а эксфолиация кожных покровов отмечалась у всех 100,0% беременных в данной группе.

**Выводы.** Диагноз первичной и рецидивирующей формы ХГБ средней степени устанавливается на основании клинических симптомов и лабораторных данных. **Ключевые слова:** первичный и рецидивирующий холестатический гепатоз беременных, кожный зуд, билирубин, желчные кислоты.

**Tophara E.N., Matmurodova N.Sh., Abdurakhmanova B.R., Alikulova Sh.A., Niyazmetov R.E.**

**RECURRENT FORM OF CHOLESTATIC HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN:  
CLINICAL AND LABORATORY FEATURES**

*Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Department of Obstetrics and Gynecology, Uzbekistan*

**Abstract:** The aim of the study was to investigate the clinical course and laboratory changes in moderate primary and recurrent forms of intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP). **Materials and Methods:** The study included 25 pregnant women with moderate recurrent ICP and 32 pregnant women with moderate primary ICP. **Results:** Clinical manifestations of recurrent ICP were characterized by an earlier onset, higher intensity, shorter prodromal period, and symptoms of gastrointestinal dysfunction. Generalized pruritus was observed 1.9 times more frequently, and tuberous xanthomas 1.7 times more frequently, compared to primary ICP. Skin excoriation was noted in 100% of the pregnant women in this group. **Conclusions:** The diagnosis of moderate primary and recurrent ICP is based on clinical symptoms and laboratory data. **Keywords:** primary and recurrent intrahepatic cholestasis of pregnancy, pruritus, bilirubin, bile acids.

**Актуальность проблемы:** Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) и его рецидивирующая форма (РХГБ) — это заболевание печени, которое возникает во время беременности. Оно вызывает нарушение нормального оттока желчи из печени, что приводит к накоплению желчных кислот в крови. Распространенность ХГБ значительно варьируется в зависимости от расово-этнической принадлежности и географического положения, составляя от 0,2% до 27%. Это вторая по частоте причина желтухи у беременных после вирусного гепатита. Частота рецидивов может достигать 60-90% [1,11].

Наиболее часто эта патология встречается на Кавказе (до 27,6%), в Чили и Боливии (15,1%), а также в скандинавских странах (2,8%) [2,3,7]. В странах Европы, Азии, Северной и Южной Америки, а также в Австралии распространенность составляет менее 1% [2]. ХГБ обычно начинается во II–III триместрах, чаще всего на 30–32-й неделе беременности [4, 5, 10]. Главным симптомом ХГБ является кожный зуд, который может быть от умеренного до интенсивного, особенно усиливаясь ночью. Редко наблюдается желтуха. Хотя состояние может возникать уже на 5-й неделе беременности, чаще всего оно проявляется в третьем триместре, когда уровни гормонов достигают максимума. Также могут наблюдаться общая слабость, бессонница, утомляемость, неясные боли в правом подреберье, а иногда, как выше описано, желтушность кожи и склеры [6,11].

Проводя научные исследования, для нас было важным разработать клинико-лабораторные критерии, определяющие степень тяжести данной патологии. Это позволило врачам акушерам-гинекологам, гепатологам, инфекционистам, терапевтам и неонатологам своевременно диагностировать и оценивать тяжесть ХГБ и РХГБ с целью снижения гестационных осложнений.

**Целью исследования** является изучение особенностей клинического течения и лабораторных изменений при средней степени первичной и рецидивирующей форме холестатического гепатоза беременных.

**Материалы и методы:** под нашим наблюдением находилось всего 112 беременных с ХГБ в родильном комплексе 2 города Ташкента, в г. Хиве и Ургенчском перинатальном центре Хорезмской области, где проводился сбор материала в период с 2019 по 2023 годы. Объектом исследования для оформления данной статьи явились 25 беременных со средней степенью течения рецидивирующей и 32 первичной формы холестатического гепатоза беременных.

**Результаты исследования:** у 25 беременных, поступивших в стационар, диагностирован РХГБ средней степени тяжести. О степени тяжести процесса судили по клинико-лабораторным критериям. Со средней степенью течения первичной формы ХГБ составили 32 (29,3%) беременных, а РХГБ встречалась в 1,3 раза чаще у 25 (38,4%) беременных.

Длительность продромального периода РХГБ до двух недель была у 19 (64,0%), до трех недель — у 5 (20,0%) и до четырех недель — у 1 (4,0%) беременной. При первичной форме ХГБ продромальный период был более длительным и, в среднем, составил  $22,6 \pm 0,9$  суток, а при

рецидивирующей форме —  $14,2 \pm 0,8$  суток, так как рецидивирующая форма из-за более серьёзного изменения в системе гепатобилиарной системы сократила продромальный период развития болезни. Жалобы беременных в данной группе, т.е. с РХГБ, были на кожный зуд. В данной проспективной группе 18 (72,0%) беременных жаловались на сильный кожный зуд, который распространялся по всему телу, частота генерализованной формы в данной группе встречалась в 1,8 раза чаще, чем при первичной форме ХГБ. Однако локализованная форма зуда в нижних конечностях, стопах и передней брюшной стенке при рецидивирующей форме ХГБ встречалась в 2,1 раза реже, чем при первичной форме, и составила 7 (28,0%). Согласно традиционной концепции Германа С.В. (2015) и Furrer R. (2016), в патогенезе зуда основную роль играют желчные кислоты (не исключено, что и другие, пока не идентифицированные вещества), накапливающиеся в организме при нарушении билиарной секреции и раздражающие окончания чувствительных кожных нервов. Но зуд может иметь смешанное происхождение. Так, при холестазах он часто бывает пруритоцептивный и нейрогенный. На фоне зуда наблюдались эксфолиации кожных покровов у всех 25 (100,0%) беременных. Данные о частоте клинических симптомов у беременных средней степени с РХГБ отражены в табл. №1. При РХГБ характерны симптомы, связанные с недостатком желчи в просвете кишечника и нарушением всасывания жиров (стеаторея, похудание, дефицит жирорастворимых витаминов). Расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта в виде снижения аппетита, тошноты, рвоты, отрыжки и изменения качества и цвета стула, запоры встречались от 16 до 68% беременных с рецидивирующей формой. В ретроспективной группе аналогичные изменения обнаружены у 6,2 до 71% беременных с первичной формой ХГБ. Из таблицы №1 видно, что кожные проявления ХГБ вследствие дисбаланса обмена липидов в организме включают ксантомы: плоские у 16 (64,0%) и туберозные у 8 (32,0%) ( $p < 0,05$ ). Желтуха кожных покровов наблюдалась у 10 (40,0%) беременных. У тех, кто перенес вирусный гепатит В в анамнезе, интенсивность желтухи была более выраженной. Изменения со стороны ЦНС у 6 (24,0%) беременных выражались головными болями на фоне интоксикации, нарушением сна у 17 (68,0%). При этом у всех обследуемых сознание сохранялось, но наблюдалось депрессивное состояние. Анализ ретроспективной группы показал, что нарушение сна в 1,4 раза реже встречалось у 15 (46,8%) беременных с первичной формой ХГБ. Следует отметить, что при РХГБ не всегда идет снижение объема суточного диуреза и изменение цвета мочи: у 5 (20,0%) ( $p < 0,01$ ) женщин в этой группе наблюдалось уменьшение до 40,0-45,0 мл почасового и до 900,0-950,0 мл суточного диуреза. Цвет мочи был насыщенным только у 2 (8,0%) беременных.

Таблица №1.

**Частота клинических признаков при средней степени у женщин с первичной и рецидивирующей формой ХГБ**

Клинические симптомы	Всего (n=57)		Первичный ХГБ (n=32)		РХГБ (n=25)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Кожный зуд локализованного характера	26	45,6	19	59,3	7	28,0
Кожный зуд генерализованного характера	31	54,3	13	40,6	18	72,0
Снижение аппетита	40	70,1	23	71,8	17	68,0
Тошнота	26	45,6	11	34,3	15	60,0
Рвота	18	31,5	7	21,8*	11	44,0*
Отрыжка	20	35,0	8	25,0	12	48,0
Изжога	6	10,5	2	6,2**	4	16,0*
Слабость, вялость	24	42,1	10	31,2	14	56,0
Желтуха	24	42,1	14	43,7	10	40,0

Стеаторея	28	49,1	15	46,8	13	52,0
Ахоличный стул	22	38,5	13	40,6	9	36,0
Жидкий стул	9	15,7	2	6,2*	3	12,0*
Запоры	15	26,3	7	21,8	8	32,0
Боли в правом подреберье	21	36,8	9	28,1*	12	48,0*
Головные боли	14	24,5	8	25,0	6	24,0
Нарушение сна	32	56,1	15	46,8	17	68,0
Ксантомы плоские	33	57,8	17	53,1*	16	64,0*
Туберозные ксантомы	14	24,5	6	18,7*	8	32,0*
Экскориация кожных покровов	56	98,2	31	98,8	25	100,0
<b>Всего</b>	<b>455</b>	<b>798,2</b>	<b>230</b>	<b>718,7</b>	<b>225</b>	<b>900,0</b>

\*статическая достоверность  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Вследствие возможной недостаточности витамина К и факторов, участвующих в свертывающей системе крови, в 4 (16,0%) случаях был диагностирован ДВС-синдром у беременных с РХГБ. Клиническое проявление ДВС-синдрома, характеризовавшееся кожным петехиальным кровоизлиянием, наблюдалось у 3 (12,0%) беременных, а у 1 (4,0%) было маточное кровотечение в послеродовом периоде до  $1000,0 \pm 50,0$  мл. У беременных в ретроспективной группе с первичной формой ХГБ наблюдался ДВС-синдром у 6 (18,7%) беременных, из них у 1 (3,1%) ( $p < 0,05$ ) кровотечение в послеродовом периоде составило  $1750,0 \pm 50,0$  мл. Для спасения жизни пациентки была проведена тотальная гистерэктомия. Таким образом, клинические проявления холестаза характеризовались более ранним началом, интенсивностью, коротким продромальным периодом, симптомами нарушения функции ЖКТ в 1,9 раза чаще, генерализованным кожным зудом и туберозными ксантомами в 1,7 раза чаще, чем при первичной форме. Экскориация кожных покровов наблюдалась у всех 100,0% пациентов средней степени рецидивирующей формы холестатического гепатоза беременных. Информация об изменениях общего анализа крови при средней степени рецидивирующей форме ХГБ: в данной группе в основном встречалась анемия легкой степени у 14 (56,0%), средней степени тяжести у 4 (16,0%) и тяжелой степени у 1 (4,0%) беременной. Среднее значение гемоглобина составило  $91,2 \pm 1,5$  г/л ( $P < 0,001$ ). У 8 (32,0%) беременных наблюдалась незначительная лимфопения, снижение количества эозинофилов, базофилов, моноцитов и повышение показателей палочкоядерных сегментов, что свидетельствует о дисбалансе иммунной системы, характерном для беременных с рецидивирующей формой ХГБ. Как отражено в таблице №2, при средней степени тяжести РХГБ отмечалось повышение уровня билирубина до  $42,6 \pm 1,3$  мкмоль/л, что в 3 раза выше, чем в контрольной группе и в 1,3 раза выше, чем при первичной форме холестаза, за счет повышения уровня конъюгированного билирубина до  $33,1 \pm 1,3$  мкмоль/л. Активность ЩФ повышалась в 2,8 раза преимущественно за счет термолabileного (печеночного) изофермента, чем в контрольной группе, и в 1,4 раза, чем при первичной форме, а уровень  $\gamma$ -ГТП — в 1,7 раза, холестерина — в 1,8 раза по сравнению с показателями у здоровых беременных ( $p < 0,001$ ). Активность трансаминаз АЛТ и АСТ повышалась не более чем в 1,8 раза, а коэффициент де Ритиса снизился с 1,09 до 0,59 у 21 (84,0%) беременной ( $p < 0,001$ ). Надо отметить, что коэффициент де Ритиса, по нашим данным и данным литературы [1], при гепатитах и гепатозах беременных существенно ниже контрольных значений. Коэффициент де Ритиса — соотношение активности сывороточных АСТ (аспартатаминотрансферазы) и АЛТ (аланинаминотрансферазы). Значение коэффициента в норме составляет  $1,33 \pm 0,42$ . Расчет коэффициента де Ритиса целесообразен только при выходе АСТ и/или АЛТ за пределы референтных значений. Определение активности в крови данных ферментов имеет диагностическое значение по той причине, что данные ферменты обладают органоспецифичностью: АЛТ преобладает в печени, а АСТ — в миокарде. Следовательно, при инфаркте миокарда или гепатите обнаружится повышенная активность в крови какого-либо данного фермента. Так, при инфаркте миокарда активность АСТ в крови возрастает в 8-10 раз, тогда как АЛТ — только в 1,5-2 раза. При гепатитах

активность АЛТ в сыворотке крови увеличивается в 8-10 раз, а АСТ — в 2-4 раза по сравнению с нормой. Коэффициент де Ритиса менее 1 говорит о поражении печени.

**Изменение биохимического анализа крови при средней степени при первичной и рецидивирующей формой ХГБ Таблица 2.**

Показатели	Контрольная группа (n=20)	ХГБ 2 подгруппа (n=32) До лечения	РХГБ 2 подгр (n=25) До лечения
Билирубин общ, мкмоль/л	14,2±1,2	32,6±1,3	42,6±1,3
Прямой, мкмоль/л	6,2±0,5	23,1±1,1	33,1±1,1
Непрямой, мкмоль/л	14,2±0,8	9,5±0,4	9,5±0,4
АСТ, ммоль/л	0,35±0,07	0,63±0,02	0,93±0,02
АЛТ, ммоль/л	0,32±0,08	0,98±0,03**	1,56±0,03***
Коэффициент де Ритиса	1,09±0,01	0,64±0,01	0,59±0,02**
Щелочная фосфатаза U/l	245,4±2,5	487,4±9,2*	687,4±9,2
γ-ГТП мк. кат/л	0,92±0,01	1,06±0,3	1,56±0,3
Общ. желчные кислоты мкмоль/л	9,9±0,4	48,6±1,3*	59,2±1,8
Общий белок, г/л	66,2±0,8	61,4±0,4	58,3±0,4
Холестерин, ммоль/л	4,91±0,20	5,81±0,42**	8,82±0,40***
ПТИ, %	90±1,4	77.3±0,07	70.1±0,06
Фибриноген, г/л	2,5±0,05	2,1±0,07	1,9±0,07
Тромботест, с.	5	4	3
Время рекальцифик. плазмы, с.	80,0±7,0	96,1±0,06***	110,1±0,07***
Ht, об. %	38,0±1,2	36,1±0,07	34,0±0,05
Тромбоциты, 10 <sup>3</sup>	240,0±2,4	205,1± 2,1	198,2± 1,1
Время свертывания по Ли-Уайту, мин.	8,8±0,7	9,2±0,5	11,3±0,6

**Примечание:** \* - достоверно по сравнению с данными контрольной группы (здоровых беременных) (\* -  $P<0,05$ ; \*\* -  $P<0,01$ ; \*\*\* -  $P<0,001$ )

Анализ крови на желчные кислоты — это тест, который используется для оценки уровня желчных кислот в крови. Желчные кислоты являются важными компонентами желчи, которая вырабатывается печенью и участвует в процессе пищеварения. Этот анализ может помочь врачам диагностировать различные заболевания, связанные с печенью и желчевыводящими путями. В организме беременной женщины желчные кислоты играют важную роль в процессе переваривания липидов, то есть жиров, в организме. После того как жир, содержащийся в пище, попадает в желудок и кишечник, желчные кислоты выделяются печенью и помогают разлагать жиры на мельчайшие частицы, чтобы их можно было усваивать. Именно желчные кислоты имеют способность эмульгировать жиры, что означает, что они помогают разбивать их на более мелкие частицы, облегчая тем самым дальнейшее пищеварение жиров. Это важно, поскольку усвоение жиров необходимо для организма, чтобы получить энергию и необходимые жирорастворимые витамины, такие как витамины А, D, Е и К, которые очень важны для роста и развития плода и коррекции свертывающей системы матери. Если уровень общих желчных кислот в крови в контрольной группе с нормально протекающей беременностью без соматической патологии, особенно гепатобилиарной системы, составляет 9,9±0,4 мкмоль/л, то при средней степени тяжести первичной формы ХГБ он вырос в 4,9 раза, а при рецидивирующей форме — в 5,9 раза, достигнув 59,2±1,8 мкмоль/л. Этот показатель мы использовали не только в качестве маркера, определяющего степень тяжести холестаза, функционального состояния печени и внутриутробного состояния плода. Повышение значения желчных кислот прямо пропорционально зависит от внутриутробного состояния плода: чем выше показатель желчных кислот, тем хуже состояние плода. У них наблюдаются изменения сердечного ритма, РДС синдром новорожденных и, в некоторых случаях, гибель

плода, так как это препятствует нормальному созреванию сурфактантной системы в легких плода.

У беременных со средней степенью РХГБ содержание общего белка в крови составило в среднем  $58,3 \pm 0,4$  г/л, однако у 4 (16,0%) значение его было ниже  $55,2 \pm 0,6$  г/л. В свертывающей системе крови наблюдалась значительная гипокоагуляция: уровень фибриногена составил  $1,9 \pm 0,07$  г/л, содержание тромбоцитов снизилось до  $205,1 \pm 2,1$  тыс., и время свертывания крови удлинилось до  $11,3 \pm 0,5$  мин. Таким образом, в исследуемой группе РХГБ наблюдалось значительное увеличение содержания общего билирубина в 3 раза ( $p < 0,01$ ) по сравнению с контрольной группой, ЩФ — в 2,8 раза ( $p < 0,01$ ),  $\gamma$ -ГТП — в 1,7 раза ( $p < 0,001$ ). Уровень общих желчных кислот в крови вырос в 5,9 раза и составил  $59,2 \pm 1,8$  мкмоль/л, показатели АЛТ и АСТ увеличились в среднем в 1,8 раза ( $p < 0,01$ ), коэффициент де Ритиса снизился до 0,59, и наблюдалась значительная гипокоагуляция, что подтверждает степень тяжести данной патологии.

**Выводы.** 1. Диагноз первичной и рецидивирующей формы ХГБ устанавливается на основании клинических симптомов и лабораторных данных. 2. Клинические проявления холестаза характеризовались более ранним началом, интенсивностью, коротким продромальным периодом, симптомами нарушения функции ЖКТ в 1,9 раза чаще, генерализованным кожным зудом и туберозными ксантомами в 1,7 раза чаще, чем при первичной форме. Экскориация кожных покровов наблюдалась у всех 100,0% пациентов средней степени рецидивирующей формы холестатического гепатоза беременных. 3. Лабораторные проявления рецидивирующей формы холестатического гепатоза беременных средней степени характеризовались увеличением содержания общего билирубина в 3 раза, ЩФ — в 2,8 раза,  $\gamma$ -ГТП — в 1,7 раза, желчных кислот в крови — в 5,9 раза, а показатели АЛТ и АСТ — в 1,8 раза по сравнению с контрольной группой. Также наблюдалась значительная гипокоагуляция и снижение коэффициента де Ритиса в 2 раза до 0,59.

#### Литература:

1. Бик-Мухаметова ЯИ, Захаренкова ТН. Анамнестические и биохимические предикторы акушерских и перинатальных осложнений при внутрипеченочном холестазе беременных. Проблемы здоровья и экологии. 2022;19(2):48-56. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2022-19-206>
2. Волевач Л.В., Гурьев Р.Д., Нафикова А.Ш. Холестатический гепатоз беременных в практике врача первичного звена (факторы риска, клинико-биохимические характеристики, профилактика). Монография. 2021. Тамбов. С. 106.
3. Козлов П.В., Самсонова И.В. Внутрипеченочный холестаз у беременных. РМЖ. Мать и дитя. 2019;2(4):274—279.
4. Ниязметов , Р., Матмуратова, Н., Топхара , Е., & Абдурахманова, Б. Факторы риска, способствующие развитию холестатического гепатоза беременных. Евразийский журнал академических исследований, (2024). 4(6 Part 2), 47–54. извлечено от <https://inacademy.uz/index.php/ejar/article/view/33761>
5. Полунина ТЕ, Тазитдинов РХ. Внутрипеченочный холестаз беременных. Терапия. 2020;1:85-95. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2020.1.85-95>
6. Успенская ЮБ, Шептулин АА. Клиника, диагностика и лечение внутрипеченочного холестаза беременных. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017;27(4):96-101.
7. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. Obstet Gynecol. 2019 Feb;133(2):e151-e155.
8. Batsry L, Zloto K, Kalter A, Baum M, Mazaki-Tovi S, Yinon Y. Perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy in twin versus singleton pregnancies: is plurality associated with adverse outcomes? Arch. Gynecol. Obstet. 2019 Oct;300 (4):881-887. [PubMed]
9. Buch A.C., Patil A., Haldar N et al. Relation of Lymfocytessubsetsand cytokines in different grades of alcoholic cirrhosis. // J. of clinical and clin. 2019 – Vol. 13(1). – P. 8-11.

10. Chappell L.C., Bell J.L., Smith A., Linsell L., Juszczak E., Dixon P.H., et al. Ursodeoxycholic acid versus placebo in women with intrahepatic cholestasis of pregnancy (PITCHES): a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England). 2019; 394(10201): 849 - 60.
11. Review Intrahepatic Cholestasis in Pregnancy: Review of the Literature Joanna Piechota 1 and Wojciech Jelski 2,\* 1 2nd Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of Warsaw, 00-315 Warsaw, Poland; Published: 6 May 2020

УДК 618.7

**Уктамова Ю.У.**  
**ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**  
**КЕСАРЕВОСЕЧЕНИЯ**

*Худоярова Д.Р. д.м.н., профессор, заведующая кафедрами акушерства и гинекологии 1*  
*СамГМУ*

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан*

**Актуальность:** В последнее время частота операций кесарево сечения неуклонно растет. При этом создаётся большой риск развития спаечной болезни. Данная патология в свою очередь доставляет женщине большие трудности в послеоперационном периоде и даже может снижать фертильность.

**Цель:** Выявить методы профилактики развития спаек в оперируемой области

**Материалы и методы:** Нами были обследованы 55 женщин родильного отделения клиники СамГМУ без рубца на матке, перенесших плановую операцию кесарево сечение, в возрасте от 19 до 28 лет. У каждой женщины были собраны жалобы (боли в области операционной раны, в области поясницы) анамнез (были ли операции в области брюшной полости ранее, имелись ли родственники, страдающие спаечной болезнью, имеются ли хронические заболевания, были ли травмы средней и тяжелой степеней), проведены объективные методы исследования. Женщинам в до и после операционном периоде был рекомендован список профилактических мер, включающий в себя соблюдения режима питания, предусматривающий ограничение жирной, сладкой и солёной пищи и увеличение потребления клетчатки, полный отказ от вредных привычек в виде курения и употребления алкогольных напитков; ограничение физической активности до 3 месяцев после оперативного вмешательства. Физиотерапию в послеоперационном периоде можно начинать на 5-7 день после кесарева сечения. Для электрофореза с силой тока в 3.0мА рекомендуются растворы антибиотиков после отрицательной пробы(гентамицин), анальгетиков(анальгин), противовоспалительных препаратов и растворы ферментов (лидаза). Лечение составляет курс из 10 сеансов. После 3 месяцев было проведено повторное обследование.

**Результаты исследования:** Женщины, поступившие в родильное отделение, отметили о перенесенной операции (29%), наличие спаечной болезни у брата/сестры (9%), наличие эндометриоза (18,18%), однако полученные травмы средней и тяжелой степеней беременные отрицают. При пальпации живота у 22 % наблюдались боли низкой интенсивности. Через 3 месяца после кесарева сечения в ходе наблюдения 36,36% женщин отметили улучшение самочувствия на дофизиотерапевтическом этапе, 72,72% отметили снижении интенсивности болей после 3 сеанса физиотерапии. При монотерапии гентамицином уменьшение болей в области операционного рубца составило 62%, в комбинации с анальгином эта цифра увеличилась до 87,2%. Включение в электроды раствора лидазы способствовало эффективной регенерации послеоперационной раны, снижению развития спаечного процесса до 14,54%. Все растворы вводился отдельно друг от друга.

**Выводы:** Наследственный фактор, предрасположенность, частота перенесённых операций и наличие хронических патологий повышают риск развития спаечного процесса в разы. Несмотря на высокую частоту спаек, в настоящее время установлен наиболее достоверный комплекс профилактических мер. Специфичность его заключается в соблюдении всех рекомендаций в комбинации с физиотерапией, так как меньшая часть женщин почувствовала улучшение самочувствия до физиотерапии. На этапе электрофореза важную роль играет уже

имеющиеся жалобы, поэтому можно комбинировать растворы либо ограничиться монотерапией лидазы ввиду отсутствия жалоб. Наивысшую эффективность показал комбинированный раствор из гентамицина, анальгина и лидазы.

УДК: 618.14-065.85-085

**Хикматуллаева М.Р.**  
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ ИСТМОЦЕЛЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**  
**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ**

*Базовый докторант 1 курса РСНПМЦЗиР*  
*Научный руководитель: Юлдашев Санжар Келдиярович*  
*PhD, РСНПМЦЗиР*

**Актуальность.** Тенденция к повышению частоты кесарева сечения, с одной стороны, привело к снижению рисков для плода, с другой – к повышению рисков для женщины. В публикациях, посвященных изучению морфологических изменений рубца на матке после кесарева сечения у женщин, описаны различные методики визуализации и определения истмоцеле, но не было достаточно данных об алгоритме диагностики.

**Цель исследования** - сравнить диагностическую ценность различных методов оценки состояния рубца на матке после операции кесарева сечения.

**Материалы и методы исследования.** Пациенткам не ранее 6 месяцев после КС проведено УЗИ органов малого таза. Выявлено 40 пациенток, имевших истончение рубца на матке в виде «истмоцеле». Вторым этапом обследованным выполнена МРТ. Кроме того, проводилось УЗИ с внутриматочным введением изотонического раствора натрия хлорида (физиологического раствора). Всем пациенткам с диагностированной «истмоцеле» рубца проводилась гистероскопия.

**Результаты исследования.** По данным проведенного УЗИ выявлено, что остаточная толщина миометрия рубца на матке составила в среднем  $3,3 \pm 1,54$  мм. Чувствительность метода 63%, специфичность 62%. В результате проведенной МРТ выявлено, что остаточная толщина миометрия  $3,44 \pm 1,64$  мм. Чувствительность метода 80%, специфичность 71% ( $p < 0,05$ ). При проведении гистероскопии «истмоцеле» удалось визуализировать в 95% случаев.

**Выводы.** Несмотря на достаточно высокую диагностическую эффективность всех методов оценки состояния рубца на матке после операции кесарева сечения, для уменьшения погрешности измерений и решения вопроса о необходимости хирургического лечения необходимо использовать минимум два различных исследования (рутинное УЗИ, УЗИ с контрастированием, МРТ). В сложных диагностических случаях необходимо в качестве третьей методики использовать гистероскопию, позволяющую точно визуализировать дефект.

УДК: 618.14-008.6

**Ходжаева А.С.**  
**ПРЕДИКТОРЫ ПУБЕРТАТНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**  
*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,*  
*Ташкент, Узбекистан*

**Аннотация:** В статье рассматриваются клиничко-патогенетические особенности маточных кровотечений пубертатного периода. Цель: Определение предикторов МКПП. Материал и методы: Обследовано 150 пациенток – девочек - подростков (средний возраст  $14.1 \pm 1.9$ г.) с МКПП. Результаты: Детально проанализирован преморбидный фон и определены факторы риска возникновения и рецидивирования маточных кровотечений пубертатного периода с акцентом наотягощенную репродуктивную наследственность с материнской стороны. Выделены клиничко-патогенетические варианты развития МКПП. Предложен патогенетический подход к лечению с учетом клиничко-патогенетических вариантов развития маточных кровотечений у девочек-

подростков. Выводы: необходим дифференцированный и поэтапный комплексный подход к консервативному лечению маточных кровотечений у девочек-подростков.

**Ключевые слова:** предикторы, маточные кровотечения пубертатного периода, репродуктивное здоровье девочек-подростков, пубертат, отягощенная наследственность, клиничко-патогенетические варианты, рецидивы, вульвовагиниты, анемия, гиповитаминозы.

**Annotation:** The article discusses the clinical and pathogenetic features of uterine bleeding of puberty. Objective: To determine the predictors of manual transmission, taking into account clinical and pathogenetic variants. Patients and Methods: A total of 150 adolescent female patients (mean age 14.1±1.9 years) with manual transmission were examined. Results: The premorbid background was analyzed in detail and the risk factors for the occurrence and recurrence of uterine bleeding of puberty were determined with an emphasis on the burdened reproductive heredity on the maternal side. Clinical and pathogenetic variants of the development of manual transmission have been identified. Conclusions: A differentiated and step-by-step integrated approach to the treatment of uterine bleeding in adolescent girls is needed.

**Keywords:** Predictors, uterine bleeding of puberty, reproductive health of adolescent girls, puberty, burdened heredity, clinical and pathogenetic variants, relapses, vulvovaginitis, anemia, hypovitaminosis.

**Актуальность:** Бесспорно, маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье женщины фертильного возраста. Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) возникают в результате незрелости репродуктивной системы девочки-подростка, частота колеблется от 19% до 38%, рецидивы-до 44% и не имеют тенденции к снижению. Определенная роль в генезе МКПП принадлежит бактериально-вирусной инфекции, гиповитаминозам, нарушениям в системе гемостаза. (1,3, 4,7). Поиск клиницистами оптимальных патогенетически обоснованных методов лечения девочек-подростков, страдающих МКПП, весьма актуален.

**Целью нашего исследования** явилось определение предикторов возникновения МКПП для оптимизации их коррекции.

**Материал и методы исследования.** В статье представлены результаты проспективного (n=150) обследования за период 2022-2024г.г. девочек-подростков с МКПП в возрасте 13-16 лет (средний возраст 14.1±1.9). Впервые заболевание (МКПП) возникло у 62% обследованных девочек-подростков, в 38% случаях отмечены рецидивы. В соответствии с намеченной целью исследования, обследованные девочки-подростки проспективной серии исследований были разделены на две сравнительные группы: 1-я группа – первичные МКПП (n=80), 2-я группа – рецидивы МКПП (n=70). Контрольную группу составили девочки-подростки с нормальным менструальным циклом (n=20). Критерии включения в исследование и исключения из него соответствовали общепринятым в гинекологической практике при пубертатных маточных кровотечениях. Все исследования проводились с учетом требований Хельсинской декларации Всемирной Ассоциации «Этические принципы проведения научных и медицинских исследований с участием человека», ведомственных нормативных документов, согласно принципам доказательной медицины.

Для выявления факторов риска возникновения МКПП был проведен детальный сравнительный анализ преморбидного фона (ПФ) обследованных пациенток, поскольку период полового созревания является наиболее уязвимым, когда репродуктивная система крайне чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов. Наибольшее отягощение преморбидного фона заболеваниями ЖКТ отмечено у 67% обследованных пациенток II группы, анемией 1-2- степени (52%), патологией щитовидной железы (53%), воспалительными заболеваниями верхнего отдела дыхательного тракта (хроническими тонзиллитами и частыми ОРЗ)- (48%), гиповитаминозами (особенно витаминами группы В) – 46%. У пациенток I-й группы ПФ оказался менее отягощенным вышеперечисленными соматическими заболеваниями (до 30%) по сравнению с пациентками II группы (до 70%).

Изучение гинекологической заболеваемости среди обследованных пациенток выявило воспалительные заболевания гениталий ( вульвовагиниты, аднекситы) в 68% у пациенток 2й группы, 32% - у пациенток 1й группы. Бактериологическое изучение влагалищных выделений выявило моновозбудитель лишь в 14% , в остальных 86% случаях обнаружена ассоциация микроорганизмов с преобладанием хламидийно-грибково-кокковой (аэробной-анаэробной) флоры. Наследственность оказалась отягощенной различными гинекологическими заболеваниями матерей (миомы, кисты, ДМК, бесплодие) также преимущественно у пациенток 2-й группы ( 67%), в то время, как у пациенток 1-й этот показатель составил 21%. Это обстоятельство предполагает наследственную детерминированность МКПП. Отягощение преморбидного фона тематических больных множественными разносистемными заболеваниями воспалительного генеза ( до 70%) подчеркивает его полиморбидность и придает факторам риска возникновения МКПП роль предикторов.

Поскольку интегральным показателем женского здоровья является менструальная функция, нами детально проанализирован процесс становления и нарушений менструального цикла у обследованных пациенток.

К моменту обследования нарушения менструального цикла наблюдались у всех пациенток обеих сравниваемых групп (n=150). Длительность нарушения менструального цикла составила от трех месяцев до трёх лет. За этот период 76% больных не обращались к врачу, 24% больных получали лечение, которое оказалось неэффективным. Возраст менархе у обследованных больных составил  $13,8 \pm 0,5$  лет. Ритм менструального цикла установился через 3-6 месяцев у 76,4% пациенток, через год – 23,6%. В первой группе МКПП возникли после непродолжительного периода олигоменореи ( 5-6 мес) в 73%, у пациенток второй группы МКПП появились после регулярного ритма менструального цикла через 1.5-2 года (85%). Нарушения ритма менструаций (73%-85%), увеличение объёма кровопотери (частые обильные менструации) наблюдались у всех обследованных пациенток. В наших исследованиях частота овуляторных циклов у обследованных больных оказалась различной. Овуляторный менструальный цикл сопровождался в 30% случаев недостаточностью лютеиновой фазы преимущественно по типу преждевременной атрезии желтого тела ( 15%), персистенцией зрелого/незрелого желтого тела (15%). При ановуляторных циклах преимущественно наблюдалась атрезия зрелого/незрелого фолликула (70%) и персистенция фолликула 15%. Эпизоды первично возникших МКПП – 62%, рецидивы-38% случаев. Детальный анализ клинико-патогенетических особенностей становления и нарушений менструального цикла у обследованных пациенток с МКПП выявил наличие двух основных патогенетических варианта: ановуляторный (70%) с преимущественной атрезией фолликулов и овуляторный тип (30%) с преимущественной персистенцией фолликула

**Результаты:** Общее состояние тематических больных с учетом объективного статуса и показателей гемодинамики. оценивалось как удовлетворительное Пациентки 1-й группы ( n=80) получали гемостатическую терапию традиционно половыми стероидными гормонами ( КОК) первоначально с целью остановки кровотечения, затем с целью нормализации менструального цикла в циклическом режиме 3-6 мес ( этинилэстрадиол 30мкг+дезогестрел 0.75мкг). Положительная динамика наблюдалась на 3-4месяце лечения, стойкий положительный эффект – 6-8 мес.

Пациентки II группы (n=70), получали лекарственные препараты транексамовой кислоты по стандартной схеме с гемостатической целью, корригирующие фибринолиз, т.е. обладающие антифибринолитической активностью, а также оказывающие противовоспалительный эффект, поскольку воспалительные заболевания гениталий имели высокий удельный вес ( до 70%). и Витаминно-минеральный комплекс (ВМК), представленный смесью 5-ти биологически активных компонентов ( витаминов, минералов), взаимодействие которых является синергическим и кофакторным. Выраженный положительный эффект отмечен уже со следующей нормальной менструацией у 15 пациенток, стойкий положительный эффект – к 3 месяцу лечения. Доза ВМК препарата также подбиралась индивидуально в зависимости от редуции силы кровотечения ( по 1-2 порошку 2раза ежедневно в течение 5-7 дней). Остановка кровотечения наблюдалась с 4-5 го дня от начала лечения с незначительной «мазней» 1-2 дня). Стойкий положительный эффект отмечен уже со следующей нормальной менструацией.

Период реабилитации у пациенток ПА группы длился 2-3 мес без рецидивов, что свидетельствует о восстановлении фолликулогенеза и баланса гормонов яичника. В то время, как у пациенток 1-й группы отмечена более длительная реабилитация 6-8мес. Клиническое течение коррелировало с лабораторными показателями. Исходный уровень тропных гормонов аденогипофиза контрольной и основных группах до начала лечения соответствовал референсным нормативным значениям (ФСГ  $3,6 \pm 0,14$  МЕ/л; ЛГ  $2,97 \pm 0,11$  МЕ/л) ( $p < 0,001$ ), была повышена концентрация эстрадиола  $189,8 \pm 7,4$  нмоль/л -  $188,9 \pm 4,4$  нмоль/л, соответственно по сравнению с контролем  $179,2 \pm 7,32$  нмоль/л. Полученные лабораторные данные указывали на наличие яичниковой недостаточности у обследованных пациенток основных групп. Отягощение преморбидного фона множеством разносистемных заболеваний воспалительного генеза негативно отразилось на фолликулогенезе, преобладании ановуляции по типу атрезии фолликулов, при скоплении которых theca interna начинает продуцировать эстрогены, являющиеся причиной гиперплазии эндометрия (7, 8, 9). Результаты УЗИ в контрольной группе соответствовали возрастной норме. Однако у всех пациенток основных групп на фоне нормативных размеров матки М-эхо на 2-3 день цикла визуализировалось в виде гиперплазированной линии (гиперплазия эндометрия)  $15,2 \pm 0,09$  мм, несколько единичных фолликулов (1-2) диаметром 2-3 мм и мелкие точечные фолликулы в количестве 6-8 диаметром 1-2 мм. Признаки овуляции отсутствовали в 70% случаев.. Эти данные свидетельствуют о яичниковой и маточной несостоятельности у тематических пациенток. Показатели гормонального профиля по окончании лечения показали положительную динамику в уровнях половых гормонов: снижение уровня эстрадиола до референсных значений  $181,6 \pm 7,2$  нмоль/л.-  $180,3 \pm 4,2$  нмоль/л, соответственно по сравнению с контролем  $179,2 \pm 73,1$  нмоль/л. УЗИ результаты после лечения у всех пациенток основных групп и подгруппах выявил позитивные изменения в виде уменьшения величины гиперплазированного эндометрия - тонкую линию эндометрия  $5,2 \pm 0,02$  мм, повышенную эхогенность эндометрия матки, что свидетельствовало о появлении полноценной секреции; в яичниках появились здоровые ранние антральные фолликулы в количестве 4-5, исчезла мелкозернистость. Визуально налицо признаки уменьшения яичниковой и маточной недостаточности, появившейся яичниковой состоятельности.

Параллельно с положительной динамикой в лабораторно-инструментальных методах исследования, наблюдалось улучшение клинической симптоматики, остановка маточного кровотечения – восстановился ритм менструаций, появилась двухфазность менструального цикла (65%).

**Вывод.** 1. Прекдикторами возникновения МКПП является отягощенный преморбидный фон множественными разносистемными заболеваниями воспалительного генеза. 2. Основными клиничко-патогенетическими вариантами МКПП является ановуляторный тип в результате атрезии фолликулов и реже овуляторный тип с выраженной недостаточностью лютеиновой фазы, что приводит к относительной гиперэстрогемии и гиперплазии эндометрия. 3. Предлагаемое комплексное лечение пациенток с МКПП является эффективной альтернативой традиционным методам лечения, поскольку затрагивает патогенетические звенья механизма их возникновения (дисгормоноз, воспаление). Клинические исследования показали, что эффективность предлагаемого нами лечения МКПП составила 84%, рецидивы отсутствуют, остановка кровотечения наблюдалась к концу 1й недели лечения, нормализация менструального цикла и стойкий положительный эффект – к началу следующей менструации, что сократило длительность лечения в три раза.

### **Литература**

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Руководство для врачей.- СПб.:Фолиант, 2019.-574с.
2. Карахалис Л.Ю., Федорович О.К. Лечение дисменореи у женщин раннего репродуктивного возраста // Consilium Medicum.- 2020.- №9(6).- С.13-16.
3. Karacus S, Kiran G, Ciralik H. Efficacy of micronized vaginal progesteron versus oral dydrogesterone in the treatment of irregular dysfunctional uterine bleeding: A pilot randomized controlled trial Aust, N.Z.J. Obstet, Gynaecol.-2019.-Vol.49.-H685-688.

4. Прилепская В.Н., Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза.- М.:ГЭОТАР.-Медиа, 2021.
5. Pinkerton J.V. Pharmacological therapy for abnormal uterine bleeding // Menopause.-2022.- Vol.18 (4).- P.453-446.
6. Уварова Е.В. Маточные кровотечения пубертатного периода. Клинические рекомендации «Акушерство и гинекология», 4-е изд. Под ред. Акад.РАН Г.М.Савельевой, В.Н.Серова, Г.Т.Сухих.-М,2022, с.678-703.
7. Uvarova E.V. Pediatric and adolescent gynaecology. Moscow: Littera, 2022: 375 p. ( in Russian).
8. Ходжаева А.С. Репродуктивное здоровье девочек-подростков. Монография., Издание III, Ташкент, 2023.- 239 с.
9. Ходжаева А.С. Дисменорея у девочек-подростков в условиях COVID-19. Методические рекомендации, Ташкент, 2023.-54с.

УДК 618.3: 575.1

Ярматова Ш.З.

### ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ

Центр «Матери и ребенка» Кашкардинской области  
Узбекистан

**Резюме.** Ведущую значимость представляет генетическое прогнозирование риска развития невынашивания беременности. И данное исследование ответственных полиморфизмов ассоциации генов способствует раскрытию новых патогенетических механизмов развития патологии. особый интерес представляет исследования генов, ответственных в биохимических реакциях, связанной метильной группы – гена *MTRR*, кодирующий цитоплазматический фермент метионин синтаза редуктаза (МСР. Одной из функций МСР является обратное превращение гомоцистеина в метионин. Клинико-молекулярно-генетические исследования свидетельствует о том, что у пациенток с выявленными нефункциональными генотипами A/G A66G (Ile22Met) гена *MTRR* отмечается риск развития невынашивания беременности у женщин после ЭКО, что составило 22% случаев.

**Ключевые-слова:** невынашивание беременности, A/G A66G (Ile22Met)-гена-*MTRR*, -гомоцистеин

**Summary.** Resume. Genetic prediction of the risk of miscarriage is of primary importance. And this study of responsible gene association polymorphisms contributes to the discovery of new pathogenetic mechanisms for the development of pathology. Of particular interest is the study of genes responsible in biochemical reactions, the associated methyl group - the *MTRR* gene, encoding the cytoplasmic enzyme methionine synthase reductase (MSR. One of the functions of MSR is the reverse conversion of homocysteine to methionine. Clinical molecular genetic studies indicate that patients with identified non-functional genotypes A/G A66G (Ile22Met)*MTRR* notes the risk of miscarriage in women after IVF, which amounted to 22% of cases.

**Key words:** miscarriage, A/G A66G (Ile22Met) -*MTRR* gene, -homocysteine

В настоящее время диагностические маркеры невынашивания беременности занимают одно из приоритетных направлений в практической медицине.

А также ведущую значимость представляет генетическое прогнозирование риска развития невынашивания беременности. Исследования ответственных полиморфизмов ассоциации генов способствует раскрытию новых патогенетических механизмов развития патологии(2,4). Несмотря на многочисленные исследования в области выявления генетических маркеров акушерских осложнений до сих пор остается проблема невынашивания беременности (1,3).

В этом аспекте особый интерес представляет исследования генов, ответственных в биохимических реакциях, связанной метильной группы – гена *MTRR*, кодирующий

цитоплазматический фермент метионин синтаза редуктазу (МСР. Одной из функций МСР является обратное превращение гомоцистеина в метионин. Генетические исследования при невынашивания беременности у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий до настоящего времени не проводились.

Целью настоящего исследование явилось оценка выявляемости аллельных вариантов полиморфизма гена фолатного цикла синтеза белков - метионин-синтаза-редуктаза (MTRR) у женщин узбекской популяции с осложнениями беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий .

Материал и методы исследования. Нами обследованы 130 женщин беременных в возрасте от 21 до 36 лет. Всем беременным проверяли общеклинические, инструментальные, УЗИ, доплерометрия плода. У всех обследованных женщин проводились консультация смежных специалистов,(терапевт, невропатолог, инфекционист, дерматолог, эндокринолог и др.) Основную группу составили 100 женщин с невынашиванием беременности после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Контрольную группу составили 30 беременных с физиологическим течением беременности после ЭКО.

Средний возраст беременных женщин в основной группе составляло 29, 7± 2,4 на 100 обследованных, тогда как в группе контроля – 29,4 ± 2,5 соответственно, что обуславливает отсутствие статистически значимости разницы в обследуемых группах. ( P > 0,005).

Молекулярно-генетическое обследование биоматериалов (ДНК) выполняли на базе клинической лаборатории ООО «GENOTEKNOLOGIYA». Выделение ДНК/РНК из всех биологических образцов крови проводили с помощью набора «Рибо-преп» (Интерлабсервис, Россия).

Для выявления полиморфизма генотипа, состоящего из аллелей аллелей и генотипов полиморфизма **ILe22Met гена MTRR(rs1801394)** из образцов ДНК были отобраны аллели-специфические праймеры от производителя. Для генотипирования образцов ДНК методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) были проведены исследования 200 образцов ДНК. Для этого 96-ячеечный автоматизированный усилитель «Applied Biosystems Veriti» был оптимизирован по следующей программе: начальная денатурация однократно при 180 сек 94°C, 94°C - 10 сек, 64°C - 10 сек, 72°C - 20 секунд в программе мы проделали эти указанные действия 40 раз, чтобы произошла полимеразная цепная реакция. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «OpenEpi 2009, Version 2.3».

**Результаты исследования.** По информированному согласию у пациенток проводили молекулярно-генетические исследования на выявляемость аллельных вариантов и ассоциации полиморфизма генотипов гена **ILe22Met гена MTRR(rs1801394)** методом ПЦР REAL TIME. ( таблица 1.)

**Таблица 1.** Различия в частоте встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма **ILe22Met гена MTRR(rs1801394)** в основной и контрольной группах беременных с ЭКО.

Аллели и генотипы	Количество обследованных аллелей и генотипов		Статистическое различие
	Основная группа	Контроль	
Аллель А	158	60	$\chi^2=15,03$ p<0,0001; OR=32,4; 95%CI 1,97-535,6
Аллель G	42	0	
Генотип А/А	68	30	$\chi^2=12.73$ ; p<0.002; OR=0.03; 95%CI 0.00 – 0.58
Генотип А/G	22	0	$\chi^2=12.73$ ; p<0.002; OR=17.5; 95%CI 1.03 – 297.32
Генотип G/G	10	0	$\chi^2=7.08$ ; p<0.002; OR=7,08; 95% CI 0.4 – 124.4

Сопоставление полученных результатов с клиническим течением беременности, показали, что у 27 пациенток основной группы в выявленными мутантными аллельными вариантами G гена MTRR отмечали невынашивание беременности в I триместре, что составило 84,4% случаев, а у 5 беременных – во II триместре, что составило 15,6% случаев соответственно. Как следует из таблицы, анализ клинического течения у беременных основной группы с благоприятными A аллельными вариантами невынашивания беременности отмечали в I – триместре – в 55,8% случаев (38 из 68), во II – триместре – у 25 из 68 (36,7%) и у 5 беременных в III – триместре, что составило 7,4% случаев.

Полученный результат также указывает на то, что гетерозиготный генотип полиморфизма A66G (Ile22Met) гена MTRR является генетической детерминантой, определяющей формирование процесса невынашивания беременности у пациенток с ЭКО в 17,5 раза (OR=17,5).

Статистически достоверная связь функционально неблагоприятного аллеля G и гетерозиготного генотипа A/G гена MTRR изучаемого полиморфизма с патогенезом невынашивания беременности после репродуктивных вспомогательных технологий может свидетельствовать о высокой вероятности ассоциации данной патологии с гетерозиготным вариантным генотипом A/G. При этом отмечается изменение биохимических свойств фермента, в котором происходит замена аминокислоты изолейцина на метионин. В результате чего наблюдается снижение функциональной активности фермента, что приводит к повышению риска такого нарушения развития плода, невынашивания беременности.

В связи с этим важным этапом при исследовании полиморфных генов, потенциально ассоциированных с развитием и патогенезом заболеваний, является анализ ожидаемой и наблюдаемой частоты генотипов изучаемых полиморфизмов и соответствия распределения частот *равновесию Харди-Вайнберга (ХВ)*.

Из расчета уравнением ХВ, в основной группе теоретически ожидаемая частота ассоциации полиморфизма благоприятного гомозиготного генотипа A/A A66G (Ile22Met) гена MTRR составила 68%, а наблюдаемого генотипа – 62,4% соответственно, что в 1,08 ниже по сравнению с наблюдаемого. Тогда как частота наблюдаемого гетерозиготного варианта A/G составило – 22%, а ожидаемого частота – 51,4, что в 2,3 раза превышало показателей наблюдаемых частот гетерозиготности A/G гена MTRR (P < 0,05). Следует отметить, что в вариантах неблагоприятных генотипов G/G ожидаемая частота составило – 8,5%, а наблюдаемая – 10%, что в 1,2 раза превышала показателей.

Таблица 2.

**Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по РХВ полиморфизма A66G (Ile22Met) гена MTRR в контрольной группе беременных без ПР**

Генотипы	частота генотипов		$\chi^2$	P
	Наблюдаемая	ожидаемая		
A/A	100	60,6	1.0	1
A/G	0	34,5	0.0	
G/G	0	4,9	0.0	
Всего	100,00	100,00	0,0	

Анализ полученных результатов показывает, что распределение всех генотипов полиморфизма A66G (Ile22Met) гена MTRR в основной группе пациенток и контроля соответствует РХВ, свидетельствующие об отсутствии влияния систематических или случайных факторов, способных изменить генетическую структуру популяций.

Для профилактики и коррекции гипергомоцистеинемии, обусловленной дефектами генов фолатного цикла, до настоящего времени применяют достаточно высокие дозировки (3–5 мг) препаратов синтетической ФК, что сопровождается нормализацией уровня гомоцистеина в крови женщин и снижением риска ряда акушерских осложнений. [Курцер М. А., Гродницкая

Е. Э., 2010; Озолия Л. А., Кашежева О. З. 2013]. Однако в литературе последних лет сообщается о том, что высокие дозы фолатов, превышающих физиологические, способствует неблагоприятным воздействием неметаболизированной синтетической фолиевой кислоты (ФК) в виде маскировки В12-дефицитной анемии, высокого риска онкологических заболеваний, депрессии, когнитивных нарушений [Громова О. А., Торшин И. Ю. 2015; Greenberg J. A., Bell S. J., Guan Y., 2011]. Таким образом, клиничко-молекулярно-генетические исследования свидетельствует о том, что у пациенток с выявленными нефункциональными генотипами A/G A66G (Ile22Met) гена MTRR отмечается риск развития невынашивания беременности у женщин после ЭКО, что составило что составило 22% случаев. ( $\chi^2=15,03$   $p<0,0001$ ; OR=32,4; 95%CI 1,97-535,6). Полученный результат также указывает на то, что гетерозиготный генотип полиморфизма A66G (Ile22Met) гена MTRR является генетической детерминантой, определяющей формирование процесса невынашивания беременности у пациенток с ЭКО в 17,5 раза (OR=17,5). Варианты полиморфизмов гетерозиготных вариантов A/G и гомозиготных генотипов G/G гена MTRR являются значимыми прогностическими критериями риска развития невынашивания беременности у женщин узбекской популяции после ЭКО.

#### **Выводы:**

1. Клиничко-молекулярно-генетические исследования свидетельствует о том, что у пациенток с выявленными нефункциональными генотипами A/G A66G (Ile22Met) гена MTRR отмечается риск развития невынашивания беременности у женщин после ЭКО, что составило что составило 22% случаев. ( $\chi^2=15,03$   $p<0,0001$ ; OR=32,4; 95%CI 1,97-535,6).
2. Аллельные варианты G и ассоциация полиморфизмов гетерозиготных генотипов A/G гена MTRR являются значимыми прогностическими критериями риска развития невынашивания беременности у женщин с ЭКО.

UDC: 618.14 - 006.52 - 022.7: 577.21: 611

Akhmedova M.O.

## **ASSESSMENT OF THE INFORMATIVENESS OF MULTIPLE BIOPSY IN WOMEN WITH DYSPLASTIC CHANGES IN THE MULTILAYERED SQUAMOUS EPITHELIUM OF THE CERVIX**

*Aliyeva D.A., Dsc, professor*

*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health  
Tashkent, Uzbekistan*

#### **Relevance.**

The existence of precursor lesions for invasive cervical cancer has been recognized for more than 50 years. Our understanding of the pathobiology and behavior of cervical cancer precursors has evolved considerably over the past five decades. Furthermore, the terminology used to classify pre-invasive lesions of the cervix has frequently changed. The realization that human papillomavirus (HPV) infections constitute a morphologic continuum has prompted efforts to include them within a single classification system, specifically the squamous intraepithelial lesions (SILs) which have now been embraced by the surgical pathologists. The reduced number of specific pathological categories has made clinical decision-making more straightforward. The generic criteria for SIL have two important histological parameters: Alterations in the density of superficial epithelial cells and superficial squamous atypia. The flat condyloma or cervical intraepithelial neoplasia (CIN) I is generally associated with intermediate and high-risk HPV types as against the low-risk viruses that cause exophytic/papillary growth patterns of condylomas.

The diagnosis of low-grade SIL (LSIL) (flat and exophytic condylomas) requires first excluding benign mimics of LSIL and second to confirm the characteristic cytologic atypia. For high-grade SILs (HSILs), the extent and degree of atypia generally exceed the limits of that described in flat or exophytic condylomas (LSILs). Less maturation, abnormal cell differentiation, loss of cell polarity, and increased mitotic index with abnormal mitotic figures occupying increasing thickness of the epithelium define a lesion as CIN II or CIN III. Atypical

immature metaplasia associated with inflammation and atrophy is a challenge in cervical biopsy interpretation. Careful attention to the growth pattern of the epithelium, the distribution of the atypia, nuclear spacing, and the degree of anisokaryosis and the presence of enlarged hyperchromatic nuclei help in differentiating a non-neoplastic from a neoplastic process. This chapter describes in depth the diagnostic difficulties in the interpretation of cervical biopsies.

#### **Objective.**

To evaluate the results of histological analysis of cervical biopsies taken from the atypical transformation zone in women with dysplastic changes in the stratified squamous epithelium of the cervix.

#### **Material and methods.**

Cervical biopsy was performed in 86 patients with CIN 2 dysplastic changes. The patients were examined using modern informative methods: diagnosis of STIs, extended colposcopy (EC), cytological examination of smears. Before the biopsy, according to the protocol for the management of patients with precancerous diseases of the cervix, a course of antibacterial, antiviral, and antifungal therapy was administered, with test results for RW, HIV, HBs-Ag, and HCV-Ag. The procedure of biopsy of the cervix from several areas was performed using a radio wave loop on the «Fotek E81M» device on days 5-9 of the menstrual cycle.

#### **Results:**

Indication for biopsy: intraepithelial lesions of the cervical mucosa of moderate severity - HSIL/CIN II in 27 (31%), ASC-H/CIN II in 59 (69%). Moderate dysplasia of the stratified squamous epithelium of the cervix in combination with cervicitis in 21 (100%), with VVC (candidiasis) in 3 (14.3), hyperkeratosis in 4 (19%), cervical atrophy with inflammation in 3 (3.5%), bacterial vaginosis in 1 (1.2%).

#### **Conclusions:**

All women with various pathologies based on the results of colposcopy, Pap test and histological examination were taken under observation after treatment for the corresponding pathology. An algorithm for further observation has been drawn up, which involves repeat colposcopy and cytological screening of such patients after 2, 6 and 12 months. The introduction into practice of multiple biopsies in women with dysplastic changes in the stratified squamous epithelium of the cervix will increase diagnostic information and lead to a decrease in the number of relapses.

UDC-618.172-039.12

### **Ibrakhimova Nodira Otabekovna FEATURES OF DIAGNOSIS OF DELAYED SEXUAL DEVELOPMENT IN ADOLESCENT GIRLS**

Scientific moderator: Bekbaulieva Gulistan Nietbaevna Dsc.

*Obstetrics and gynaecology, Tashkent medical academy, Tashkent*

**Relevance:** In Uzbekistan, children and adolescents make up just under 40% of the age structure of the total population. The health of the younger generation is the focus of our President's attention. Evidence of this is the adoption of a number of government programs aimed at improving the medical culture of adolescents, the comprehensive development of the younger generation and their improvement, since maintaining health at this age is considered a promising contribution to the reproductive, intellectual, economic and social reserve of society [4]. In addition, the level of growth and development of the child population is a valuable indicator of the sanitary, hygienic and socio-economic well-being of society. Disorders of puberty can have serious impacts on physical and psychosocial well-being [15, 16].

At the same time, in recent years throughout the world, the problem of impaired physical development of adolescents has acquired particular medical and social significance due to the steady increase in morbidity [11]. Therefore, timely detection of violations of the physical and sexual development of teenage girls is an urgent problem of modern obstetrics.

**The purpose of the study** was to study diagnostic criteria for delayed sexual development in adolescent girls based on literature review data.

**Research results:** Disturbances in the reproductive system of children begin to manifest themselves at one of the most vulnerable stages in the development of this system, during puberty. [1]. Puberty is the time interval in a person's life during which secondary sexual characteristics appear [2, 5, 6, 7, 9,14]. Puberty of girls is a complex process, which, on the one hand, is carried out as a result of the complex interaction of the hypothalamic-pituitary systems and ovaries, and on the other hand, the thyroid and adrenal systems, with the subsequent establishment of menstrual function and the ability to reproduce a generation. Consequently, the implementation of reproductive plans or the presence of infertility in women begins in early childhood and adolescence against the background of delayed sexual development, in the form of sexual infantilism, primary and secondary hypogonadism [13]. Delayed puberty development (DPD) is a pathological condition characterized by a delay in the appearance of clinical signs of puberty at an age that is 2–2.5 standard deviations higher than the average age [12]. Depending on the reasons leading to delayed puberty development (DPD), this condition is divided into: constitutional DPD, hypergonadotropic hypogonadism, hypogonadotropic hypogonadism.

The main diagnostic criteria for DPD in girls are the absence of menarche at the age of 15 years and older, the absence of puberty at 13 years and older; and/or absence of menarche for 3 years or more from the onset of breast development and sexual hair growth; discrepancy between height and body weight and chronological age [3].

The main complaints are amenorrhea and the absence of secondary sexual characteristics in girls over the age of 13 years. However, it should be noted that in our republic, due to the mentality, teenage girls turning to a medical institution with such complaints on their own initiative is a very rare occurrence; usually, such conditions are identified during medical examinations in pursuance of government programs.

If DPD is suspected, a carefully collected anamnesis, taking into account the degree of relationship between the parents, the timing of the onset of sexual development in close relatives, the presence of similar complaints in relatives, clarification of the characteristics of the neonatal period (trauma), current or previously conducted chemotherapy and radiation therapy, and taking medications taken previously diseases, concomitant endocrine and systemic pathologies, chronic pathologies of the liver, kidneys, reproductive system organs, injuries or irradiation of the brain, genital organs, surgical interventions in the hypothalamic-pituitary region, in the genital and pelvic areas, provides an initial idea of the form of this pathology [10].

When conducting a general examination, it is necessary to assess the general physical condition, skin conditions - turgor, sagging, the presence of stretch marks, pigmentation. In girls, signs of the onset of puberty are enlarged mammary glands, the degree of development of which is assessed using the Tanner scale. According to Tanner's classification: the 1st stage corresponds to pre-puberty (there are no secondary sexual characteristics), the beginning of puberty (puberty) is considered to be the 2nd stage according to Tanner.

The appearance of axillary and pubic hair, without enlargement of the mammary glands in girls, is not a marker of the onset of true puberty, as it is characteristic of androgen production. More often, the increase in the production of adrenal androgens coincides with the onset of puberty, however, up to 20-30% of children may have an early onset (from 6-7 years of age) of an increase in the synthesis of adrenal androgens without activation of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis[8].

In the absence of signs of the onset of sexual development at the age of 13 years, it is recommended to study the level of the following hormones: LH, FSH, estradiol, prolactin, thyroid-stimulating hormone, free T4; in patients with morbid obesity and short stature, a study of the level of cortisol and adrenocorticotropic hormone in the blood, a study of daily urine test for free cortisol; in patients with short stature, a study of somatomedin C is recommended.

To exclude the influence of daily fluctuations in hormones, their levels are determined in the morning and it is imperative to use reference standards for the age group being examined. At low basal values of pituitary and sex hormones, to assess the state of the hypothalamic-pituitary axis, it is necessary to carry out the following stimulation tests: test with gonadotropin-releasing hormone (GnRH), test with progesterone. A test with LH-RH antagonists with clomiphene is rarely used in adolescent practice, only when secondary hypogonadism is suspected.

Cariotyping is indicated for all patients with primary hypogonadism, in the presence of stigmata of dysembryogenesis, and in cases of a combination of short stature and mental retardation.

Ultrasound examination (ultrasound) of the pelvic organs in girls is performed to exclude the presence of pathological formations and monitor puberty.

All patients with DPD are recommended to have their bone age assessed, which is determined by comparing the results of studying radiographs of the hands (identifying the phases and stages of osteogenesis) with the relevant standards. As a rule, enlargement of the mammary glands in girls (the first sign of puberty) corresponds to the bone age of 10-11 years, and the pubertal growth spurt occurs at the bone age of 12 years. After activation of the gonadal function, synostosis of the epiphysis with the metaphysis occurs in the first metacarpal bone. When a patient presents late after 16-18 years, densitometry is recommended to assess the degree of decrease in bone density and, accordingly, the risks of developing pathological fractures, and subsequently to assess the dynamics of the effectiveness of the treatment.

Magnetic resonance imaging of the brain is recommended for suspected hypogonadotropic hypogonadism, in combination with a decrease in the function of other tropic hormones, to assess the state of the anatomical structures of the hypothalamus and the anterior pituitary gland.

**Conclusions:** Thus, DPD is a polyetiological pathology that has not only medical, but also social significance in the potential gene pool of teenage girls, reducing the possibility of reproduction and quality of life. Unfortunately, timely diagnosis is delayed due to the mentality of the population, due to the large volume of diagnostics, the high cost and versatility of the examination. Therefore, for timely diagnosis of DPD among adolescent girls, it is necessary to search for new screening methods carried out in schools.

#### ***Bibliography:***

1. Бабаниязова Ж.Ж. Халмуратова Б. С., Каландарова Г.С. и др. Особенности становления репродуктивной системы детей - подростков, проживающих в регионе Приаралья //Doktor axborotnomasi №3 – 2015. -С.13-14
2. Байтрак О.А., Мещеряков В.В., Гирш Я.В. Особенности полового развития детей подростков этнических хантов и пришлого населения Среднего Приобья //Педиатрия. - Том 20, №3 (2021). - С. 45-49
3. Бахтиярова А.Ш., Нурхасимова Р.Г., Гайраткызы Д. и др. Особенности физического и полового развития девочек и девочек-подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе //Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2016; 2: 47–8
4. Бекбаулиева Г.Н., Раззакова Н. С. Критерии диагностики и оценка эффективности лечения задержки полового развития у девочек подросткового возраста // Вестник врача. -Самарканд. - 2013, № 3. - С.78-79
5. Гладкая В.С., Грицинская В.Л., Галактионова М.Ю. и др. Методы и методика оценки роста и развития детей учебное пособие. Абакан: Изд-во ФГБОУ ВО «Хакассский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»; 2017. 84 с.
6. Деев И.А., Коломеец И.Л., Саприна Т.В. и др. Половое развитие подростков в Томской области //Педиатрическая фармакология. 2017; 14(5): 366–72.
7. Дедов И.И., Петеркова В.А., Малиевский О.А. и др. Детская эндокринология //М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2019. - 256 с.
8. Докучаева С.Ю., Токарев А.Н., Лежнина И.В. Морфофункциональные показатели и половое развитие детей. //Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018; 63(4): 267–77.
- 9.Ермакова И.В., Адамовская О.Н., Сельверова Н.Б. Физическое развитие, нейровегетативный, гормональный и психоэмоциональный статус детей на разных стадиях полового созревания //Новые исследования. - 2017; 4(53): 127–39.
10. Каримова Н. А., Курбанова Н. С. Нарушение физического развития у подростков и его осложнения //Журнал кардиореспираторных исследований. - №2, 2021. -С.64-67Латышев О.Ю., Бржезинская Л.Б., Окминян Г.Ф., и др. Дифференциальная диагностика конституциональной задержки пубертата и гипогонадотропного гипогонадизма у мальчиков. //Проблемы эндокринологии. -2019, Том 65, №6. – С. 417-424

11. Мельник В.А., Козакевич Н.В. Влияние комплекса социально-биологических факторов на морфофункциональные показатели физического развития и половое созревание городских школьников // Курский науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». 2014. № 2. С. 56–61.
12. Нигматова Н.М., Бекбаулиева Г.Н. Анализ факторов риска задержки полового развития у девочек-подростков // Журнал теоретической и клинической медицины. -№6, 2021. – С.129-130
13. Райгородская Н.Ю., Болотова Н.В., Поляков В.К. и др. Показатели полового развития здоровых мальчиков в различные периоды гипофизарно-гонадной активности // Журнал Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2019; 98(6): 91–7.
14. Grossman A.V., Исмаилов С.И., Кулмирзаева М.Г., Урманова Ю.М., Гилязитдинов К.Н. Конституциональная задержка роста и пубертата у мальчиков: обзор литературы // Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal. - Vol. 15, № 5, 2019. - С. 402-409 Heinrichs C. Normal puberty and delayed puberty. Rev Med Brux. 2011 Sep;32(4):256-62.
15. Jennifer Harrington, and Mark R. Palmert Distinguishing Constitutional Delay of Growth and Puberty from Isolated Hypogonadotropic Hypogonadism: Critical Appraisal of Available Diagnostic Tests Volume 97 Issue 9 | September 1, 2012
16. Palmert MR, Dunkel L 2012 Clinical practice. Delayed puberty. N Engl J Med 366:443 – 453

**UDC616.441+618.11-006.2**

**Jumaniyazova S.R.**

## **ISSUES OF HORMONAL CORRECTION IN SCLEROCYSTIC OVARIES COMBINED WITH THYROID DISEASES**

*Center for the Development of Advanced Training for Medical Workers  
Tashkent, Republic of Uzbekistan*

**Annotation.** As medical practice shows, over a long period of time of research and study of the polycystic ovary syndrome, a sharp increase in the number of patients was revealed, which seriously affects the health of not only women, but also the development of this disease in the next generation. The problem with polyendocrine syndrome lies in its complications, such as anovulation, multiple metabolic disorders, irregular menstrual cycle, which together lead to infertility. Many authors believe that women with polycystic ovary disease have a high risk of impairment to glucose susceptibility and the development of type II diabetes. This is due to an increase in the hormone testosterone, which is the main male hormone, and as we know, in healthy women of reproductive age, its concentration is a small amount of 0.13 - 3.09 pg / ml.

**Key words:** hyperandrogenism, reproductive age, ovarian sclerocystic disease, type 2 diabetes mellitus

**Research objective.** To establish a connection between hyperandrogenism of various origins and other endocrinopathies

**Material and methods.** We conducted a survey of patients who applied to the Republican Reproductive Center for the period 2019-2020. about awareness of polycystic ovary syndrome. It was found that 80% of women and girls are informed about this syndrome. 50% are familiar with the factors that affect the development of the syndrome, out of 50% - 20% indicated a violation of the hormonal background of women, 30% of the respondents indicated heredity. We can also say that most of the respondents are aware of the ultrasound method - 80%. The interviewed girls know that with polycystic ovary syndrome, fertility is impaired during reproductive age, and that one of the characteristic features is the absence of the menstrual cycle (100%). Also, the results of the questionnaire showed that the main methods of prevention are to visit a doctor - gynecologist (60%), the rest - endocrinologist (40%).

**Conclusions.** Thus, polycystic ovary syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs,

characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons. Thus, PCOS syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons.

#### **Literature**

1. Atykanov A.O. Clinical and diagnostic characteristics of polycystic ovary syndrome in women of reproductive age / Atykanov A.O. Dzhanuzakov N.T., Batyrkhanov Sh.K. // Bulletin of the KRSU. 2017. Volume 17. No.
2. Dyakonov S.A. Some pathogenetic aspects of polycystic ovary syndrome / Dyakonov S.A. Dolina T.M., Bakanova D.N. // Clinical Bulletin. No. 4 (2), 2017.-C.23-25.

**UDC 618.145-007.415:340.613**

**Norkulova.M.A, Muminova N.H., Aripov O.A.**

### **PROBLEMS RELATED TO ENDOMETRIOSIS AND ENDOMETRIOSIS AND OVARY SINDROM IN WOMEN OF REPROGUCTIVE PERIOD OF THE UZBEK POPULATION**

*Scientific adviser: Assoc. Prof. d.m.s. Muminova N.Kh.*

*Department of Obstetrics and Gynecology, Center for the Development of Advanced Training of Medical Workers  
Uzbekistan*

**Annotation.** As medical practice Combined pathologies in the gynecological practice of a doctor are common, such as endometrioid disease and PCOS in the general population of 12-25%. With such combined gynecological diseases the quality of life of the woman herself decreases sharp the frequency of infertile couples increases, and the cases of such clinical symptoms as pelvic pain, dyspareunia and menstrual irregularities increase.

The shows, over a long period of time of research and study of the polycystic ovary syndrome, a sharp increase in the number of patients was revealed, which seriously affects the health of not only women, but also the development of this disease in the next generation. The problem with polyendocrine syndrome lies in its complications, such as anovulation, multiple metabolic disorders, irregular menstrual cycle, which together lead to infertility. Many authors believe that women with polycystic ovary disease have a high risk of impairment to glucose susceptibility and the development of type II diabetes.

**Key words:** endometriosis, hyperandrogenism, reproductive age, ovarian sclerocystic disease, uzbek population, type 2 diabetes mellitus

**Research objective.** To establish a connection between hyperandrogenism of various origins and other endocrinopathies

**Material and methods.** We conducted a survey of patients who applied to the Republican Reproductive Center for the period 2019-2020. about awareness of polycystic ovary syndrome. It was found that 80% of women and girls are informed about this syndrome. 50% are familiar with the factors that affect the development of the syndrome, out of 50% - 20% indicated a violation of the hormonal background of women, 30% of the respondents indicated heredity. We can also say that most of the respondents are aware of the ultrasound method - 80%. The interviewed girls know that with polycystic ovary syndrome, fertility is impaired during reproductive age, and that one of the characteristic features is the absence of the menstrual cycle (100%). Also, the results of the questionnaire showed that the main methods of prevention are to visit a doctor - gynecologist (55%), the rest - endocrinologist (45%).

**Conclusions.** Thus, polycystic ovary syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons. Thus, PCOS syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility.

**Conclusion.** However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons.

UDK 618. 39.021.3/618.396

Sultonova N.A.<sup>1</sup>- PhD, dots., Negmatullaeva M.N.<sup>2</sup>-DSc.professor

**ASSESSMENT OF THE RESULTS OF THE IMMUNOGYSTOCHEMICAL  
METHOD IN DETERMINING THE PATHOLOGY OF A TYPICAL MISCARRIAGE**

*Department of retraining and professional training of family doctors, Faculty of  
professional training of doctors, Bukhara State Medical Institute*

*Bukhara State Medical Institute 2-Department of Obstetrics and gynecology*

**Relevance.** Today, special attention is paid to research aimed at identifying risk factors aimed at spontaneous miscarriage of the fetus, which occurs in the first trimester of pregnancy. The study of the emergence of this mechanism is considered the key to the treatment and Prevention of this pathology. External factors affecting the development of the fetus, the problem of spontaneous miscarriage of the fetus has not lost its relevance, despite the fact that a large number of declared scientific works have been carried out. Current non-declining statistics form the basis for this problem being from important areas of research that lead to the study.

**Research objective.** The placenta consists in the development of measures to detect and prevent premature fetal miscarriage markers on its own, based on the study of morphofunctional changes, hemostasiological and lipid metabolism system disorders.

**Research materials and methods.** The study examined 100 women in the period from January 2023 to October 2024, in order to further the goal we set. During pregnancy, 150 women underwent consistent in-depth examinations, in which the effectiveness of the treatment measures recommended for them was also assessed. The study used general clinical, instrumental, ultrasound, biochemical, hormonal, morphological and statistical research methods. The first group was made up of 40 pregnant women with normal previous pregnancies (Group I), and the second group was made up of 60 pregnant women with severe obstetric Anamnesis who had observed miscarriage (Group II). Group II included 50 patients. The pregnant women included in the study were treated in the women's consultancies of Bukhara city, in the Regional perinatal Center and in the gynecology department of the Bukhara branch of the Republican urgent Medicine Scientific Center.

**Research results.** In our study, we morphologically studied the placenta of women in which a typical child throw occurred and stopped a normal pregnancy based on medical indications. In doing so, we have identified the following results.

In the first major group, the least expression of CD 34 was found in the vorsinal cavity of the satellite chorion, in the second major group, this indicator was 1.8 times higher expression compared to the first ( $7.34 \pm 0.44\%$ ,  $p \leq 0.05$ ). In the control group, however, this indicator was within the limits of the norm.

The results of the research carried out show that the surface of the expression of the CD 34 marker is low compared to the control group in both comparable groups indicates a violation of the process of full supply of blood vessels in chorionic vossins, which in turn leads to a decrease in the functional activity of the placenta, leading to

The main reason why the thickness of the umbilical cord was different in women who stopped pregnancy based on medical indications was due to the difference in the thickness of the compact floor, Chorion and desidual floor. In women with physiological pregnancy, there was no disruption of the main part of the desidual shell and the vossinal chorion at the edges of the placental disc, which is fully attached to the chorion, preventing the release of blood from the placenta's lacuna due to the covering of the plate.

The non – satellite part of the amnion consists of a thick epithelium of a single-layer low-cylindrical shape, which in the cavity of the umbilical cord forms nodules that have entered a wavy shape under the Amnion epithelium lies a thin basal layer-the basal membrane, which passes into a Homogenic substance of different densities. Below it is a scattered connective tissue and a cubic-shaped peripheric cytotrophoblast, consisting of a thick polymorphadrole eosinophilic cytoplasm, part of which contained transparent cytoplasm and vacuoles. The dense basement of the Amnion shell consists of connective tissue, fibroblasts and reticular cells, which are continued by the attachment of collagen and reticular cells to the chorionic tissue of the connective tissue, specifically the pore.

Beneath the amnion floor is a smooth chorion composed of cells and tissues, pseudobasal membrane, and trophoblast. The smooth chorionic cell is a fibroblast and consists of a double covering epithelium, trophoblast and cytofibroblast that touches the desidual floor. The inner lining epithelium consists of distinct cells that are clearly visible. So, as a result of the examination, we found out that the morphological structure of the hymen and placenta, in particular the amnion cavate, smooth chorion, desidual floor condition, has a direct functional relationship with its condition to the studied areas of the placenta. In addition to the production and absorption function of fetal rock water, the amnion floor epithelium also has the property of releasing substance exchange derivatives, protective and trophic function, production of chorionic gonadotropin. The Desidual plate, in addition to its protective function – also performs pounds such as phagocytic activity, exchange in the mother-placenta-fetal system. This paraplasental exchange between the mother and the placenta indicates a connection between the amnion-cytotrophoblast-desidual cell.

#### **Conclusions.**

1. In a typical child throw, at 8-12 weeks of gestation, a violation of vossina maturation, an increase in involutinal-dystrophic processes is manifested by the accumulation of fibrinoids, terminal vossina sclerosis and accumulation of calcinates, a decrease in the volume of vascularization, the development of an inflammatory reaction in the syncytiocapillary membrane and renal syncytium as a leukocytic and lymphocytic furnace, a violation of the compensatory mechanism.

2. Histological signs of placental insufficiency deficiency are manifested in the form of amniotic, parenchymatous and mixed-type inflammatory development. It is also accompanied by tumor cell stroma, small vossin fibrosis and dystrophic and necrobiotic changes, sluggish vascularization of vossin, non-widespread syncytiocapillary membrane, proliferation of large Hyperchrome syncytial nodular syncytiotrophoblast.

3. As an immunogystochemical primary marker, however, a decrease in CD-34 relative to the norm is assessed as a risk factor.

**UDC 618.1+618.145+618.175**

**Yerkinbek U. M., Jetpishbayeva A. I., Yergaliyeva B. K.**

### **DYSMENORRHEA AS A CLINICAL MANIFESTATION OF ENDOMETRIOSIS IN ADOLESCENTS**

*Scientific supervisor: Assistant of the department, Master Khalmuratova K. Zh.*

*Assistant of the department, Yeszhanova A.A.*

*AIU "Astana Medical University"*

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 of AIU "Astana Medical University", Astana city*

**Actuality:** According to the World Health Organization (WHO) from 24 March 2024, endometriosis is a disease in which tissue resembling the lining of the uterus begins to develop outside its borders. This can lead to intense pelvic pain and make conception more difficult. Endometriosis can occur from the first menstrual period and persist until menopause. [1]

According to recent studies, the average age of onset of the disease is 15.9 years, although there are cases when it manifested itself before the onset of menstruation. In a study of the clinical characteristics of adolescents with endometriosis, it was found that the average age of diagnosis was  $17.95 \pm 1.48$  years, and the first symptoms occurred at 15 years. Notably, 80.9% of them experienced dysmenorrhea, and 66% experienced chronic pelvic pain.

The true prevalence of endometriosis among adolescents remains unclear. Since the symptoms of this disease are not specific, cases of late diagnosis and misdiagnosis often occur. According to the World Health Organization (WHO), early detection of endometriosis occurs between the ages of 10 and 19. In adolescents, the delay in diagnosis can reach 7-12 years. The problem is that in adolescence, the only clinical manifestation is often dysmenorrhea.

What affects the daily life of teenagers and causes discomfort. Dysmenorrhea affects the quality of life of adolescents, which leads to a decrease in their daily activity, poor academic performance, problems with sleep and negative changes in mood, which, in turn, can cause anxiety and depression. The degree to which dysmenorrhea affects daily activities ranges from mild discomfort to severe anxiety.

**Objective:** To study the prevalence of dysmenorrhea among adolescents as a clinical manifestation of endometriosis.

**Material and methods:** A survey was conducted in Astana on dysmenorrhea in the educational institutions "AkzhanAl-Mashani School-Lyceum No. 92" and "TemirbekZhurgenov School-Lyceum No. 70". The survey participants were teenagers aged 11 to 17 years, studying from grade 6 to 11. Also, the questionnaire was posted on social networks to attract teenagers who want to participate in the survey. As a result, the survey participants were students from cities such as Almaty, Aktobe, Shymkent and Kyzylorda. A total of 422 girls completed the survey.

**Results of the study:** The age of girls who completed the questionnaire is distributed as follows: 11 years-45 (10.6%), 12 years-42 (10%), 13 years-75 (17.75%), 14 years-75 (17.75%), 15 years-97 (22.9%), 16 years - 53 (12.6%), 17 years-35 (8.3%). Menstruation began in teenage girls: at 9-10 years old - 7 (1.66%), at 11-12 years old - 233 (55.21%), at 13-14 years old - 102 (24.17%), at 15-16 years old - 12 (2.84%), 17 years old - 2 (0.47%). 84.6% (357) of the 422 participants have already started menstruating, while 15.4% (65) have not yet experienced this process. As mentioned earlier, dysmenorrhea is a common sign of endometriosis among adolescents. Almost half of teenagers experience painful periods. Of these, 57.1% (241) experience discomfort during menstruation, among which 21.1% (89) suffer from constant pain, and 36% (152) experience periodic pain. A small percentage, namely 34.8% (147), experience almost no pain during menstruation. However, it is worth noting that 65.2% (273) of adolescents experienced difficulties and pain at least once during this period, which indicates a significant spread of dysmenorrhea. 64% (270) of women do not use painkillers during menstruation, while 26.5% (112) resort to them. 27.7% (117) face the need to change their usual lifestyle and cancel important activities during menstruation. The regularity of the menstrual cycle should also be taken into account: 67.4% (283) have regular cycles, and 23.1% (97) have irregular ones. Most teenagers do not yet know the exact or approximate time of the onset of menstruation. The volume of menstrual discharge varies: less than 2 pads - 1.2% (5), 2 pads-10.3% (44), 3 pads per day - 39.8% (167), 4 pads - 21.6% (91), more than 4 pads - 17.5% (74). Usually, blood loss during menstruation is from 30 to 50 ml, but it can reach 80 ml. In the first days of heavy discharge, an average of 5-8 pads are required (provided they are properly replaced). In the following days, 3-4 pads per day are enough.

65.9% (278) of adolescents experienced a situation when menstruation appeared on their clothes or bed. Such manifestations or the first menstrual cycle can suddenly take them by surprise and have an impact on their social life. In this regard, we also conducted a survey on how much they were aware of menstruation. 68.5% (289) of respondents were aware of menstruation, while 31.5% (133) did not have complete information on this issue. However, 72.3% (305) responded appropriately to their first

monthly period, and 18.2% (77) experienced anxiety during this period. Adolescents received information about menstruation from various sources: mothers - 78.7% (332), nurses - 35.3% (149), teachers-16.4% (69), doctors-15.6% (66), as well as from other sources (books, Internet, etc.) - 11.8% (50).

In adolescents, dysmenorrhea can occur due to functional disorders in the formation of the menstrual cycle, as well as due to abnormalities in the development of the genital organs, pelvic inflammatory diseases and extragenital diseases. There are many theories and hypotheses about endometriosis. For example, in a early study conducted among girls aged 10 to 19 years, it was found that the first signs can be not only symptoms that occur immediately after the onset of menstruation, but also manifestations in the pre-pubertal period. This has enabled some scientists to come up with alternative theories.[2]

For example, the coelomic metaplasia hypothesis suggests that endometriosis may occur as a result of spontaneous metaplasia of mesothelial cells of the coelomic epithelium. At the same time, the theory of endometrioid-type stem cells indicates that the pathological process can be initiated by the activation of endometrioid stem cells that are located in the endometrial layer or come from the bone marrow. There is also a version that links the development of endometriosis with disorders in the migration of embryonic cells during organogenesis.[3]

In 2013, S. Crispi and his team conducted a study on transcription of endometrioid tissues, studying both ectopic and eutopic endometrium in the same patients. The main objective of the study was to identify the molecular mechanisms associated with endometrioid lesions. The study established a clear link between the expression of the BMP4 and GREM1 genes and the development of endometriosis, which, according to the authors, may indicate a possible link between fetal abnormalities and the occurrence of this pathological condition. In the same year, Brosens and his team hypothesized the potential dissemination of endometrioid stem cells in the pelvic region at the time of sexual crisis in newborns on the first day of life.[4]

Taking into account the presented theories, we decided to include questions about how they developed in the survey. Were there any additional factors that might have affected menstrual function?

According to the collected data, in childhood, 66.3% (279) were breast-fed, 12.6% (53) were bottle-fed, 21% (88) were initially breast-fed, but then switched to bottle-fed within various reasons. The first steps were taken by 1.82% (8) of children aged two years, 84.5% (357) per year, and 13.68% (57) before the age of one year.

Data on childhood infectious diseases were also collected: chickenpox-80.1% (338), rubella-27.3% (115), measles - 27% (114), tonsillitis-23.9% (101), frequent acute respiratory viral infections-29.4% (124), adenoids-18.7% (79), and other infectious diseases - 18.2% (77).

Of the 422 people surveyed, 56 had undergone surgery in childhood, the most common of which was appendectomy. There were also adenoid extractions, umbilical hernia surgeries, and laser interventions on the eardrum. In general, adolescents developed in accordance with age norms, but the impact of previous infectious diseases and breastfeeding conditions cannot be ignored.

**Conclusion:** Taking into account the above data, it can be concluded that dysmenorrhea and its manifestations as a clinical sign of endometriosis remain a significant problem among adolescents in the Republic of Kazakhstan. More than half of teenagers experience painful periods. Of these, 57.1% (241) experience discomfort during menstruation, and 21.1% (89) suffer from constant pain. It is also important to note that 65.2% (273) of adolescents experienced difficulties and soreness at least once during this period. Irregular menstruation and heavy discharge are observed. This, in turn, negatively affects the daily life of adolescents, which leads to the conclusion that the symptoms significantly affect their lives. Given these facts, we intend to continue our research on this topic and find out how it affects the lives of teenagers.

#### **Literature:**

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>, 24 march 2024.
2. Crispi S., Piccolo M.T., D'Avino A., Donizetti A., Viceconte R., Spyrou M., Calogero R.A., Baldi A., Signorile P.G. Transcriptional profiling of endometriosis tissues identifies genes related to organogenesis defects. *J Cell Physiol.* 2013; Vol. 228 (9):1927–34.

3. Brosens I., Benagiano G..Is neonatal uterine bleeding involved in the pathogenesis of endometriosis as a source of stem cells? *FertilSteril.* 2013; Vol. 100 (3): 622–3.
4. Dalsgaard T., Hjordt Hansen M.V., Hartwell D., Lidegaard O. Reproductive prognosis in daughters of women with and with- out endometriosis. *Hum Reprod.* 2013; Vol. 28 (8): 2284–8.
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

UDC 618.333-037-07

**Yusupbaev R.B., Jolimbetov I.P.**

**MATERNAL HEMODYNAMIC ASSESSMENT IN FETAL GROWTH RESTRICTION, RELATIONSHIP BETWEEN MOTHER AND FETUS, EFFICACY OF MOD-MPI**

*Yusupbaev Rustam Bazarbaevich. DSc. Head department of fetal medicine  
Republican specialized scientific practical medical center for maternal and child health, Tashkent,  
Uzbekistan*

**Introduction:** Fetal growth restriction (FGR) poses a significant challenge in clinical practice due to its association with heightened perinatal mortality and morbidity. FGR isn't a distinct disease but rather a manifestation of various potential fetal and maternal conditions, with its underlying pathophysiological processes remaining complex and poorly elucidated. Defective interaction between the trophoblast and uterine tissues, known as suboptimal placentation, leads to inadequate maternal plasma volume expansion, elevated total peripheral resistance, and clinical signs of growth restriction. Studies exploring the link between central hemodynamics and fetal growth in hypertensive and normotensive pregnancies are crucial for understanding these underlying mechanisms.

In the last few years, with the aim of improving fetal follow-up of FGR fetuses beyond EFW and Doppler assessment, several studies have defined echocardiography strategies to monitor fetal cardiac function and detect cardiac dysfunction in the early stages.[1]

Recent findings indicate significant differences in cardiac function among women carrying growth-restricted fetuses with abnormal umbilical artery pulsatility index compared to those with normal fetal growth. These differences include lower heart rate, cardiac output, and left ventricular mass, alongside higher mean blood pressure values and peripheral resistances in the growth-restricted group.

The challenge arises in distinguishing constitutionally small fetuses from those with pathological growth restriction, particularly in cases with normal fetal Doppler measurements. As placental insufficiency worsens in FGR, fetal growth rates decrease, triggering adaptive mechanisms such as increased red cell mass and oxygen extraction. Consequently, progressive alterations in arterial and venous Doppler parameters, biophysical profile score, amniotic fluid volume, and non-stress test results characterize the fetal hemodynamic condition.

FGR presents a substantial clinical challenge due to its association with heightened perinatal mortality and morbidity. Detecting and monitoring FGR during pregnancy are critical for prompt intervention and improved outcomes. Doppler parameters of umbilical artery (UA), middle cerebral artery (MCA), and ductus venosus (DV) are extensively used to evaluate intrauterine fetal safety, reflecting changes in fetal cardiovascular conditions. However, some FGR cases may exhibit normal Doppler flow spectra until adverse perinatal outcomes emerge, necessitating supplementary monitoring parameters. The impaired function of the left ventricle (LV) seen in fetuses with fetal growth restriction (FGR), characterized by abnormal longitudinal strain values (but we couldn't do this study because of our poor opportunity), may be attributed to changes in the heart due to placental insufficiency. Placental insufficiency results in elevated resistance in placental blood vessels and ongoing oxygen deprivation for the fetus. This situation can raise the workload on both the LV and right ventricle (RV), promoting structural alterations in the heart, which may become more rounded and less flexible.[1]

The myocardial performance index (MPI) serves as a noninvasive Doppler-derived indicator assessing global myocardial function and has been shown to be reliable across various fetal cardiac conditions. Studies have linked FGR cases with prenatal adverse cardiac remodeling, emphasizing the potential of MPI in detecting and monitoring FGR. Therefore, our study aims to investigate MPI changes in early- and late-onset FGR cases with different Doppler manifestations and their

association with adverse perinatal outcomes, further affirming MPI's clinical value in FGR detection and monitoring. The aim of this study is to compare the hemodynamic characteristics in normotensive women with fetuses corresponding to gestational age norms and those with fetal growth restriction (FGR) before the onset of clinical pathology. Additionally, we aim to determine the differences in Doppler ultrasound parameters in the umbilical artery, middle cerebral artery, and ductus venosus in FGR fetuses at different stages of pregnancy and establish the relationship between these parameters and adverse perinatal outcomes. Furthermore, we seek to evaluate the effectiveness of Mod-MPI (Modified Myocardial Performance Index) in predicting pregnancy outcomes in cases of fetal growth restriction (FGR).

**Materials and Methods:** Maternal echocardiography was performed in other private clinic, but all patients was examined by the same doctor. But the main study was conducted at the Republican Specialized Scientific Practical Medical Center for Maternal and Child Health

A total of 10 pregnant women were included in the study. This comprised 5 women diagnosed with fetal growth restriction (FGR) and 5 women with normally developing fetuses, serving as the control group. All participants were of similar age and had gestational ages between 27 and 30 weeks. Women with other somatic pathologies were excluded from the study.

Data Collection:

1. Measurement of Mod-MPI:

- Modified myocardial performance index (Mod-MPI) was measured using Doppler ultrasound to assess global myocardial function in both the FGR and control groups. We use:

Mod MPI = (IVCT+IVRT)/ET; MCO = IVCT+IVRT+ET [2] ET = ejection time; IVCT = isovolumetric contraction time; IVRT = isovolumetric relaxation time; LA = left atrium; LV = left ventricle; MCO = mitral valve closing and open time; MPI = myocardial performance index; RA = right atrium; RV = right ventricle [2,5]

2. Maternal Echocardiographic Parameters:

- Echocardiographic parameters of the mothers, including cardiac output, heart rate, left ventricular mass, and peripheral resistances, were recorded using standard echocardiography techniques.

3. Comparison of Pregnancy Outcomes:

- Pregnancy outcomes, including mode of delivery (vaginal delivery or cesarean section) and neonatal outcomes, were compared between the FGR and control groups.

- Comparative analysis between the FGR and control groups was performed

Echocardiography. The transverse four chamber view with an apical or bottom heart was obtained for MPI Doppler measurement that clearly demonstrated the opening and closing of both the mitral and the aortic valves. The Doppler sample size was adjusted as 3–4 mm to include both internal leaflet of mitral valve (MV) and aortic valve (AV). The Doppler sweep velocity was set as 600 Hz, scale as 55 cm/s, and wall motion filter as 100 Hz. Isovolumetric contraction time (IVCT), isovolumetric relaxation time (IVRT), and ejection time (ET) were measured, and MPI was calculated as (IVCT+IVRT)/ET manually by us because of low amount of patients.

**Results:** 1. Association between Fetal Growth Restriction (FGR) and Maternal Cardiovascular Maladaptation:

- Maternal cardiovascular maladaptation was significantly associated with the occurrence of FGR. This was evidenced by reduced maternal plasma volume expansion, increased total peripheral resistance, and altered cardiac function in women with growth-restricted fetuses compared to those with normal fetal growth.

2. Cardiac Function in Growth-Restricted Fetuses:

- Women with growth-restricted fetuses and abnormal umbilical artery pulsatility index (PI) exhibited significant differences in cardiac function compared to those with normal fetal growth. Parameters such as heart rate, cardiac output, left ventricular mass, mean blood pressure values, and peripheral resistances were notably altered in the growth-restriction group.

3. Doppler Ultrasound Parameters and FGR Monitoring:

- Doppler parameters of umbilical artery (UA), middle cerebral artery (MCA), and ductus venosus (DV) were evaluated extensively for monitoring FGR during pregnancy. Although some FGR fetuses showed normal Doppler flow spectra in these vessels, adverse perinatal outcomes emerged later,

highlighting the need for effective supplementary parameters for FGR monitoring. These findings underscore the importance of early detection and monitoring of FGR during pregnancy and suggest Mod-MPI as a valuable parameter for predicting adverse outcomes in FGR cases. Further discussion and analysis of these results are warranted to better understand their implications for clinical practice and patient care.

Indicators	Normal fetus pregnancy (n = 5)	Pregnancy with FGR (n = 5)
Main hemodynamic parameters		
CO (L/min)	5.3	4.4
CI (L/min/m <sup>2</sup> )	3.1	2.6
Indices of diastolic function		
Left atrial volume (mm <sup>3</sup> )	37.5	36.1
Left atrial index (mm <sup>3</sup> /m <sup>2</sup> )	21.2	20.3
<i>Indices of cardiac remodeling</i>		
LVM (g)	141.3	127.1
LVMi (g/m <sup>2</sup> )	75.9	71.2
RWTp (cm)	0.37	0.35

**Table 1.** Maternal hemodynamic parameters comparison. CI – cardiac index; CO – cardiac output; LV – left ventricular; LVM – left ventricular mass; LVMi – left ventricular mass index; RWTp – relative posterior wall thickness;

#### 4. Myocardial Performance Index (Mod-MPI) as a Predictive Parameter:

- Mod-MPI, a noninvasive Doppler-derived indicator of global myocardial function, was found to be significantly increased in FGR cases compared to normal fetal growth. Its effectiveness in predicting adverse perinatal outcomes in FGR cases was assessed, showing promising results for its potential clinical utility.

Our study, conducted at the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center for Maternal and Child Health, aimed to investigate the impact of fetal growth restriction (FGR) on maternal hemodynamic parameters and pregnancy outcomes. We enrolled 5 women with FGR and 5 women with normally developing fetuses, all of similar age and gestational age ranging from 27 to 30 weeks. Women with other somatic pathologies were excluded from the study to ensure a more homogeneous sample. Authors of some cases said FGR is significantly and independently associated with most maternal hemodynamic parameters, poor cardiovascular adaptation in pregnant women with FGR.[3]

**Conclusion:** Our findings shed light on several key aspects of maternal cardiovascular adaptation in the context of FGR. Firstly, we observed significant differences in Mod-MPI, echocardiographic parameters, and pregnancy outcomes between women with FGR and those with normal fetal growth. In terms of Mod-MPI, our results indicated that FGR fetuses had lower and impaired cardiac function compared to normally developing fetuses. This aligns with previous studies suggesting that reduced oxygen and nutrient supply to the fetus, along with increased placental resistance and chronic cardiac afterload, contribute to disrupted cardiomyocyte growth in FGR cases.

Echocardiographic parameters further revealed distinct patterns between the two groups. Specifically, women with FGR exhibited lower cardiac output and left ventricular mass, along with higher mean blood pressure values and peripheral resistances. These findings underscore the impact of FGR on maternal cardiovascular function and highlight the importance of monitoring maternal hemodynamics in high-risk pregnancies.

Furthermore, our analysis of pregnancy outcomes revealed significant differences between the FGR and control groups. Women with FGR experienced higher rates of adverse outcomes, including prematurity, respiratory distress syndrome, and necrotizing enterocolitis, emphasizing the clinical relevance of early detection and management of FGR.

Overall, our study contributes to the growing body of evidence regarding the complex interplay between fetal growth restriction and maternal cardiovascular adaptation. By elucidating the physiological changes associated with FGR, our findings may inform clinical practice and guide the development of targeted interventions aimed at improving pregnancy outcomes in high-risk

populations. Further research is warranted to explore the underlying mechanisms driving these observed differences and to evaluate the effectiveness of interventions aimed at optimizing maternal and fetal health in cases of FGR.

Some authors said the utility of the Mod-MPI in fetuses with FGR and found no between group differences in the measurements in the FGR group and healthy control group, because of the small number of our cases, they also could not claim the opposite, others said Mod-MPI could be used to predict adverse perinatal outcome of FGR fetuses.

In conclusion, our study conducted at the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center for Maternal and Child Health provides valuable insights into the impact of fetal growth restriction (FGR) on maternal hemodynamics and pregnancy outcomes. Through comprehensive analysis of Mod-MPI, echocardiographic parameters, and pregnancy outcomes in women with FGR compared to those with normal fetal growth, we have highlighted the significant implications of FGR on maternal cardiovascular function and obstetric outcomes.

Our findings underscore the importance of early detection and monitoring of FGR, particularly in high-risk populations, to mitigate adverse pregnancy outcomes. The observed differences in Mod-MPI and echocardiographic parameters between women with FGR and those with normal fetal growth suggest potential avenues for clinical intervention and management strategies aimed at optimizing maternal and fetal health.

Furthermore, our study contributes to a deeper understanding of the complex interplay between FGR and maternal cardiovascular adaptation, shedding light on the pathophysiological mechanisms underlying this condition. By elucidating these mechanisms, our findings may pave the way for the development of targeted interventions aimed at improving outcomes for women with FGR and their offspring.

Overall, our study highlights the need for continued research into the etiology, diagnosis, and management of FGR to enhance our ability to identify at-risk pregnancies early and implement effective interventions to optimize maternal and fetal health outcomes. Through collaborative efforts between clinicians, researchers, and policymakers, we can work towards reducing the burden of FGR and improving the long-term health outcomes of affected individuals.

#### **REFERENCES:**

1. Carla Dominguez-Gallardo, Nuria Ginjaume-Garcia, Johana Ullmo. Longitudinal Behavior of Left-Ventricular Strain in Fetal Growth Restriction. *Diagnostics* 2023, 13, 1252.
2. Lina Zhang MD, Jijing Han MDA, Na Zhang MD, Assessment of fetal modified myocardial performance index in early-onset and late-onset fetal growth restriction. *Echocardiography*. 2019; 36:1159–1164.
3. Di Martino, E. Ferrazzi, M. Garbin, Multivariable evaluation of maternal hemodynamic profile in pregnancy complicated by fetal growth restriction: prospective study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 54: 732–739.
4. Rabia Merve Palalioglu, Halil Ibrahim Erbiyik, Basak Kaya, Huseyin Kiyak, Ali Gedikbasi. Investigation of fetal cardiac function using tissue doppler imaging in fetuses compromised by growth restriction. *Ginekologia Polska* 2021, vol. 92, no. 3.
5. Doğa Fatma Ocal, Kadriye Yakut, Filiz Halıcı Utility of the modified myocardial performance index in growth-restricted fetuses. *Echocardiography*. 2019;00:1–6.

**УДК 618.14-006.36-08**

**Алджанова М.Д.**

### **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ**

*Ассистент к.м.н*

*Научный руководитель: Х.Ф.БАГИРОВА - доктор медицинских наук, профессор  
Азербайджанский медицинский университет II-кафедра акушерства и гинекологии.  
Баку, Азербайджан.*

**Актуальность.** Миома матки является гормонозависимым поражением с центральной ролью стероидных гормонов – эстрогенов, прогестерона и их рецепторов в характере роста и дифференцировки гладкомышечной ткани. Несмотря на значительное увеличение числа научных и клинических исследований, посвященных различным аспектам миомы матки, все еще остается высоким удельный вес этой патологии в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости. По современным эпидемиологическим данным в индустриально развитых странах миома матки встречается у 20-30% женщин, достигших детородного возраста.

**Цель исследования-** провести сравнительную оценку эффективности и безопасности адъювантной фармакотерапии путем применения селективного модулятора прогестероновых рецепторов (Эсмия) и левоноргестрел-релизинг-системы (Мирена), как метода профилактики послеоперационных рецидивов миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

#### **Задачи исследования**

1. Изучить клиничко-anamнестические данные, частоту и характер экстрагенитальной и сочетанной гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста с миомой матки.

2. Провести анализ результатов клиничко-лабораторного и инструментального обследования женщин репродуктивного возраста с миомой матки.

3. Провести сравнительную оценку эффективности и переносимости препарата Эсмия и ЛНГ-ВМС Мирена в адъювантной терапии после хирургического лечения миомы матки.

4. Оценить результаты адъювантной фармакотерапии, как современного метода лечения и профилактики послеоперационных рецидивов миомы матки.

Результаты наших исследований в отношении анамнеза обследованных больных согласуются с литературными данными, свидетельствующими о том, что в развитии миомы матки существенная роль принадлежит нарушению нормальных нейро-гормональных взаимоотношений в организме женщины, нарушению менструальной и генеративной функции, частым воспалительным заболеваниям придатков матки, общим инфекционным заболеваниям

Таким образом, по результатам наших исследований установлено, что на репродуктивную функцию пациенток с миомой матки негативное влияние оказывают следующие клиничческие факторы: аномальные маточные кровотечения в виде обильных и болезненных менструаций, наследственная предрасположенность, сопутствующие экстрагенитальные заболевания (заболевания сердечно-сосудистой системы в частности).

#### **Выводы**

1. На репродуктивную функцию пациенток с миомой матки негативное влияние оказывают следующие клиничческие факторы: аномальные маточные кровотечения в виде обильных (61,4%) и болезненных (70,0%) менструаций, наследственная предрасположенность (31,4%), сопутствующие экстрагенитальные заболевания (вегетососудистая дистония – 25,7%, анемия – 24,3%), избыточная масса тела (27,1%), ожирение (I степень - 31,4%, II-III степень – 24,3%).

2. Миома матки вызывает репродуктивные проблемы и у 65,6% пациенток приводит к бесплодию. Факторами риска репродуктивных проблем при миоме матки являются: умеренный (70,0%) и быстрый (20,0%) рост опухоли, возраст пациентки старше 35 лет, сочетание миомы матки с дисфункцией яичников (21,7%), кольпитом (10,0%), эктопией шейки матки (4,3%).

3. По данным УЗИ у 72,8% больных была выявлена множественная миома матки, у 27,2% – единичный миоматозный узел. Размеры миоматозных узлов колебались от 14 до 140 мм. Миоматозные узлы располагались по передней (34,3%) и задней (38,6%) стенкам матки, в 7,1% - на дне матки, в 21,4% - по правой боковой стенке, в 27,1% - по левой боковой стенке. По результатам цветового доплеровского картирования установлено, что линейная скорость кровотока по периферии узлов ( $46,8 \pm 2,7$  см/сек) была выше, чем в центре узла ( $21,4 \pm 1,8$  см/сек); в центральной зоне миоматозных узлов значения индекса резистентности были ниже ( $0,48 \pm 0,21$ ) по сравнению с периферической зоной ( $0,55 \pm 0,14$ ).

4. Проведение адъювантной терапии после энуклеации миоматозных узлов показало, что препарата Эсмия способствует уменьшению объема матки на 15,8%, достоверному

увеличению индекса резистентности, восстановлению миометрия у 100,0% больных, снижению уровня эстрадиола – в 3,6 раза, снижению уровня пролактина в 1,2 раза, повышению уровня прогестерона в 2,1 раза. Применение ЛНГ-ВМС «Мирена» способствует уменьшению объема матки на 13,4%, достоверному увеличению индекса резистентности, восстановлению миометрия у 97,1% больных, снижению уровня эстрадиола – в 2,5 раза, снижению уровня пролактина в 1,1 раза, повышению уровня прогестерона в 2,0 раза, а также способствует достоверному уменьшению толщины эндометрия.

УДК 616-006.88: 618.16-002.181

Ахмедова Мутлюба Олимхон кизи  
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЧ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ  
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ**

*Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр здоровья матери и ребенка»  
Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Внедрение в клиническую практику генотипирования ВПЧ у пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией шейки матки.

В последнее десятилетие пристальное внимание ученых приковано к проблеме цервикальных интраэпителиальных неоплазий шейки матки, или плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (squamous intraepithelial lesion – SIL), представляющих собой патологический процесс, при котором в толще многослойного плоского эпителия ШМ появляются клетки с различной степенью атипии и нарушением дифференцировки.

Данные общемировой статистики относительно частоты встречаемости цервикальной интраэпителиальной неоплазии различной степени тяжести внушают тревогу. Установили, что ежегодно в мире диагностируется около 30 млн новых случаев CIN слабой степени (CIN I) и более 10 млн случаев CIN II–III. Более благополучная ситуация отмечается сегодня в США, развитых странах Европы и Азии. Однако даже там имеет место отчетливая тенденция к росту диагностированных CIN шейки матки.

Известным является факт, что CIN различной степени тяжести предшествуют развитию инвазивного РШМ, который попрежнему остается одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований женщин, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Как известно, ВПЧ высокого онкогенного риска является ведущим этиологическим фактором развития инвазивного РШМ и предшествующих ему CIN. Существует две формы папилломавирусной инфекции (ПВИ): продуктивная, при которой ДНК вируса находится в инфицированной клетке в свободной эписомальной форме, и интегративная, или трансформирующая, при которой ДНК вируса встраивается в геном инфицированной клетки, утрачивая свою индивидуальность.

**Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN)** – это группа заболеваний, характеризующихся нарушением созревания, дифференцировки клеток эпителия в результате пролиферации камбиальных элементов с развитием их атипии, утратой полярности и нарушением гистоструктуры.



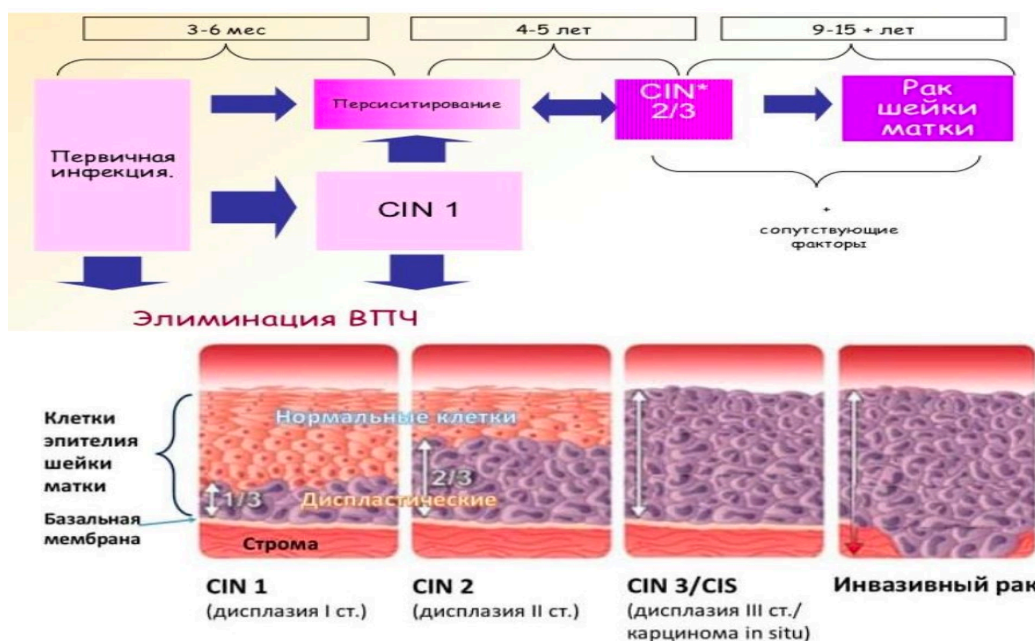
Цервикальные интраэпителиальные неоплазии инициируются персистирующей инфекцией, вызванной ВПЧ ВКР, которая поддерживает прогрессию повреждений до инвазии. CIN I характеризуется высокой вероятностью регрессии и не относится к предраку шейки матки, небольшая

часть CIN I переходит в CIN II-III - истинные предраковые поражения. Возможно развитие CIN II-III без формирования CIN I.

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии предшествуют развитию РШМ на протяжении нескольких лет и даже десятилетий.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Главным этиологическим фактором развития CIN и РШМ является ВПЧ ВКР - 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 типы. ВПЧ представляют собой широко распространённую и вариабельную группу вирусов, поражающих эпителий кожи и слизистых оболочек и обладающих онкогенным потенциалом.



## КЛАССИФИКАЦИЯ

### ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

N87	<i>Дисплазия шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия), исключена карцинома in situ шейки матки (D06)</i>
N87.0	<i>Слабая цервикальная дисплазия, цервикальная интраэпителиальная неоплазия I степени (CIN I). Низкая степень плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (LSIL)</i>
N87.1	<i>Умеренная цервикальная дисплазия, включена цервикальная интраэпителиальная неоплазия II степени (CIN II)</i>
N87.2	<i>Выраженная цервикальная дисплазия, не включенная в другие уточненные группы болезней, исключена цервикальная интраэпителиальная неоплазия III степени (CIN III) с и без указания на выраженную дисплазию и карциному in situ шейки матки (D06)</i>
N87.9	<i>Цервикальная дисплазия неуточненная</i>

**Классификация Папаниколау:**

➤ **1-й класс** — нормальная цитологическая картина (отрицательный результат);

- **2-й класс** — изменение морфологии клеток, которое обусловлено воспалением во влагалище и (или) шейке матки;
- **3-й класс** — единичные клетки с аномалией ядер и цитоплазмы (подозрение на злокачественное новообразование);
- **4-й класс** — отдельные клетки с явными признаками озлокачествления;
- **5-й класс** — много типично раковых клеток (злокачественное новообразование).

**Гистологическая классификация R. M. Richart (1968) в зависимости от глубины поражения поверхностного клеточного слоя шейки матки:**

- **CIN I** (дисплазия слабой степени) — признаки папилломавирусной инфекции (койлоцитоз и дискератоз). Поражение до 1/3 толщины клеточного пласта;
- **CIN II** (дисплазия средней степени) — поражена 1/2 толщины клеточного слоя;
- **CIN III** (дисплазия тяжелой степени и преинвазивный рак) — поражение занимает более 2/3 клеточного слоя или всю его толщину, но инвазия в подлежащую строму отсутствует.

**Согласно Международной гистологической классификации ВОЗ 2014 г. плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (SIL) подразделяют на:**

- **LSIL** - внутриэпителиальное поражение плоского эпителия легкой степени;
- **HSIL** - внутриэпителиальное поражение плоского эпителия тяжелой степени.

**Классификация Бетесда (Terminology Bethesda System, TBS) в настоящее время является общепринятой цитологической классификацией заболеваний шейки матки.**

**Основные категории классификации Bethesda System:**

**Для оценки плоского эпителия шейки матки:**

- **NILM** - negative for intraepithelial lesion or malignancy - интраэпителиальные поражения и злокачественные процессы отсутствуют;
- **ASC** - atypical squamous cells - плоскоклеточные клетки с подозрением на атипию;
- **ASC-US** - atypical squamous cells undetermined significance - плоскоклеточные атипичные клетки неопределённого значения (клеточные изменения, которые более значимы, чем реактивные, но количественно или качественно недостаточны для установления диагноза CIN);
- **ASC-H** - atypical squamous cells cannot exclude HSIL – атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить HSIL (категория, занимающая среднее положение между ASC-US и HSIL);
- **LSIL** - low-grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени. LSIL включает койлоцитоз (ВПЧ инфекцию), CIN I (слабую дисплазию) и кондиломы шейки матки;
- **HSIL** - high grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени. HSIL включают CIN II (умеренную дисплазию), CIN III (тяжелую дисплазию) и преинвазивный рак (CIS);
- **CIS** - carcinoma in situ - инвазивная плоскоклеточная карцинома.

Исследование проведено у 311 пациенток с интраэпителиальными неоплазиями шейки матки различной степени тяжести в возрасте 30-59 лет в научно-консультативной поликлинике «Семья и брак», ГУ РСНМЦОЗМиР

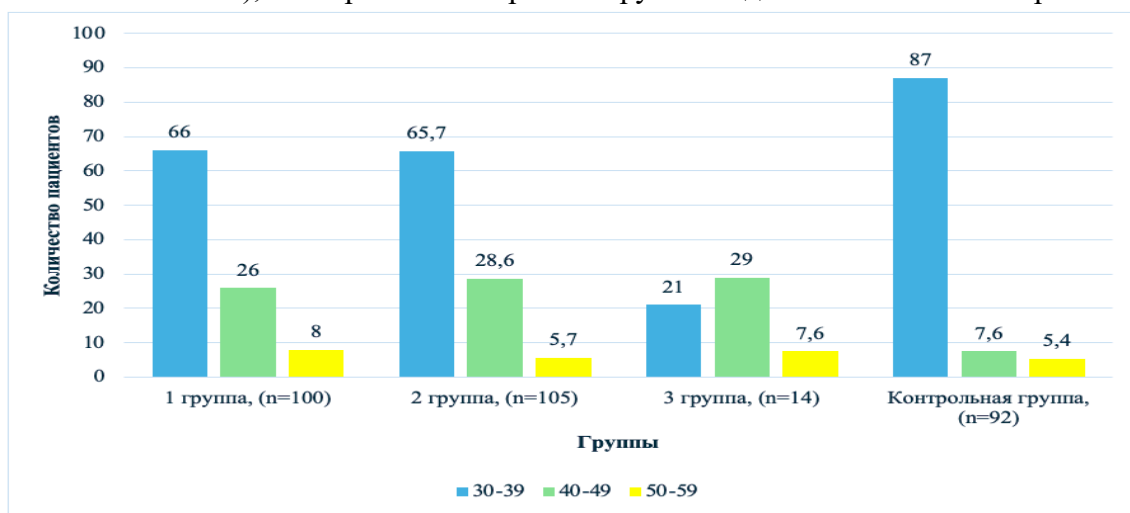


В исследование были включены 311 женщины, в возрасте от 30 до 59 лет (средний возраст 41,6±0,5 года). Основную группу составили 219 женщины с цервикальной интраэпителиальной неоплазией различной степени тяжести. Критериями включения явились: ВПЧ позитивные женщины с CIN цервикальной интраэпителиальной неоплазией различной степени тяжести, рак шейки матки. Критериями исключения явились: послеродовой период, нарушения функции почек, печени и легких, в стадии декомпенсации, кровотечение из половых органов, наличие психоневрологических заболеваний, беременность, онкологические заболевания.

Основная группа разделена на три группы: в первую группу вошли 105 пациенток с CIN2 и носительством ВПЧ; во вторую подгруппу вошли 100 пациенток с CIN 2 и отрицательным результатом скрининга на ВПЧ; третью подгруппу составили 14 пациенток с CIS. В группу контроля вошли 92 пациентки без морфологических изменений шейки матки.

### Возрастной состав обследованных женщин

Распределение участников по возрастным категориям в трех исследуемых и контрольной группах показывает, что в первой и второй группах наибольшую долю составляют пациенты в возрасте 30-39 лет, охватывающие около двух третей выборки (66% и 65,7% соответственно). В третьей группе возрастная структура смещена в сторону более старшей категории, где половина участников (50%) находится в возрастном диапазоне 50-59 лет. В контрольной группе также доминирует категория 30-39 лет, представляя подавляющее большинство участников (87%). Пациенты в возрасте 40-49 лет составляют меньшую часть выборки во всех группах, с наибольшей долей во второй группе (28,6%) и наименьшей — в контрольной группе (7,6%). Возрастная группа 50-59 лет представлена минимально в первой и второй группах (8% и 5,7% соответственно), в то время как в третьей группе её доля значительно возрастает.



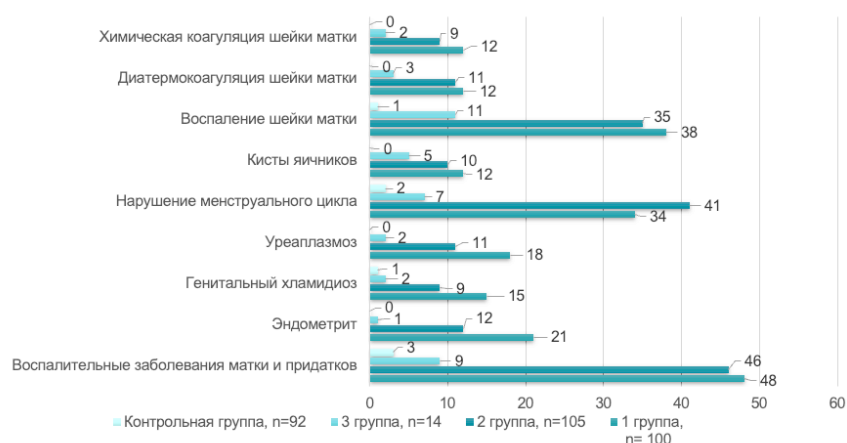
### Возраст наступления менархе (M±m), %.

Так же в процессе сбора анамнеза собирались данные по поводу возраста наступления менархе у обследованных женщин.

Возраст	1 группа, n= 100		2 группа, n=105		3 группа, n=14		Контрольная группа, n=92	
	n	%	n	%	n	%	n	%
12-14 лет	77	77±5,3	94	89,5±4,3	6	43±28,0	72	78±6,4
После 15 лет	23	23±4,2	11	10,5±2,9	8	57,1±13,2	20	22±1,8

Установились сразу	16	16±3,7	13	12,4±3,2	6	43±13,2	85	92,4±2,8
Установились в течение 1 года	84	84±3,7	92	87,6±22,6	8	57,14±13,2	7	8±2,8
скудные	-	-	-	-	-	-	-	-
обильные	5	5±2,2	10	9,5±2,9	9	64,3±12,8	43	46,74±5,2
умеренные	95	95±4,3	95	91±3,5	5	35,7±23,2	49	53,3±5,2

### Сведения о перенесенной гинекологической патологии (M±m), %



### Структура перенесенной бактериально-вирусной инфекции (M±m), %

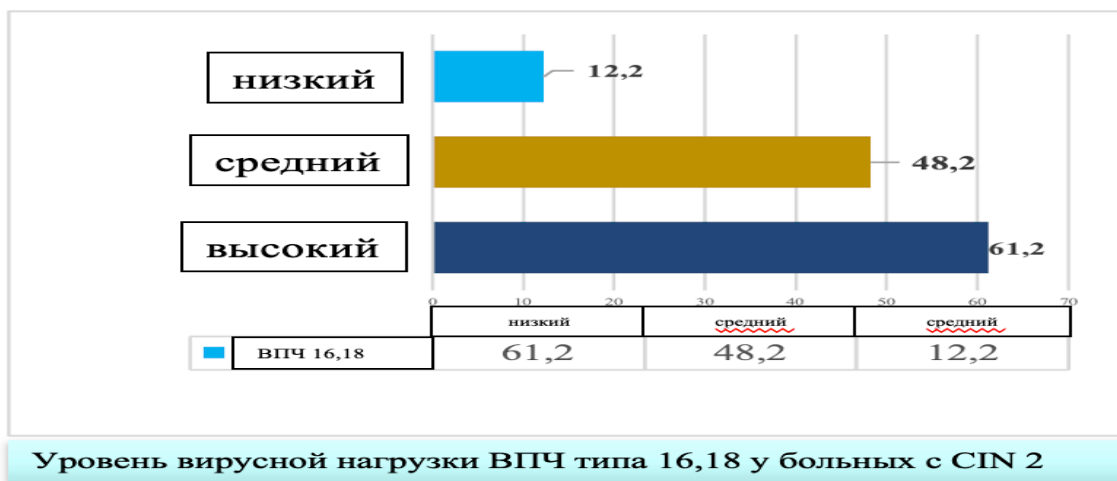
Касалликлар	1 гурух, n= 100		2 гурух, n=105		3 гурух, n=14		Назорат гурухи, n=92	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Не обнаружено	2	42±4,9*	-	-	8	57,14±13,2*	-	-
ВПЧ	-	-	105	100±0	-	-	-	-
ВПГ	8	8±2,7	5	5±2,1	2	14,29±9,3	-	-
Хламидии	14	14±3,5	16	15±3,5	1	7,14±6,9	-	-
Гарднерелла	6	6±2,4	12	11±3,1	1	7,14±6,9	-	-
Микоплазма	2	2±1,3	7	7±2,5	2	14,29±9,3	-	-
Уреоплазма	46	46±4,9*	48	46±4,9*	5	35,71±12,8*	3	3,26±1,8

### Структура кольпоскопических признаков (M±m), %

Заболевания	Основная группа, n= 205	Контрольная группа, n=92	Заболевания	Основная группа, n= 205
1	Нормальные кольпоскопические состояния			
	Оригинальный МПЭ	-	15	16,3±3,9
	Эктопия	-	14	15,2±3,7
	Нормальная зона трансформации	-	90	98±1,4

<b>2</b>	Атипические кольпоскопические состояния	205	100±0		
<b>А</b>	В трансформации:	-	-		
	Ацетобелый эпителий	152	74±3,34	-	
	Лейкоплакия (нежная, грубая)	45	22±2,9	-	
	Пунктуация (нежная, грубая)	38	19±2,7	-	
	Мозаика (нежная, грубая)	55	27±3,1	-	
	Йоднегативные зоны	180	82±2,8	-	
	Атипические сосуды	53	26±3,1	-	
<b>Б</b>	Вне зоны трансформации:	-	-		
	Ацетобелый эпителий	113	55±3,6	-	
	Лейкоплакия	45	22±2,8	-	
	Пунктуация	95	46±3,5	-	
	Мозаика	48	23±2,9	-	
	Йоднегативные зоны	183	89±2,6	-	
	Атипические сосуды	70	34±3,3	-	
<b>3</b>	Carcinoma in situ	-	-	-	
<b>4</b>	Неудовлетворительные кольпоскопические состояния		-		
	Стык МПЭ и ЦЭ не визуализируется	135	66±3,5	-	
	Эктропионы	93	45±3,5	-	
	Истинные эрозии	18	9±2,0	-	
	другие (смешанные) картины	-	-	-	
	кондиломатоз НПО	192	94±1,6	-	
<b>5</b>	Папилломатоз НПО	-	-	-	
	Лейкоплакия НПО	-	-	-	





Уровень вирусной нагрузки ВПЧ типа 16,18 у больных с CIN 2

По результатам гистологического исследования у этих женщин выявлена умеренная дисплазия плоского эпителия (МПЭ) шейки матки. Хронический цервицит. Отмечалось большое количество эпидермизирующихся желестного эндоцервикоза шейки матки. При проведении ПЦР на выявление ВПЧ у 105 женщин был положительный ВПЧ, а у остальных 100 женщин этот показатель отсутствовал.

У 105 больных с диагнозом ЦИН II ПВЧ наиболее часто встречались 16 (40,7%) и 31 (13,3%) типы. По нашим данным, наблюдается значительное преобладание группы ИПВ А9. Кроме того, было обнаружено, что группы А5/А6 чаще встречаются при ЦИН II.

#### Заключение:

1. Пациенты с ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазией характеризуются преобладанием ВПЧ 16 типа: 69% высокоградиентных поражений (CINII), на долю других типов поражений ВПЧ приходится 12%. Уровень вирусной нагрузки ВПЧ онкогенного риска (тип 16,18) влияет на степень поражения. Высокая нагрузка (61,2%) преобладает при CINII, увеличение частоты средней (48,2%) и низкой (12,2%) нагрузки статистически значимо при CINII.
2. Поражения шейки матки, ассоциированные с ВПЧ, характеризуются высоким клинико-кольпоскопическим индексом при CIN II.
3. Исследование структуры кольпоскопических признаков у пациенток с ЦИН, связанной с ВПЧ, имеет важное значение для диагностики, выбора стратегии лечения и прогнозирования. Полученные данные могут быть полезны для улучшения клинической практики, разработки новых диагностических и терапевтических подходов, а также для дальнейших исследований в области женского здоровья и онкологии.

УДК-618.1-089

### Баубекова А.Ш., Қайсарбек К.М., Аманкелді Л., Рахимов Б.Е. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ПО РУБЦУ

*Кафедра акушерства и гинекологии №1, НАО «Медицинский университет Астана»,  
г.Астана, Казахстан. ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница № 1»  
г. Астана, Казахстан*

**Актуальность:** Во всем мире наблюдается увеличение частоты кесарева сечения. В нашей стране этот показатель ежегодно увеличивается на 1% и составляет в настоящее время более 20% от общего числа родов. Имплантация по рубцу после кесарева сечения – редкая форма эктопической беременности. Частота эктопической беременности в настоящее время составляет 1—2% от всех исходов беременность. Доля таких беременностей в структуре показателя материнской смертности занимает 6—7-е место и колеблется от 2,9 до 4,7%. Сложность диагностики, смазанность клинических симптомов, внезапность развития смертельных осложнения характеризуют все формы внематочной беременности. Хотя

имплантации по рубцу встречаются редко, сообщается об увеличении числа случаев из-за таких факторов риска, как высокая частота кесарева сечения хронических воспалительных заболеваний матки и более широкое использование вспомогательных репродуктивных технологий для лечения бесплодия, а также совершенствования методов диагностики, способствующих ранней постановке этого диагноза [1,2,3].

**Цель:** Проведение селективной двусторонней эмболизации маточных артерий и изучение эффективности лечения имплантации по рубцу после кесарева сечения методом ЭМА для сохранения репродуктивной функции.

**Методы:** В статье представлены 2 клинических случая с редко встречаемым диагнозом, как беременность имплантированная по рубцу после кесарева сечения. Для сохранения фертильности использовалась эмболизация маточных артерий, а также проведена оценка эффективности лечения. Нами были рассмотрены данные литературных источников по теме диагностики и лечения имплантаций по рубцу.

**Результаты:** При проведении УЗИ органов малого таза мы ориентировались на васкуляризацию трофобластической области, определяемую при доплеровском исследовании (максимальная систолическая скорость >20 см/с, пульсационный индекс < 1,0). Диагноз беременности подтверждался определением уровня ХГЧ в крови, который варьировался от 12 000 до 36 000 МЕ/мл. [4,5]

Через двое суток после проведения эмболизации маточных артерий (ЭМА) обеим пациенткам в операционной выполнили гистерорезектоскопию, удаление плодного яйца, выскабливание цервикального канала и полости матки. Интраоперационная кровопотеря до 20мл. Интра- и послеоперационные осложнения отсутствовали. Пациентки были выписаны на четвёртые сутки в удовлетворительном состоянии и переданы под наблюдение врача женской консультации. При выписке в динамическом наблюдении было отмечено снижение уровня ХГЧ в крови до подпороговых значений в течение 7–15 дней.

**Заключение:** Таким образом, применение селективной эмболизации маточных артерий в сочетании с гистерорезектоскопией представляет собой безопасный и малотравматичный метод лечения пациенток с имплантацией по рубцу, позволяющий избежать травмирующей гистерэктомии и сохранить фертильность у пациенток репродуктивного возраста. [6,7]

Своевременная диагностика с помощью раннего УЗИ органов малого таза, позволит снизить вероятность тяжелого, угрожающего жизни кровотечения, перфорации матки и персистенции хориона

#### **Литература:**

1. Липатов И. С., Тезиков Ю. В., Блюмина И. З., Зубковская Е. В., Севостьянова С. А., Мартынова Н. Сохранение репродуктивной функции при шейной беременности с применением эмболизации маточных артерий // Журнал современных проблем науки и образования. -2016.-№ 6. С-5-12;
2. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А., Пучкова Н.В., Земскова Н.Ю., Торобаева М.Т. Беременность в рубце после кесарева сечения: возможности хирургической коррекции. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20(6):65-70.
3. Манухина Т.Б. Особенности ультразвуковой диагностики и лечебной тактики при ведении пациенток с беременностью в рубце после кесарева сечения. // Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2012;2:3:95-99.
4. Селихова Марина Сергеевна, М. А. Яхонтова, Е. С. Зверева. Современные подходы к ведению больных с шейной беременностью // Вестник ВолГМУ. 2019. №4 (72). Б136-139.
5. Адамян Л.В., Чернова И.С., Козаченко А.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности // Технологии XXI века в гинекологии. Сборник материалов XXI Международного конгресса. — М., 2008. — С. 177-178.
6. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy Green-top Guideline No.21. RCOG/ AEPU. Joint Guideline, 2016. 41 p.
7. Timor-Tritsch IE, et al. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology. 2012;207:1:44.e1-e13.

**Бекбаулиева Г. Н., Эшмурадова С. Ш., Нигматова Н.М.**  
**КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ**  
**БЕРЕМЕННОСТИ**

*Научный руководитель: Бекбаулиева Г.Н., д.м.н., доцент*

*Кафедра акушерства и гинекологии. Ташкентская медицинская академия, Ташкент*

**Актуальность.** Невынашивание беременности создает не только медицинскую, но и социальную проблему для семьи и государству, так как потеря беременности лишают женщину счастья материнства, причиняет тяжёлую психоэмоциональную травму, даже порою распаду семьи. Особенно актуальность обостряется при наличии в анамнезе нескольких самопроизвольных выкидышей. В связи с этим, поиск причин невынашивания беременности в ранние сроки находятся в эпицентре внимания акушеров-гинекологов [1,2,3,4]. Известно, что нарушение механизмов регуляции в раннем сроке рассматривается в качестве отправной точки будущего благополучия или неблагополучия.

В связи с этим комплексный анализ клинических факторов риска невынашивания в ранних сроках беременности остается одной из задач разумное решение которого приведет к нивелированию перинатальных потерь.

**Целью исследования** интегрированная оценка факторов риска невынашивания беременности.

**Материалы и методы исследования.** Проводилось ретроспективное исследование женщин с невынашиванием беременности у пациенток №8 родильного комплекса г. Ташкент, где в I основную группу было включено 166 женщин, у которых последняя беременность завершилась самопроизвольным выкидышем. II группа (контроль) – 100 женщины с физиологическим течением беременности и со срочными родами.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ данных анамнеза показал, что в 30,1% случаев данный самопроизвольный выкидыш был повторным. Кроме того, на 100 обследуемых женщин приходилось 21,7±3,2 искусственных абортов (что значительно выше официальных данных), причем 38,0-39,0% абортов были проведены в связи с неразвивающейся беременностью. У 36,7±3,8% женщин выкидыш произошел при первой беременности, что в определенной степени связано с худшим состоянием их здоровья и незавершенностью полового развития при более раннем вступлении в брак. Так, по данным нашего исследования 41,5%, вступали в брак до 20 лет, в том числе 2,8% до 18 лет.

Самопроизвольному выкидышу последней беременности предшествовали срочные роды в 31,9% случаев, у 8,4% всех женщин – бесплодие. У остальных же данный выкидыш произошел на неблагоприятном акушерском фоне, то есть предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, искусственным абортom, преждевременными родами. Следовательно, неблагоприятный акушерский анамнез является существенным фактором риска самопроизвольного прерывания беременности, поэтому полноценно собранный анамнез позволит раньше начать превентивное лечение женщин.

Таким образом, согласно анамнезу, данный выкидыш был связан с разными признаками (в среднем с 1,3 причиной на 1 женщину).

В дальнейшем проведя группировку причин, нами выявлены определенные закономерности. Так, чаще всего самопроизвольный выкидыш связан с наличием соматической патологии: (у 35,3±6,2%), а среди них более, чем в половине случаев – с перенесенной во время беременности ОРВИ. На 2-м месте выкидыш связан с акушерско-гинекологическим анамнезом (28,0±4,3%). Следовательно, ВОП и акушерам-гинекологам, следует больше уделять внимания диагностике и своевременному лечению соматической и гинекологической патологии при ежегодных профосмотрах женщин активного фертильного возраста и особенно при взятии беременных на учет.

Значимость клинических факторов в самопроизвольном абортe наглядно видна при сопоставлении количества всех зарегистрированных заболеваний и патологических состояний

в историях болезни у женщин с выкидышами (I группа) и контрольной (II) группы. Так, в II группе на 100 женщин зарегистрировано  $106,0 \pm 1,0$  заболеваний; в основном – это соматические патологии ( $97,0 \pm 1,7$ ), в частности, анемия ( $88,0 \pm 3,2\%$  женщин), в том числе у  $2,0 \pm 1,4\%$  - II степени, значительно реже – зуб ( $5,0 \pm 2,2\%$ ), гестационная гипертензия ( $6,0 \pm 2,3\%$ ) и единичные случаи гинекологические заболевания и патологий беременности. По сравнению с контролем, в I группе женщин, было зарегистрировано в 2,8 раз больше заболеваний ( $297,6$  на 100 женщин), в том числе в 2 раза больше соматическая патология ( $194 \pm 1,1$  на 100;  $p < 0,0001$ ). В частности, анемия отмечена у  $95,2 \pm 1,6\%$ , в том числе у 27 женщин ( $16,3 \pm 2,8\%$ ) II степени, пиелонефрит – у  $38,3 \pm 3,7\%$  (в 38 раз чаще, чем в II группы), зуб у  $12,0 \pm 2,5\%$ , хронические инфекции, включая туберкулез – у  $11,4 \pm 2,7\%$ , острые инфекции во время беременности – у  $26,9 \pm 3,4\%$  (в 32 раза чаще) женщин. Почти у всех женщин было сочетание 2 или 3 видов патологий, в частности, с анемией. Так, сочетание анемии с пиелонефритом отмечено у  $33,7 \pm 3,6\%$  женщин.

В 40 раз чаще у женщин с выкидышами зарегистрированы заболевания женских половых органов ( $40,1 \pm 3,8$  на 100 женщин;  $p < 0,001$ ), в том числе TORCH инфекции – у  $11,4 \pm 2,4\%$  и другие воспалительные заболевания – у  $15,0 \pm 2,7\%$  (в 14-15 раз чаще, чем в II группе), а также аномалии и опухоли женских половых органов (в 8-6 раз чаще). На таком отягощенном фоне в I группе почти в 7 раз чаще, чем в контроле развиваются осложнения во время беременности ( $63,0 \pm 3,7$  на 100 против  $9,0 \pm 2,9$ ;  $p < 0,001$ ), причем как со стороны женщины ( $37,2 \pm 3,7\%$ ), так и со стороны плода и плаценты (в  $25,8 \pm 3,4\%$ ).

Вычисленные критерии Стьюдента (t) также показали, что наибольшая значимость в невынашивании беременности принадлежит соматическую патологию, и в первую очередь пиелонефриту и гломерулонефриту ( $t=9,9$ ), особенно в сочетании с анемией ( $t=10,8$ ) и острым инфекциям во время беременности, включая ОРВИ ( $t=7,8$ ), а также туберкулезу и другим хроническим инфекциям ( $t=7,3$ ) и анемии II степени ( $t=7,1$ ). Среди гинекологической патологии наиболее значимыми оказались воспалительные заболевания женских половых органов, в частности TORCH инфекции ( $t=4,8$ ). Эти состояния обуславливают осложнения беременности, способствующие невынашиванию, среди которых более высокий «вес» имеют рвота беременных ( $t=5,7$ ), преэклампсия ( $t=4,9$ ), многоводие ( $t=4,1$ ).

Менее значимыми в развитии самопроизвольного выкидыша оказались заболевания органов дыхания, хронический гепатит и другие болезни органов пищеварения, а также многоплодие ( $t < 2$ ).

Высокая значимость большинства учтенных патологических состояний как факторов риска невынашивания беременности позволила нам провести их комплексную оценку и разработать прогностическую таблицу, позволяющую ВОП довольно корректно отнести ту или иную беременную к определенной группе риска, основываясь на данных обследования и анамнеза. За основу была взята частота распространения патологических состояний у женщин с самопроизвольным выкидышем, оценка значимости которых проводилась на основе метода Байеса. Вычислив нормированные интенсивные показатели, были получены показатели относительного риска для каждого фактора и прогностические коэффициенты для каждого патологического состояния (градации фактора).

В таблице 1 приведена интегрированная оценка клинических факторов, «формирующих» невынашивание беременности.

Из таблицы 1 видно, что максимальный относительный риск невынашивания характерен для соматической патологии (9,2), часто являющихся пусковым механизмом развития патологии беременности.

Таблица 1

Интегрированная оценка клинических факторов, «формирующих» невынашивание беременности

Факторы	Градация	Частота фактора на 100 женщин I группы (r)	Нормированный интенсивный показатель $N = \frac{r}{M}$	Показатель относительного риска $R = \frac{N_{max}}{N_{min}}$	Прогностический коэффициент $X = N \cdot R$
Наличие соматической патологии	Пиелонефрит,	38,3	3,31	9,2	30,4
	Острые инфекции во время беременности	26,9	2,33		21,4
	Анемия II степени	16,3	1,4		12,9
	Зоб	12,0	1,04		9,6
	Туберкулез и другие хронические инфекции	11,4	1,0		9,2
	Артериальная гипертензия	4,2	0,36		3,3
Гинекологические заболевания	ТОРЧ инфекция	11,4	1,0	6,2	6,2
	Другие воспалительные заболевания женских половых органов	15,0	1,30		8,1
	Аномалии женских половых органов	6,6	0,57		3,5
	Опухоли женских половых органов	4,8	0,41		2,5
	Истмико-цервикальная недостаточность	2,4	0,21		1,3
данной со стороны: женщины	Рвота беременных средней и тяжелой степени	19,2	1,7	4,8	8,2
	Преэклампсия, эклампсия	15,6	1,35		6,5
	Гестационная гипертензия	2,4	0,36		1,7
Осложнения беременности плода	Многоводие	9,0	0,78	3,9	3,0
	Неправильное положение плода/тазовое предлежание	8,4	0,73		2,8
	Резус-сенсбилизация	2,4	0,2		0,8
	Предлежание плаценты /низкая плацентация	4,8	0,41		1,6

Используя вычисленные прогностические коэффициенты в таблице 1, определяем максимальную и минимальную величину риска:

$$\text{Максимальная величина риска} = \frac{\sum X_{max}}{\sum R} = \frac{30,4+8,1+8,2+3,0}{24,1} = 2,06$$

$$\sum R = 24,1$$

$$\text{Минимальный риск} = \frac{\sum X_{min}}{\sum R} = \frac{3,3+1,3+1,7+0,8}{24,1} = 0,29$$

С учетом границ риска (0,29–2,06) определены диапазоны для 3-х степеней риска невынашивания беременности. I группа - наименьшая вероятность риска (0,29 – 0,82) благоприятный прогноз. II группа - средняя вероятность риска (0,83 – 1,36) требует повышенного внимания. III группа - наибольшая вероятность риска (1,37 – 2,06) неблагоприятный прогноз.

Для определения степени риска необходимо суммировать прогностические коэффициенты, соответствующие признакам женщины, и сумму разделить на 158,9, в результате можно

получить интегрированный коэффициент данной женщины сформировывать прогностическую таблицу 2.

Таблица 2.

Группы риска самопроизвольного выкидыша

Уровень риска	Величина поддиапозона	Группа риска
Низкий риск	0,52 – 2,17	Благоприятный прогноз
Средний риск	2,18 – 3,83	Требуется повышенное внимание
Высокий риск	3,84 – 6,02	Высокий риск самопроизвольного аборта

Сформированная нами прогностическая таблица позволяет патронажной акушерке при опросе женщин прогнозировать вероятность самопроизвольного выкидыша и дифференцированно проводить патронаж и беседы с каждой беременной, а в случаях средней и высокой степени риска – немедленно сообщать врачу.

Проведенный анализ позволил выделить ряд ведущих факторов риска самопроизвольных выкидышей:

1. Ведущими факторами среди соматической патологии были: заболевания почек, особенно в сочетании с анемией, острые респираторные инфекции во время беременности
2. Выявлена высокая частота TORCH инфекции и других воспалительных заболеваний, а также аномалии и опухоли женских половых органов.

**Выводы.** Таким образом, проведение интегрированной оценки клинических факторов самопроизвольных выкидышей позволит вычислять показатели относительного риска для каждого фактора и прогностические коэффициенты для каждого патологического состояния (градации фактора).

#### **Литература.**

1. Бекбаулиева Г.Н., Ризаев Ж.А., Абдураимова Г.А. Прогноз клинических факторов риска самопроизвольных выкидышей //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2023, №2. – С. 35-37
2. Кушубекова А.К., Самигуллина А.Э., Бообокова А.А. Невынашивание беременности: носительство различных комбинаций полиморфных генов фолатного цикла // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – № 4. – С. 113-120; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=12708>
3. Макарова Е. С. Профилактика невынашивания и тактика ведения женщин с привычной потерей беременности //Дисс. на соиск. уч. степ. к.м.н. Самара – 2018. – 101 с.
4. Матризаева Г.Д. Иммуногистохимические особенности эндометрия при невынашивании беременности //International scientific journal. – 2023, март. – С. 256-260

УДК: 618.14 – 008.6

**Бекбаулиева Г. Н., Дусматова Д., Тилегенов Б.М.**

### **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ АССОЦИИРОВАННОЙ МИОМОЙ МАТКИ**

*Научный руководитель: Бекбаулиева Г.Н., д.м.н., доцент*

*Кафедра акушерства и гинекологии. Ташкентская медицинская академия, Ташкент*

**Актуальность.** В современной гинекологии наблюдается тенденция роста распространенности миомы матки среди женщин активного репродуктивного возраста. В то же время и среди молодых женщин наблюдается тенденция поздней реализации своих репродуктивных планов, в связи социальной и карьерной активностью. Между тем, миома матки в настоящее время диагностируется у 70% женщин [6] и занимает второе место в структуре гинекологической патологии [1, 2].

Одним из часто встречающихся симптомов миомы матки являются аномальные маточные кровотечения [4]. В настоящее время для систематизации основных причин аномальных маточных кровотечений у небеременных женщин репродуктивного возраста принято

использовать классификацию FIGO PALM - COEIN (2011) [5], согласно которой маточные кровотечения при фибромиоме матки относятся к группе кровотечений с органическими причинами. Вследствие рецидивирующих обильных и длительных менструаций у женщин с лейомиомой матки ухудшаются гематологические показатели, что приведет к развитию хронической постгеморрагической анемии. Обмороки, головокружение, слабость и быстрая утомляемость, будучи клиническими проявлениями анемии, значительно снижают качество жизни женщин [3]. В связи с вышеперечисленными поиск индивидуального подхода при аномальных маточных кровотечениях, ассоциированной миомой матки в зависимости от реализации репродуктивных планов и видов миомы является актуальной.

**Цель исследования:** разработать и обосновать методику лечения меноррагии на фоне миомы матки с учетом гормонального баланса и репродуктивного возраста, а также оценить ее эффективность.

**Материалы и методы исследования.**

На I этапе исследования в зависимости от возрастной категории пациентки были распределены: I группа - 20 женщин в возрасте 28-33 лет, II группе - 20 женщин в возрасте 34-39 лет, III группа 20 женщин в возрасте 40-45 лет и контрольная группа 23 женщин в возрасте 20-45 лет. Всем женщинам проводился сбор анамнеза, общеклиническое и гинекологическое обследование, ультразвуковое сканирование органов малого таза, а также изучение гормонального статуса и вакуум - аспирация с последующим морфологическим исследованием соскоба эндометрия.

На II этапе для апробации методики терапии женщины были разделены на 2 группы. Для этого 70 женщин с аденомиозом матки, страдающих меноррагией были распределены на 2 группы рандомизированно - методом случайной выборки. Больные первой основной группы в свою очередь будет разделена на 2 подгруппы: I А группа (20 женщин в возрасте 28-33) проведена терапия препаратом Эсмия (производитель Гедеон Рихтер, Венгрия); I Б группе (20 женщин) в возрасте 34-39) больных проведена терапия установлением левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена. Второй группе пациенток (20 женщин в возрасте 40-45 лет) проведена гистероскопическая абляция с применением в последующем ВМС «Мирена». Для контрольной группы было отобрано 23 женщин без миомы матки с нормальным регулярным менструальным циклом.

На III этапе на основе полученных статистических показателей рассчитана клиническая эффективность разработанной методики в зависимости от возраста и реализации репродуктивных планов.

Сбор материала проводился в 2023 – 2024 гг. в отделении гинекологии, консультативно-диагностической поликлинике в городском родильном комплексе №8, а также апробация методика гистероскопической абляции полости матки с последующим установлением ВМС Мирена в отделении гинекологии частной клиники Medconsultant под руководством д.м.н. Г.Н. Бекбаулиевой.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ изученных данных показал, что, преморбидный фон у женщин основной группы значительно отягощен (табл. 1). В основной группе частота детских вирусных инфекций почти в 2,6 раза больше по сравнению с контрольной. Настораживает то, что в структуре соматических заболеваний анемия встречалась в 3,8 раза чаще у пациенток с миомой матки, причём, чаще анемия лёгкой и средней степени тяжести была зарегистрирована у каждой пациентки III группы, у каждой второй II группе, и у каждой четвертой женщине I группы, при этом титр гемоглобина снижался на 9-10% в сравнении с женщинами контрольной группы (p<0,05).

Таблица 1

Характеристика соматического анамнеза у пациенток с аномальными маточными кровотечениями, ассоциированными с миомой матки

Изучаемые параметры	Группа обследованных лиц	
	Основная, n=60	Контрольная, n=32

	абс	%	абс	%
Детские вирусные инфекции	44	73,3±2,6	9	28,1±8,1
Анемия	47	78,3±2,4	6	18,8±6,2
Заболевания ССС	4	6,6±4,4***	-	-
Заболевания мочевыводящих путей	23	38,3±3,6	4	11,7±6,8
Диффузное увеличение щитовидной железы	31	51,6±4,7***	3	9,4±4,6
Заболевания ЖКТ	26	43,3±4,6***	4	12,5±6,2
Примечание:	* - различия относительно данных контрольной группы значимы (***) - $P < 0,001$ )			

Основными жалобами у женщин были: нарушение менструального цикла (первичное и вторичное), аномальное маточное кровотечение (АМК), меноррагия, дисменорея, бесплодие, невынашивание беременности. Так, аномальное маточное кровотечение протекало у подавляющего большинства женщин в острой форме, причем почти у каждой третьей женщины наблюдался рецидив острой формы, в то же время 86,7% женщин наблюдался меноррагии.

Среди пациенток основной группы с АМК преобладали нарушения менструального цикла по типу персистенции зрелого фолликула у 19 (31,7%), а у 4 (6,7%) по типу длительной персистенции атретического фолликула.

Еще одним характерном симптомом в обследуемых группах было вагинальное кровомазание до и после менструации (53,3%), а у пациенток 0-2 типа по Figo данный симптом был нивелирован за счет аномального маточного кровотечения ( $p < 0,05$ ).

Вторым симптомом, по поводу которого также часто обращались женщин с миомой матки была дисменорея. Так, 83,3% женщин жаловались на те или иные боли внизу живота разной интенсивностью, связанные чаще всего с менструацией.

По поводу бесплодия, в частности, вторичного бесплодия обратилась каждая третья женщина, лишь каждая десятая женщина имела первичное бесплодие. Такое незначительная частота первичного бесплодия возможно связано с тем, что к моменту развития миомы матки (возрастная категория исследуемой группы в нашем исследовании 28-45 лет) эти женщины реализовали репродуктивные планы. Вместе с тем у 13,3 % женщин наблюдалось невынашивание беременности.

Результаты проведенного анализа становления и характера менструального цикла у пациенток основной группы показал, что средний возраст менархе в основной группе составил 12,5±0,4 лет, в контрольной группе этот показатель составил 13,5±1,4 лет. Почти у всех практически здоровых женщин менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, в то время как в основной группе только у 23 (38,3%). Что касается продолжительности менструального цикла, то в контрольной группе преобладал нормопонирующий цикл у 89,3%, в основной чаще регистрировался анте и постпонирующий цикл у 58,6% пациенток.

Еще одним из интересным моментом при анализе данных анамнеза была, распространенность фиброзно-кистозной мастопатии. Так, среди женщин основной группы на долю фиброзно-кистозной мастопатии приходится 68,6%, что возможно связано гормональным дисбалансом. Таким образом, преобладание выявленных таких параметров как АМК, дисменорея, бесплодие, невынашивание, доброкачественная патология молочных желез у пациенток основной группы свидетельствуют о выраженном дисбалансе гормонов. Кроме того, гормональные сдвиги могут способствовать развитию, как аденомиоза, так и меноррагии.

В связи с этим следующим этапом исследования было изучение гормонального профиля женщин с данной патологией.

Анализ показал, что среднее значение содержания уровня гонадотропных гормонов ФСГ и ЛГ находилось в пределах абсолютной нормы, и уровень гонадотропных гормонов достоверно не различался. Но, тем не менее, соотношение уровня ЛГ/ФСГ было нарушено и превышало 1.

Среднее значение содержания пролактина в плазме крови не превышало абсолютных норм у большинства исследуемых. Средние показатели уровней тиреоидных гормонов у пациенток основной группы значимо не отличались от таковых, полученных у практически здоровых

женщин. Что касается значения ТТГ, то отмечена тенденция к повышению уровня тиреотропного гормона у женщин с основной группы. Так, у исследуемых основной группы отмечено достоверно повышенное содержание в сыворотке периферической крови тестостерона  $3,6 \pm 0,12$  нмоль/л против  $1,68 \pm 0,05$  нмоль/л в контрольной группе ( $P < 0,001$ ).

Наряду с изучением средних значений уровня гормонов, мы проанализировали индивидуальные значения гормонов у каждой конкретной больной в сравнении с данными, указанными в тест наборах и в сопоставлении с клиническими проявлениями нарушений менструального цикла. Такой методологический подход позволил выявить следующие особенности. У 71,6% регистрировалась относительная или абсолютная гиперэстрогения, полученные в основной группе при наличии клинических проявлений гиперэстрогемии (нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи). Следует отметить, что повышенные значения эстрадиола ( $123,9 \pm 2,5$ ) у пациенток с аденомиозом сопровождались значительным снижением прогестерона ( $1,6 \pm 1,9$  нг/мл). Так, у каждой третьей пациентки (31,7%) диагностирована абсолютная гипопрогестеронемия. У 25 (41,7%) больных отмечены незначительное снижение Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub> и достоверное повышение ТТГ.

Таким образом, дисбаланс стероидных гормонов яичника у больных страдающих меноррагией при миоме матки обусловлен в 71,6% случаев гиперэстрогемией, у 31,7% - гипопрогестеронемией и 41,7% - гипофункцией щитовидной железы.

Выявленные данные о дисгормональной природе миомы матки еще раз подтвердила нам о корректности выбранного нами методики терапии и основного направления медикаментозного воздействия препаратами, снижающими продукцию эстрогенов яичниками, оказывающие антипролиферативное воздействие на ткань эндометрия. Поэтому применение чисто гестагенных препаратов в коррекции дисбаланса гормонального фона при аденомиозе представляет наиболее перспективным в связи с их положительным влиянием на матку и на гемостаз. Вместе с тем длительное применение гестагенов сопряжено с развитием ряда нежелательных эффектов, таких как повышение массы тела, отеки, головная боль, гипертония, тромбозоболоческие осложнения. В связи с этим мы сочли целесообразным, изучить эффективность препарата Эсмия (улипристала ацетат 5 мг - производитель Гедеон Рихтер, Венгрия), левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена и комплексного лечения применением гистероскопической абляции с последующем установлением ВМС «Мирена».

Независимо от исходного состояния эндометрия к 6 месяцу применения прогестагенов наблюдались однонаправленные морфологические изменения: слизистая матки имела незначительную толщину, определялся покровный эпителий и небольшое количество стромы с явлениями отека. Анализ менструальной функции на фоне приема диеногеста показал, что у подавляющего большинства пациенток - (у 13 женщин- 21,7%) I группы не отмечено нарушение менструального цикла, у 4 (6,7%) пациенток в первые два месяца наблюдались вагинальные мажущиеся кровянистые выделения, у 3 (61,5%) женщин аменорея.

На фоне приема улипристала ацетат 5 мг из побочных явлений у 3 женщин наблюдалась головная боль, у 2 вегетососудистые реакции в виде приливов, у 1 артериальная гипертония, у 1 депрессивное настроение. В связи с чем 4 женщин после 3-х месячной терапии отказали от приема препарата.

Через 6 месяцев наблюдения число женщин без нарушения менструального цикла увеличилось до 18 (90%), лишь у 2-х женщин была стойкая аменорея. Прибавка массы тела отмечена у 2 (10,0%) женщин.

С целью исследования изменения баланса гормонов в динамике лечения у пациенток мы изучили гормональный статус до и после лечения. Так, концентрация эстрадиола и тестостерона существенно снизилась во I Б и II группе по сравнению со I группой, даже среднее значение Т достигало уровня, характерного для практически здоровых женщин фертильного возраста.

Оценка коррекции менструальной функции. Показала, что через год эффективность была более выражено в группе I Б и во II группе по сравнению с I группой (40% и 50% против 10% соответственно группам), так как не было отмечено ни одного случая меноррагии, а в группе

I А наблюдалось у 5% женщин, во II группе у 5% все таки наблюдались ациклические вагинальные кровянистые выделения. В связи с тем, что улипристала ацетат был назначен на 6 месяцев данных через 12 месяцев в I А группы, не изучали. Однако через 12 месяцев нами констатированы за отдаленные результаты у женщин этой группы, где у более чем 1/3 женщин (7 женщин – 35%) возобновилась меноррагия.

Учитывая, что, вторым симптомом был болевой синдром, нами была проведена оценка по визуально аналоговой шкале до лечения и на фоне терапии улипристала ацетат, введением ВМС «Мирена» и комплексной терапии гистероскопической абляции эндометрия с введением ВМС Мирена. Установлено, что у пациенток I А группы средний балл по визуально аналоговой шкале (ВАШ) составлял  $6,42 \pm 1,7$ , что свидетельствует о дисменорее. Во I Б группе у пациенток средний балл по визуально - аналоговой шкале (ВАШ) составлял  $6,68 \pm 1,9$ , что также свидетельствует о более выраженности боли. У женщин II группы боли были значительной степени, что подтверждается показателем  $7,28 \pm 1,4$ .

Наше исследование показало эффективности терапии, так как через 6 месяцев во всех группах вне зависимо от выбранной терапии показатель ВАШ достоверно снизился без статистически разницы (до  $1,0 \pm 0,13$  и до  $1,1 \pm 0,5$ , а также  $1,1 \pm 0,3$  соответственно группам), что подтверждает нивелирование болевого синдрома, хотя у женщин II группы в первые 3 месяца статистически достоверного уменьшения боли не отмечено. Вместе с тем мы считаем, что боли были соответственно перенесённой операции.

Контроль терапии аномальных маточных кровотечений в сравнительном аспекте через 12 месяцев показал, в I А группе лечение было эффективным у 6 (25,0%) больных, I Б группе у 30%. Эффект расценивался как значительное улучшение, если под влиянием лечения наблюдалось тенденция к уменьшению размеров миомы матки и остановка роста узлов. У больных второй группы лечение было эффективным у 12 (60,0%) больных, у которых в динамическом УЗИ контроле отмечалась уменьшение объема матки и толщины эндометрия.

#### **Выводы.**

Таким образом наши исследование показало следующие:

- 1.Преморбидный фон у женщин основной группы значительно отягощен. В структуре соматических заболеваний анемия встречалась в 3,8 раза чаще у пациенток с аномальными кровотечениями на фоне миомы матки, чем в контроле.
- 2.Выраженный дисбаланс гормонов при меноррагии, обусловленной миомой матки, подтвержден нарушением менструального цикла, дисменореей, бесплодием, невынашиванием, доброкачественной патологии молочных желез у пациенток основной группы
- 3.Предложенная нами методика имеют положительные эффекты, и подтверждает необходимости индивидуального подхода к терапии в зависимости от возраста, реализации репродуктивных планов, типа миомы и онкологического риска.

#### **Литература:**

1. Гончарова М.А., Петров Ю.А. Миома матки: современные направления хирургического лечения. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2019;11:70-74. Goncharova MA, Petrov YuA. Uterine fibroids: modern directions of surgical treatment. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2019;11:70-74. (In Russ.).
2. Саноев Б.А., Ниёзова Г.Ш., Хикматова Н.И. Макро- и микроскопические проявления лейомиомы матки. *Новый день в медицине*. 2020;30(2):526-528. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: A systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501-1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14640> Sanoev BA, Niyozova GSh, Khikmatova NI. Macro- and microscopic manifestations of uterine leiomyoma. *Novyj den' v meditsine*. 2020;30(2):526-528. (In Russ.).
3. Цхай В.Б., Григорян Э.С., Костарева О.В., Бадмаева С.Ж. Миома матки и бесплодие: этиология, патогенез, современные принципы лечения (обзор литературы). *Сибирское медицинское обозрение*. 2019;118(4):25-33.
4. Mas A, Tarazona M, Dasí Carrasco J, Estaca G, Cristóbal I, Monleón J. Updated approaches for management of uterine fibroids. *International Journal of Women's Health*. 2017;9:607-617. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S138982>

5. Munro MG, Critchley IS, Fraser HOD, FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2018;143(3):393-408. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>
6. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: A systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501-1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14640>

УДК: 618.39 – 079.7

Бекбаулиева Г.Н., Нигматова Н.М.

## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С УЧЕТОМ МНОГОФАКТОРНОГО ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

*Научный руководитель: Бекбаулиева Г.Н., д.м.н., доцент*

*Кафедра Акушерство и гинекология, Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент*

**Резюме:** В исследование было включено 78 женщин с невынашиванием беременности в первом триместре, которые были разделены на две группы: первую группу составили 40 первобеременных, вторую группу – 38 пациентки с двумя и более потерями.

**Актуальность:** В настоящее время привычное невынашивание беременности является одной из актуальных проблем современного акушерства. Несмотря на достижения последних лет в области профилактики и лечения этой патологии, количество самопроизвольных абортов по-прежнему достигает высоких показателей. По данным различных исследований, процент выкидышей может достигать от 2 до 50%, а с увеличением количества абортов вероятность прерывания беременности в будущем резко возрастает. В последние годы сфера научных интересов в области перинатальной защиты плода сместилась на ранние сроки беременности – первый триместр, поскольку в этот период происходит формирование фетоплацентарной системы, закладка органов и тканей плода, что в большинстве случаев определяет дальнейшее течение беременности.

**Цель работы:** Изучить причины и факторы риска невынашивания беременности у женщин на ранних сроках беременности.

**Материалы и методы исследования.** Проспективный анализ проведен у 78 женщин с невынашиванием беременности в I триместре. Женщины были разделены на две группы: в I группу вошли первобеременные с неразвивающейся беременностью; в II группу вошли женщины с привычным невынашиванием беременности, имеющие в анамнезе 2 и 3 неразвивающиеся беременности. Основными критериями отбора пациенток были: обследованы женщины репродуктивного возраста (от 20 до 35 лет), беременные с экстрагенитальной и генитальной патологией, ранее выявленными хроническими заболеваниями, отмечены особенности течения беременности и увеличение частоты невынашивания беременности.

**Результаты исследования:** В результате исследования выявлено, что в I группе первобеременных численность составила 40 женщин, среди которых от 40 до 50% всех выкидышей на ранних сроках беременности были обусловлены выявленными у плода хромосомными аномалиями, что является естественный отбор природы, тогда во II группе среди 38 больных этот процент колебался от 40 до 45%. Второе место досталось эндокринной патологии и гормональной недостаточности, которые соответственно составили 20-28% от общего числа обследованных женщин в обеих группах поровну. Следующая причина – острая инфекция (12-20%), выкидыш вследствие воспалительного процесса обусловлен проникновением инфекции из материнского организма через плаценту к плоду. Гормональный дисбаланс во время беременности и дефицит прогестерона в обеих группах составляли от 1 до 3% от общего числа обследованных.

**Выводы:** Таким образом, своевременное выявление и взятие на учет, обследование и профилактика женщин с группой риска невынашивания беременности, систематическое наблюдение за ними с целью выявления инфекции и пополнения организма необходимыми

микроэлементами и витаминами позволяют предотвратить наступление замершей беременности, в том числе привычного невынашивания беременности.

**Литература:** Запертова Е.Ю. Роль ряда цитокинов и интегринов в генезе привычного невынашивания беременности: Автореф. дис. дис. . доктор философии мед. наук. М., 2005. – 24 с..

УДК 616.72-002.77:616-002.1

Бердиев А.Ш<sup>1</sup>., Ахмедов Ф.К<sup>2</sup>.

## РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА 1В МАТЕРИНСКОЙ СЫВОРОТКИ ПРИ РЕВМАТИЗМАХ: ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ

*Научный руководитель д-р мед. наук, доцент. Ахмедов Ф.К.*

*Кафедра 2-акушерства и гинекологии Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара*

**Актуальность.** Известно, что иммунная система является одной из важнейших систем, защищающих мать от воздействия окружающей среды и обеспечивающих отсутствие вреда для плода. Возникающие связи начинают проявляться во время беременности: организм матери во время беременности включает адаптацию иммунных реакций, необходимых для вынашивания плода иммунологически, к осложнениям ревматизма и адаптацию организма к воспалению. Поэтому во время беременности женский организм имеет соответственно сильный иммунитет, который ничто не может заменить.

По результатам исследования установлено, что избыточная продукция цитокина интерлейкин-1β при воспалительных заболеваниях выполняет «перекрестную» функцию между аутовоспалительным и аутоиммунным механизмами. Эти цитокины играют важную роль в дифференцировке и функционировании иммунных клеток, участвующих во врожденных иммунных реакциях, вызывающих острое и хроническое воспаление ревматического генеза. Эти цитокины играют важную роль в дифференцировке и функционировании иммунных клеток, участвующих во врожденных иммунных реакциях, вызывающих острое и хроническое воспаление ревматического генеза.

IL-1β — мощный провоспалительный цитокин, продуцируемый клетками врожденной иммунной системы. Интерлейкин-1-бета в основном вырабатывается макрофагами, типом лейкоцитов, и помогает другому типу лейкоцитов, лимфоцитам, бороться с инфекциями.

**Цель работы:** изучить роль интерлейкина 1β материнской сыворотки при ревматической недостаточности митрального клапана

**Материалы и методы исследования.**

Углубленное исследования будут проводиться на контингенте 70 женщин с недостаточностью митрального клапана, в том числе 35 пациенток поступившие в стационар с клиническими проявлениями активизации ревматического процесса( 1- группа) и 35 пациенток обследованных с ранних сроков гестации и принимавшие соответствующую своевременную профилактическую терапию ( 2- группа) и 3- группу будут составлять 30 беременных с физиологическим течением беременности. У всех беременных, участвовавших в исследовании, проверялась сыворотка крови интерлейкина 1β.

**Результаты исследования.**

В нашем исследовании мы видим, что уровень IL-1b достоверно выше у беременных с 1-й группой, то есть активацией клинических проявлений ревматических процессов и осложненной недостаточностью митрального клапана. Как видно из приведенных данных, концентрация цитокинов показала, что у беременных с клиническими проявлениями ревматических процессов и осложнениями недостаточности митрального клапана концентрация IL-1β составила 162,4±5,2 пг/мл [208,4-96,5 пг/мл]. во 2-й группе, то есть у беременных, получавших лечение, она составила 68,7±4,9 пг/мл [156,3-20,9 пг/мл]. Беременные контрольной группы показали результат 7,4±0,84 пг/мл [18,9-2,8 пг/мл]. IL-1β — провоспалительный цитокин, играющий важную роль не только в иммунном ответе, но и в регуляции репродуктивной системы. Исследования показали, что IL-1β является фактором, вызывающим ревматизм, но также участвует в его патогенезе.

Следует отметить, что уровень ИЛ-1  $\beta$  значительно повышается при увеличении срока беременности или если не принимаются лечебные меры по предотвращению возникновения заболевания в эти сроки.

В нашем исследовании уровень интерлейкина-1  $\beta$  в плазме крови беременных 1 группы увеличился в 2,36 ( $P < 0,001$ ) раза соответственно по сравнению с показателями беременных 2 группы и по сравнению с контрольной группой. Этот показатель увеличился в 21,9 ( $P < 0,001$ ) раза, соответственно показал рост и был убедительным с точки зрения статистического анализа. Во 2-й группе, то есть уровень ИЛ-1 $\beta$  у беременных, получавших медикаментозное лечение, был равен  $68,7 \pm 4,9$  пг/мл и показал, что он в 9,28 ( $P < 0,001$ ) раза выше, чем у беременных контрольной группы.

**Выводы:** Наше исследование также показало, что интерлейкин-1 $\beta$  (ИЛ-1  $\beta$ ) связан с ревматическими заболеваниями, а его концентрация высока в плазме беременных с недостаточностью митрального клапана, вызванной ревматизмом.

УДК 618.396

**Есетова А.Б., Маратова А.М., Смагулова Л.Т., Абильмажинова А.А., Бошанова Э.М.  
ИЗУЧЕНИЕ В АНАМНЕЗЕ ПРИЧИН И ПОСЛЕДСТВИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ  
РОДОВ В СРАВНЕНИИ СО СРОЧНЫМИ РОДАМИ**

*Научные руководители: Билялова Г.Т. к.м.н доцент кафедры, Нурмагамбетова Д.М.  
магистр медицины, ассистент кафедры*

*НАО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №2,  
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №9», ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная  
больница №2», акушерский блок, г.Астана*

**Аннотация.** В статье представлены данные о причинах, угрозах преждевременных родов и ранней диагностике и прогнозировании риска развития угрозы преждевременных родов у женщин с сопутствующими заболеваниями. Данные анализа частоты и структуры акушерских и перинатальных осложнений на основе данных 55 случаев преждевременных родов в Городском Перинатальном Центре г. Астаны в 2023 году. Это осложнение значительно чаще встречается у беременных старшего возраста. что подтверждается данными других авторов. Значительное число беременных с преждевременными родами перенесли в детстве инфекционные заболевания. Приведенные данные свидетельствуют об определенном влиянии гинекологических заболеваний на развитие преждевременных родов. У беременных с преждевременными родами часто наблюдаются различные осложнения текущей беременности, наблюдается высокая частота осложнений беременности и родов. Это обуславливает высокую частоту оперативных вмешательств в родах. В данной статье представлены результаты ретроспективного исследования родов у беременных, у которых роды осложнились преждевременным и дородовым излитием околоплодных вод.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, перинатальные исходы, факторы риска.

**Актуальность.** Актуальность исследования преждевременных родов (ПР) обусловлена их высокой распространенностью и серьезными последствиями как для матерей, так и для новорожденных. ПР остаются одной из ведущих причин перинатальной смертности и заболеваемости во всем мире, что делает необходимым изучение факторов, способствующих их возникновению. В условиях современных вызовов, таких как ухудшение состояния здоровья населения, рост числа хронических заболеваний у женщин репродуктивного возраста и изменения в социальных условиях, вопрос преждевременных родов приобретает особую значимость.

**Цель работы.** Цель данного исследования заключается в проведении всестороннего анализа особенностей перинатальных исходов ранних преждевременных родов в городском перинатальном центре (ГПЦ).

Исследование будет направлено на:

- Идентификацию ключевых факторов риска. Определить основные медико-биологические и социально-экономические факторы, которые способствуют развитию ранних

преждевременных родов, включая хронические заболевания матери, осложнения беременности, уровень медицинской помощи и другие важные параметры.

- Анализ перинатальных исходов. Проанализировать выживаемость новорожденных, частоту и структуру неонатальных осложнений, а также факторы, влияющие на неонатальные исходы, такие как вес при рождении, гестационный возраст.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 55 женщин репродуктивного возраста. Это было сравнительное ретроспективное когортное исследование 55 индивидуальных карт беременных и родильниц (форма 077/у) с ПР (экспериментальная группа) и 55 индивидуальных карт беременных и родильниц (форма 077/у) со срочными родами (контрольная группа) на базе ГПЦ г.Астаны, проводившееся с июля по декабрь 2023 г. Включенные женщины были идентифицированы по кодам Международной классификации болезней (МКБ) и внесены в систему электронной медицинской документации Damumed. Программа IBM SPSS Statistics Version 20.

**Результаты исследования.** Возрастной диапазон от 18 до 49 лет, средний возраст женщин с ПР составил 27 лет, у женщин с СР составил 25 лет. Диапазон возраста в экспериментальной группе от 18-34 - 39 (70,9%), 35-47 – 16 (29,1%). Возраст беременных женщин не влияет на развитие преждевременных родов, так как в обеих группах нет разницы. У многорожавших женщин риск преждевременных родов выраженный по сравнению со срочными родами. (ОШ-1,19; SE-0,3; ДИ(95%) 0,7-2,2)

При изучении анамнеза женщин с ПР в исследовании было обнаружено, что во время предыдущих беременностей эпизоды бактериального вагиноза отмечались у 9 (13,64%) женщин, а во время данной беременности бессимптомная бактериурия была диагностирована в 21 (31,82%) случаях. В результате анализа акушерского анамнеза у беременных было выявлено, что 17 женщин (30,91%) были первородящими, а высокий паритет был выявлен у 9 (16,36%) женщин. Количество самопроизвольных выкидышей составило 5 (15,15%), неразвивающейся беременности 6 (18,18%), а преждевременных родов наблюдалось в 10 (30,3%) случаях.

Больше всего беременных женщин с ПР были на сроке беременности от 28 до 32 недели – 25(45,46%) , а меньше всего были на сроке от 34 до 36+6 недели– 7 (12,73%). Исходя из этих данных, можно предположить наиболее критичными сроками беременности при ПР считаются период от 28 до 32 недели беременности – 25 (45,46%).

Первобеременных было 17 женщин из 55 (31%), повторнобеременных – 29 из 55 (52,3%). Первобеременные имеют согласно КП умеренный риск развития преэклампсии.

У 14 из 55 женщин с ПР развилась тяжелая преэклампсия (26%).

Профилактика преэклампсии малыми дозами ацетилсалициловой кислоты и препаратами кальция согласно КП диагностики и лечения РК была начата позже 12 недель беременности. Среди новорожденных детей с очень низкой массой тела у половины была выявлена врожденная пневмония и энцефалопатия новорожденного токсико-гипоксического генеза, у 2 детей (25 %) были диагностированы синдром дыхательных расстройств и врожденные пороки сердца. Среди новорожденных, родившихся с низкой массой тела, чаще всего преобладает неврологическая симптоматика в виде синдрома угнетения на фоне энцефалопатии новорожденного токсико-гипоксического генеза (ГИЭ-31 случаев 56,3%). У 29 новорожденных (52,7 %) отмечались клинические проявления синдрома дыхательных расстройств и врожденной пневмонии. 25 детей (45,4 %) родились с синдромом задержки развития плода, у 41 детей (74,5%) отмечались клинико-лабораторные проявления неонатальной желтухи. У 2 (3,6%) новорожденных был диагностирован врожденный порок сердца.

Преждевременные роды через КС чаще чем срочные роды – в 32 случаях из 55 ПР (58,1%).

Кесарево сечение (КС) – у 32 из 55 (58,1%) женщин с преждевременными родами проведено по причине рубца на матке, ПРПО, ПОНРП, плацентарных нарушений.

Большинство родов в сроке до 34 недель обусловило высокую перинатальную смертность и частоту кесарева сечения.

**Выводы.**

1. Преждевременные роды чаще встречались в возрасте от 18 до 34 лет у повторнородящих с отягощенным акушерским анамнезом, что совпадает с данными литературы.
2. Основные причины невынашивания беременности: анемия, хронические инфекции мочевыводящих путей, хронические вирусные инфекции, которые привели к длительной угрозе прерывания беременности и преждевременным родам на фоне лечения, генерализованный сосудистый спазм на фоне тяжелой преэклампсии.
3. Как следствие причин невынашивания беременности преждевременные роды чаще осложнились: родовым излитием околоплодных вод с связи хр инфекцией (кольпит, ЦМВ, ВПГ, ОРВИ), тяжелой преэклампсией, развившейся на этом фоне преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, предлежанием плаценты на фоне имеющегося рубца на матке после предыдущего оперативного родоразрешения в сроки 34-36 недель беременности.
4. В нашем исследовании в структуре недоношенных преобладают недоношенные в сроках от 28 недель до 31 недель 6 дней с низкой массой тела от 1500 до 2500 грамм.

УДК 618.333-037

**Искакбаева Ұ.Ш., Үксикбай Қ.**

### **ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ҰРЫҚТЫҢ АНТЕНАТАЛЬДЫ ӨЛІМІНІҢ ҚАУІПТІ ФАКТОРЛАРЫ.**

*Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығы*

*Сқақова Р.С.м.ғ.к. PhD, С.Д.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ –нің акушерлік және гинекология кафедрасы. Алматы қаласы.*

Аntenатальды ұрықтың өлімінің этиологиясы әртүрлі болып табылады, жүктіліктің бұл асқынуы әртүрлі елдерде 1% -дан аз жиілікте кездеседі. Ұрық өлімінің себептерін диагностикалауда заманауи әдістерді қолдануға қарамастан, өлі туылған нәрестелердің 60% -ында негізгі себепін анықтау қиын болып қалады. Antenатальды ұрықтың өлімі бар жүктілік жиі түсік тастау қауіпі, плацентаның алдын алу және ұрықтың өсуін шектеу сияқты асқынулармен бірге жүреді. Жүктіліктің бұл асқынуы тек репродуктивті проблемаларды ғана емес, кейбір жағдайларда әйелдің денсаулығы мен өміріне қауіп төндіреді (1). Жүкті әйелдердің осы санатындағы жүктілікті және босануды басқару тактикасы ұрықтың құрсақішілік өліміне әкелетін жүкті әйелдің жағдайын мұқият талдаусыз мүмкін емес.

Мақсаты - құрсақішілік ұрықтың өлімі бар жүкті әйелдерде ұрықтың антенатальды өлімінің себептерін талдау және қауіп факторларын анықтау.

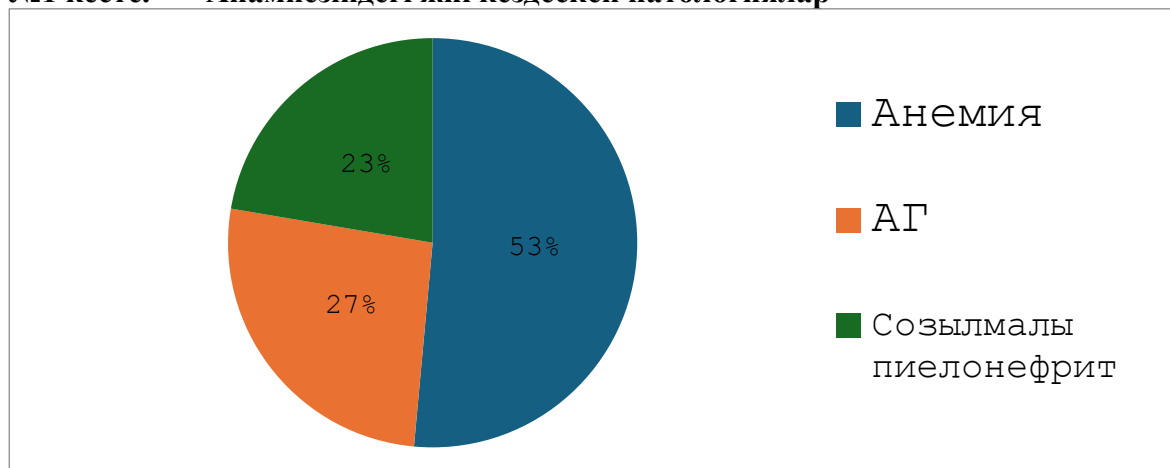
Материалдар мен әдістер – 2019-2023 жылдардағы №22 әйелдер кеңесіндегі медициналық құжаттамаға (айырбастау картасы, жүкті әйелдің жеке картасы) және өлі туу жағдайларының барлығына ретроспективті талдау жүргізілді. Біз Алматыдағы №22 әйелдер кеңесінің деректері бойынша өлі ұрықпен жүкті әйелдердің 30 оқиғасын талдадық. Талдау негізінде анамнездік мәліметтерін, жалпы клиникалық тексеру, УДЗ ОМТ, ұрықтың-плацентарлы және ұрықтың қан ағымын доплерографиялық өлшеу, кардиотокография, ұрықтың биофизикалық профилін зерттеу, қауіп факторлары және ұрықтың антенатальды өлімінде жиі кездесетін асқынулар негізінде анықталды.

Antенатальды ұрық өлімінің себептері үшін қауіп факторларының бірнеше топтары анықталды; Анасы жағынан болатын факторлар тобына репродуктивті жүйесінің патологиясымен байланысты әлеуметтік факторлар және экстрагенитальды факторлар жатады. Antenатальды ұрықтың өлімінің әлеуметтік факторлары ананың 30 жастан асқан жасымен, артық салмақпен, жоғары паритетпен, білім деңгейінің төмендігімен және экономикалық әл-ауқатпен байланысты. Алғаш рет жүкті болғандар 3-10%, бірнеше рет жүкті болғандар - 10-33%, кесар тілігімен босағандар -17-57%. 98% некеде тіркелгендер, 2 пайызы азаматтық некеде болған. Барлық 30-100% әйелдер жүктілікке тіркелді, оның 26-86% -ы 11-12 аптадан, қалғандары кейінірек тіркелді.

Барлық жүкті әйелдерді жас топтары бойынша бөліндік, 1-топ 30 жасқа дейін - жүкті әйелдердің 15-50%, 2-ші топ 31 жастан 40 жасқа дейін - жүкті әйелдердің саны 12-40%, 3-ші

топ 41жастан және одан жоғары - жүкті әйелдердің саны 3-10%. Әрбір екінші әйелдің акушерлік анамнезінде хирургиялық медициналық түсік түсірумен 14-46% және өздігінен түсік түсіру 6-20%, сондай-ақ кесар тілігі 7-23% болғаны анықталды. Біздің деректеріміз бойынша 30 жастан асқан ана 12-40%, 25-83% қала тұрғындары, 12-40% әртүрлі жоғары оқу орындарының студенттері, 8-26% әртүрлі салада жұмыс істейтіндер, қалғандары 10-34 %, аралығындағы үй шаруасындағы әйелдер, жоғары білімді 15-50%, орта білімді 10-33% болды. Экстрагенитальды патология ұрықтың антенатальды өлімінің даму қаупін арттырады, атап айтқанда артериялық гипертензия, гипотензия, семіздік және т.б. Экстрагениталды патологиялардың 8-27% семіздік, бүйрек аурулары және өт жолдарының аурулары бірдей жиілікте, үшінші орында артериялық гипертензия және қабыну аурулары, вирустық инфекциялар анықталды. Экстрагенитальды аурулардың жиілігі келесідей бөлінді: анемия 16-53%, артериялық гипертензия 8-27%, созылмалы пиелонефрит -7-23%, холецистит, панкреатит, бронхит 9-30%, қалқанша безінің ауруы 4-13%. Әйелдің репродуктивты жүйесінің патологиясы түсік түсіруде және ұрықтың құрсақшілік өлімінде үлкен маңызды. Жүктіліктің үзудің шамамен 15% -ы жатыр патологиясынан туындайды: жатыр миомасы, эндометриоз, эндометриялық полиптер. Вирустық және бактериялық инфекциялар соңғы кездері түсік түсірудің ең көп таралған факторына айналды. Гинекологиялық аурулардың ішінде ең көп таралғаны қабыну аурулары болды: созылмалы сальпингит 7-23%, әрбір екінші адам бұрын жатыр қуысын қыруы 15-50% 1-2 рет, 3-10% -3 немесе одан да көп. Жүкті әйелдердің 6-20% нақты жүктілік кезінде жатыр мойны жеткіліксіздігі диагнозы қойылған. Ұрықтың антенатальды өлімінің жиі кездесетін қауіп факторларына ұрықтың хромосомалық ауытқулары, даму ақаулары, біздің деректеріміз бойынша ұрықтың туа біткен даму ақауының 1 жағдайы болған; Эпштейн аномалиясы, өкпе артериясының атрезиясы да ұрықтың өсуінің шектелуі болды. (4)

**№1 кесте. Анамнездегі жиі кездескен патологиялар**



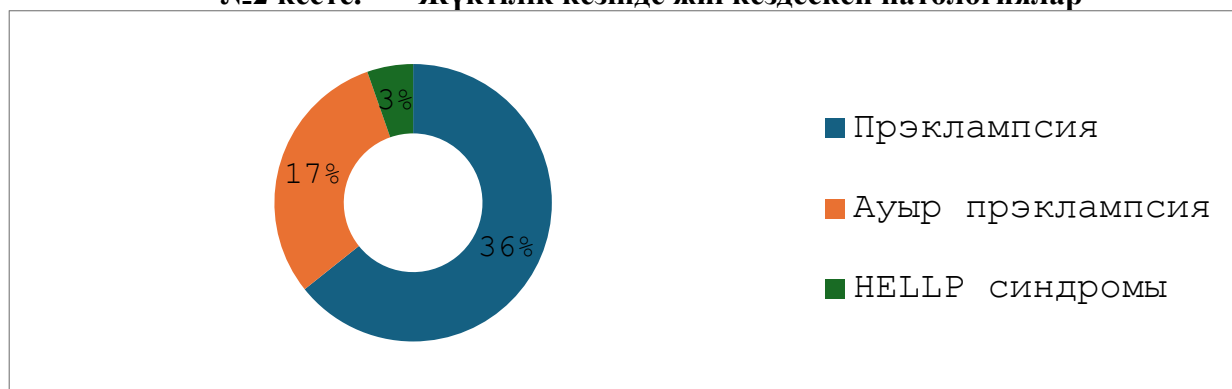
Ұрықтың өлімінде плацентарлы және кіндік артериялары факторлары үлкен рөл атқарады.Әдебиеттерге сәйкес патологияанатомиялық тексеру кезінде ұрықтың антенатальды өлімінің қауіп факторлары 55% жағдайда плацентаның жетілмегендігі, 31% жағдайда плацентарлы гипоплазия, 9% кіндік тамыр тромбозы, 5% кіндіктің жалған түйіні болып табылады (5,6). Біздің деректеріміз бойынша, ОМТ УДЗ бойынша ұрықтың антенатальды өлімі арасында кіндік артерия жағынан патология болмаған.

Өлі туылған нәрестелерді жүктілік мерзіміне байланысты бөлу 23-27 апталық жүктілік мерзімінде айтарлықтай айырмашылықтарды анықтаған жоқ, 10-33% тіркелді, 32-36,6 аптада - 13-43%, 37-40 апта - 7-24%. Ұрықтың антенатальды өлімімен 28-93% жағдайда жүктілік әртүрлі асқынулармен өтті. Ең жиі кездесетін синдром ұрықтың өсуінің шектелуі 6-20% болды, сонымен қатар плацентаның орналасуы немесе төмен плацентация 5-17%, әртүрлі авторлардың мәліметтері бойынша, өлі туылғандардың 41% -ында ұрықтың өсуін шектеу синдромы анықталды, ал ұрықтың өсуінің шектелуі неғұрлым айқын болса, ұрықтың антенатальды өлім қаупі соғұрлым жоғары.Олигогидрамниондар мен полигидрамниондар 7-23% орын алды, плацентаның аномалды бекуі, мысалы, плацентаның орналасуы немесе төмен

орналасқан плацента плацентарлы жеткіліксіздікке әкеледі. Пациенттердің 10-33% -ында жүктілік түсік тастау қаупімен, әрбір екіншісі анемиямен, 10-33% -ында әртүрлі этиологияның жұқпалы ауруларымен асқынған.

Ұрық үшін ең үлкен қауіп плацентаның ішінара немесе толық бөлінуімен бірге жүретін массивті ретроплацентарлы гематомамен жедел плацентарлы жеткіліксіздік болып табылады. Біздің деректеріміз бойынша, қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі 7 - 24%, шұғыл араласуды қажет етті – кесар тілігі, 2 жағдайда қан кету салдарынан жатырды алып тастаумен аяқталды. Әйелдердің 30-45% -ында және асқынған жүктілікте - 75% -ында болатын плацентарлы жеткіліксіздік, ал 60% жағдайда перинаталдық жоғалтудың негізгі себебі болып табылады (7,8). Преэклампсия 11-36% байқалды, оның ішінде ауыр преэклампсия 5-17%, HELLP синдромы 1-3,0% және эклампсия 2-7,0%, жүктілік холестазаы 5-17% байқалды және олар плацентарлы дисфункцияның көрінісі болып табылады. Өздігінен босану 13-43%, кесар тілігі бойынша 17-57%, жатырдағы тыртықты ескере отырып, және 2 жағдай ДВС синдромымен көрсеткіштер бойынша гистерэктомиамен аяқталды.

#### №2 кесте. Жүктілік кезінде жиі кездескен патологиялар



Ұрықтың өлімінің негізгі себептері анықталды:

Анасының соматикалық аурулары, жалпы саны 57, әрбір науқаста дерлік 2 соматикалық патология, эндометрийдің өзгеруіне әкелетін гинекологиялық патологиялар: кесар тілігі, жатыр қуысының қыру 25-83%, туа біткен ақаулардың 1 жағдайы, және асқынған жүктілік: преэклампсия 11 -36%, оның ішінде ауыр преэклампсия, HELLP синдромы -1, эклампсия-2, холестаза-5, барлығы 19-63%, ұрықтың өзгерістері: ұрықтың өсуін шектеу синдромы -6, олигогидрамнион және полигидрамнион- 7, плацентаның аномальды қосылуы 5, 5 жағдайда қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын үзілуіне әкелді, өйткені созылмалы плацентарлы жеткіліксіздік жедел плацентарлы жетіспеушілікке ұласып, ұрықтың антенатальды өліміне әкелді.

#### Қорытынды

-ұрықтың антенатальды өлімінің орын алуына жас, паритет, ЭГЗ, гинекологиялық патология, асқынулармен жүктілік, плацентаның аномальды бекуімен жүретін антенаталды ұрық өлімі . Ұрықтың антенатальды өлімінің қауіп факторлары: әлеуметтік-биологиялық себептер, күрделі акушерлік және гинекологиялық анамнез, экстрагениталды патология, асқынған жүктілік, плацентаның қалыптан тыс бекітілуі.

Айта кету керек, қазіргі уақытта ұрықтың антенатальды өлімінің дамуына ықпал ететін қауіп факторларының көптеген түрі бар. Бұл факторлар аналық, ұрық, плацентарлы және кіндік артерия болып табылады. Дегенмен, әртүрлі авторлардың пікірінше, антенатальды факторлардың жағдайларының жартысынан көбі түсініксіз болып қалады, өйткені барлық ұрықтар және барлық плаценталар морфологиялық зерттеуге жатпайды. Антенатальды ұрықтың өлімінің барлық жағдайларын мұқият зерттеу кейінгі жүктілікте жағымсыз нәтижелердің қаупін болдырмайды немесе азайтады деп болжауға болады.

Ұрықтың антенатальды өлімі және онымен байланысты екіншілік коагулопатиялық қан кету, преэклампсия, ұрықтың өсуінің шектелуі, плацентаның мезгілінен бұрын сылынуы, мерзімінен бұрын босану сияқты жүктіліктің басқа асқынуларымен бірге ана мен перинаталды патологиялар өлімнің негізгі себептері болып қала береді. Өлі ұрықтың синдромына

байланысты патологиялық акушерлік қан жоғалту жиілігі, кейбір деректерге сәйкес, 21% жетеді

#### **Қолданылған әдебиеттер:**

1. Сонченко Е.А., Михельсон А.Ф., Лебеденко Е.Ю, Загодочная антенатальная гибель плода.//журнал научных статей.Здоровье и образование в 21 веке. 2017.№10.С154-156 ).
2. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. Методическое пособие.2013. С224).
3. Facchinetti F. Alberico S. Benedetto Sand etc. A multicenter , case-control study on risk factors for antepartum still birth//J. Matern Fetal Neonatal Med.2011.Р.24)
4. Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю., Сонголова Е.Е. Синдром внезапной смерти плода // Акушерство и гинекология. 2011 №7.С.79-83.).
5. Иванова Л.А., Ильин А.Б., Абашин В.Г. Плацентарная недостаточность-проблема гипердиагностики.//Журнал акушерства и женских болезней. 2010.Т.9.№2.С34-37).
6. Зильбер М.Ю. Гребнева О.С. Течение беременности и перинатальные исходы у женщин с острой плацентарной недостаточностью в третьем триместре гестации//Уральский медицинский журнал. 2011.№4.С61-67.).
7. Медяникова И.В. Коагулопатическое кровотечение при осложнениях беременности и родов: прогнозирование, диагностика. Дисс..д.м.н.-М.2019.
8. Салов И.А., Маринушкин Д.Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода //Материалы 4 Всероссийского форума «Мать и дитя». Ч-1-М.2003. С.516-519.

УДК 618.2 079.7

**Обланова Д.С, Маматов С.О**

#### **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕНАТАЛЬНОЙ И ПОСТНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЙЛИ-ДЕЯ**

*Студентка 522 группы педиатрического факультета Самаркандского медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.*

*Научный руководитель: д.м.н Тураева Н.О.*

По сей день проблема выявления орфанных заболеваний остаётся актуальной, не смотря на непрерывное развитие медицины. Среди них особое место занимает синдром Райли Дея (семейная вегетативная дисфункция). Фенотипически данное заболевание сложно выявляется ввиду обилия клинических проявлений, поэтому особо важное значение имеет ранняя диагностика. По данным международного сайта orpha.net антенатальная диагностика осуществляется только в Нидерландах, Канаде, Германии (Мюнхен), Франции и Испании, а постнатальная в 57 странах Европы и Америки, что затрудняет своевременную диагностику на начальных этапах развития в странах СНГ.

Семейная вегетативная дисфункция – аутосомно-рецессивное заболевание (9q31-34), среди евреев-ашкенази частота распространенности составляет 1:10000 – 1:20000, редко встречается в других этнических группах. Наблюдаются очаги демиелинизации задних корешков и задних столбов спинного мозга, дегенеративные изменения в гипоталамической области и ретикулярной формации ствола, симпатических ганглиях, имеется врождённый дефект превращения предшественников катехоламинов в норэпинефрин и эпинефрин.

Из часто, встречающихся клинических проявлений относятся: нарушение болевой, температурной и вкусовой чувствительности, сглаженность верхней губы, выступающая нижняя челюсть, необычно гладкий, бледный язык (отсутствие грибовидных сосочков на языке), вазомоторная лабильность, сколиозы, эпизодические подъёмы температуры тела, увеличенное потоотделение, скачки АД, дизартрия, дисфагия, эпилептиформные судороги, алакрия и другие патологии в глазу.

Из анамнеза: Пациентка 12 лет при рождении (по словам матери) наблюдалась вялость, с первых недель жизни ребёнок слабо сосал грудь, наблюдалась гиподинамия, а также частые эпизоды отрыжки и рвоты, мать замечала, что при плаче у ребёнка слезотечение отсутствует. К 2 годам она 5-6 раз госпитализировалась в районную больницу по поводу пневмонии и ОРВИ, будучи в больнице врачи заметили отсутствие плача на сделанные инъекции. В

последующем была осмотрена невропатологом, врач никакой патологии не выявил, были выписаны домой.

Девочка состоит на диспансерском учёте с миопией высокой степени. Инвалид по органу зрения. Несколько раз лечилась у окулиста.

В 2022 году обратились в ОДММЦ по поводу ухудшения общего состояния на фоне возникшей пневмонии. При обследовании наблюдалась полная клиническая картина крупозной пневмонии.

Объективно: при наружном осмотре отмечается сколиоз, укорочение пальцев рук их припухлость, макрогнатия, гипердинамия коленного сустава, отёчность голеностопного сустава, на языке отсутствуют грибовидные сосочки. Походка шаткая, неуклюжая, отмечается припухлость пальцев ног. Наблюдается усиленное потоотделение, АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс частый Тоны сердца ослаблены. Рост и вес 125/31 кг соответственно. Дыхание через нос свободное, при аускультации слышны мелко и средне-пузырчатые хрипы, крепитация. Живот вздут, девочка жалуется на частые боли в животе. Речь смазанная, нечёткая с носовым оттенком голоса Отстаёт как в умственном и физическом, так и в половом развитии (дисменорея, вторичные половые органы не развиты в соответствии с возрастом, оволосенение по мужскому типу, по причине данных нарушений была направлена к эндокринологу).

Мать ребёнка отметила, что в последнее время часто наблюдается рвота, приводящая к обезвоживанию организма, и в одном случае, к судорогам; недавно возник острый приступ дыхательной недостаточности на фоне эмоционального возбуждения.

На основании вышеперечисленных жалоб была осмотрена невропатологом При определении зрачкового рефлекса, зрачки равные, реагируют на свет и аккомодацию. Сенсорное исследование показало нормальное восприятие лёгкого прикосновения и вибрации. Она могла различать острые и тупые раздражения, но не считала боль неприятным ощущением. Температурная чувствительность нарушена.

Лабораторно: Общий анализ крови: анемия средней степени тяжести -90 г\л, лейкоцитоз -  $11.4 \cdot 10^9/\text{л}$ , повышенное СОЭ – 25 мм\ч, нейтрофилёз ,общий анализ мочи в пределах нормы, рентгенография: усиление легочного рисунка, утолщение корня, воздушность лёгких снижена. Изменений со стороны других органов у девочки не обнаружено.

Установлен диагноз: Основной: Синдром Райли-Дея. Сопутствующие: Анемия средней степени тяжести. Миопия высокой степени. Миопический ретинит. Отставание в психомоторном и половом развитии. Крупозная пневмония.

Анализ клинического случая: Вероятность повторного рождения такого ребёнка составляет 25%, что относится к группе высокого генетического риска. Планирование следующей беременности должно быть осуществлено совместно с медицинским-генетиком. Всё это доказывает важность своевременного выявления больных с изучаемой нами патологией и с целью адекватного лечения.

Лечение: диетический стол №13, обильное питьё, регидрон по 100 мл каждые 3-4 ч. в течение 2 дней,

Заключение: В больницу ОДММЦ до 2024 Вот эту года с синдромом Райли-Дея поступило 3 пациентов. Как показывает практика имеют место случаи орфанных заболеваний, поэтому крайне важна осведомлённость каждого члена медицинского персонала по их поводу. К сожалению, вопрос антенатальной и постнатальной диагностики заболеваний данной категории остаётся актуальным по сей день.

УДК 618.146-002.446

Тагиева В.З.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ

*Научный руководитель - д.м.н., профессор Кадимова Ш.Г.*

*Азербайджанский Медицинский Университет - кафедра акушерства и гинекологии 2.  
г Баку.*

**Актуальность темы:** Вирус папилломы человека является одним из распространенных и генетически разнообразных ДНК содержащих вирусов, поражающие эпителии кожных покровов и слизистых оболочек ротовой полости аногенитальной зоны.

По данным ВОЗ, 50 – 80 % населения инфицировано, лишь 5 – 10 % инфицированных лиц имеют клиническое проявление заболевания .

В современном мире радикальной терапии ВПЧ не существует, то есть нет этиотропных препаратов и методов , которые бы позволяли достичь полной эрадикации вируса из организма человека . Возможно проведение терапии лишь последствий действия вируса , т .е. удаление кандилом, первичной стадии заболеваний ( ткани с клеточными изменениями ).

**Цель исследования:** определить эффективность хирургического лечения больных с внутриэпителиальными цервикальными неоплазиями.

**Материалы и методы лечения:**

Исследование проведено в женской консультации № 26 г. Баку.

Под наблюдением находились 17 женщин с внутриклеточной интраэпителиальной неоплазией различной степени тяжести в возрасте от 18 до 45 лет (CINI и CINII ) .

Больные были подразделили на 2 подгруппы : в первую группу вошли 12 ( 70,5 % ) больных с CIN I и , во вторую 5 ( 29,4 % ) больных с CIN II. Все больные в исследуемых группах осмотрены на гинекологическом кресле , провели ВПЧ – тест , ПАП – тест , а также расширенную кольпоскопию. Выявлены также факторы риска патологии шейки матки – хроническое воспаление , раннее начало половой жизни , частая смена половых партнеров , вредные привычки и генетическая предрасположенность к развитию заболевания.

Так как CIN I является дисплазией слабой степени и благоприятным вариантом , поэтому больным с CIN I лечение не назначали, проводили динамическое наблюдение в течение 6 месяцев. Cin I выявлено в основном у молодых женщин в возрасте 18 – 25 лет в анамнезе которых отмечалось раннее начало половой жизни у 8 ( 66,6 % ) и травматические роды у 4 ( 33,3% ). При динамическом наблюдении в течение 6 месяцев патологических изменений не обнаружили.

Пациентки с умеренной дисплазией CIN II были в возрасте от 32 до 45 лет , у которых выявлены высокоонкогенные типы вируса папилломы человека. С целью удаления патологического очага в пределах здоровых тканей применяли хирургический метод лечения с помощью аппарата « Фотекс Е80 ».

Результаты исследования и обсуждение.

Экссезия шейки матки проводили пациенткам с CIN II под местным обезболиванием. Метод основан на иссечение аномальной ткани. Проведение экссезии сопровождалось без осложнений. При динамическом наблюдении состояние больных было удовлетворительным , отмечались слабые тянущие боли внизу живота и сукровичные выделения, которые исчезли через 14 дней . Контрольный осмотр проводили через 14 дней, 4 и 6 недель. У всех больных обнаружили активную эпителизацию раневой поверхности.

**Выводы :** Таким образом применение хирургического метода лечения у больных с CIN II является высокоэффективным , которое можно применять пациентам.

УДК 618

**Маратова А.М., Есетова А.Б**

### **ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ**

*Научный руководитель: Смаилова Лазат Кенжебековна - доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, почетный профессор*

*Жумажанова Б.К. заведующая акушерско-гинекологическим отделением ГКП на ПХВ  
Городская поликлиника №8 г. Астаны*

*Андреева С.Е. заведующая акушерско-гинекологическим отделением ГКП на ПХВ  
Городская поликлиника №4 г. Астаны*

**Абстракт:** Эпилепсия является важной клинической междисциплинарной проблемой. Целью нашей работы явилась обзор литературных данных по изучению эпилепсии, течение

беременности и родов также гестационной эпилепсии, так как в большинстве случаев наступает ухудшение состояния при беременности.

Общеизвестно, что около половины больных эпилепсией – женщины, из которых свыше 40 % детородного возраста.

**Ключевые слова:** эпилепсия, беременность, роды, пороки развития плода, противоэпилептические препараты

На фоне эпилепсии беременность протекает со множественными осложнениями как для матери, так и для плода. Около 30-25% всех случаев эпилепсии приходится на долю симптоматической эпилепсии, развивающейся при наличии органической патологии.

При данной форме прогрессирующее течение заболевания наблюдается у 15% беременных, чаще всего в I и III триместрах.

При эпилептическом статусе риск материнской смертности достигает 20% а перинатальная смертность 6-7%.

У беременной с эпилепсией чаще развиваются тяжелые формы гипертензивных нарушений, включая эклампсию и в 4-11% заканчивается преждевременными родами.

Увеличивается риск самопроизвольного аборта, аномалии родовой деятельности. В 15% случаев происходят ранние послеродовые кровотечения и нарушения отслойки плаценты.

В 30% случаев происходят поздние послеродовые кровотечения.

При эпилепсии в 1,5 раза чаще проводят родоразрешение путем кесарева сечения.

Передачи заболевания ребенку при идиопатической форме эпилепсии у матери составляет 10%, при симптоматической форме – 4%, что значительно превышает среднюю встречаемость в популяции. Для уменьшения риска анте- и интранатальной гибели плода необходимо добиться компенсированного состояния беременной, так как при наличии эпилептических приступов риск мертворождения составляет 5,1%, а у женщин, заболевание которых протекает без эпилептических приступов 2,4%, то есть в два раза меньше [4].

Со стороны плода могут возникать такие внутриутробные нарушения, как гипоксия, которая по данным статистики наблюдается у 10-15%, и почти в четверти случаев переходит в асфиксию. У 7-10% женщин с эпилепсией рождаются дети с массой тела менее 2500 г. и с низкими показателями по шкале Апгар менее 7 баллов. До 10% новорожденных имеют аномалии развития, в то время как средняя частота встречаемости их в популяции составляет 2-3% [2]. Эти нарушения полиэтиологичны, но их возникновение в большей степени обусловлено приемом беременной женщиной противоэпилептических препаратов (ПЭП), оказывающих тератогенное воздействие [8].

Причем риск возникновения врожденных мальформаций зависит от дозы препарата. Поэтому на современном этапе изучения течения беременности при эпилепсии рекомендуются применение минимальной дозы ~ 50 ~ 2019. Vol. 21. No 6 The Journal of scientific articles “Health and Education Millennium” Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» <https://clinical-journal.ru/> антиконвульсантов

несколько раз в день или использование ретардных форм [9]. Наиболее часто встречаются такие стигмы дисэмбриогенеза, связанные с приемом лекарственных препаратов, как расщелина твердого и мягкого неба, *spina bifida*, микроцефалия, синдактилия, черепно-лицевая асимметрия, дефекты межжелудочковой или межпредсердной перегородки, коарктация аорты, открытый боталлов проток, дефекты нервной трубки, нейрокогнитивное отставание развития [10].

На фоне приема антиэпилептических препаратов возможно возникновение у новорожденного специфического синдрома, проявляющегося проптозом, косоглазием, орбитальным гипертелоризмом и недоразвитием ногтей или фаланг пальцев. Также существует повышенный риск развития гемолитической анемии плода. По данным регистра EUREPA наиболее безопасными антиконвульсантами признаны карбамазепин, ламотриджин и вальпроевая кислота [11].

Препаратом выбора является тот, при использовании которого удается добиться стабилизации состояния пациентки. Также во время беременности не стоит проводить замену препарата, особенно в период органогенеза плода (6-8 неделя гестации), так как это может спровоцировать развитие новых приступов и негативно сказаться на состоянии ребенка [12].

Предпочтение отдается использованию одного препарата во время беременности, так как это поможет снизить риск возникновения врожденных мальформаций.

При монотерапии риск развития внутриутробных аномалий составляет 4,8%, а при приеме нескольких ПЭП – 7,2% [13]. Нередко женщины при наступлении беременности самостоятельно снижают дозу антиконвульсантов или вовсе отказываются от приема препаратов, беспокоясь об их тератогенном воздействии на плод. Внезапное прекращение приема ПЭП приводит к увеличению активности эпилептического очага, возобновлению или учащению припадков вплоть до развития эпилептического статуса. При этом наблюдается нарушение кровообращения в системе мать-плацента-плод, приводящие к острой гипоксии или асфиксии плода, возрастает риск возникновения пороков развития, маточных кровотечений, преждевременной отслойки плаценты, прерывания беременности, эклампсии и мертворождения [14]. Опасно как развитие судорожной формы эпилептического статуса, так и бессудорожной. В первом случае быстро наступает нарушение жизнеобеспечивающих функций в организме беременной женщины, происходит срыв компенсаторных реакций с наступлением декомпенсации и возможным летальным исходом. При бессудорожной форме экстренная помощь беременной может оказываться несвоевременно ввиду отсутствия яркой клинической картины [15]. Таким образом, опасность для женщины и плода заключается не только на этапе возникновения эпилептического статуса, но и на этапе его купирования, так как для его лечения используются ПЭП в больших дозах. Причем для купирования этого опасного состояния показано использование фенитоина или фенобарбиталов, которые обладают более выраженным тератогенным воздействием, в отличие от карбамазепина и ламотриджина, применяемых для монотерапии во время беременности [16]. В случае развития неконтролируемых нарушений при эпилептическом статусе показано родоразрешение путем кесарева сечения. Исходя из вышеописанных сложностей ведения беременности при эпилепсии возникает необходимость консультирования женщин до ее наступления неврологом и гинекологом. При этом проведение прегравидарной подготовки оказывает благоприятное влияние на течение беременности и основного заболевания. От 40% до 65% женщин имеют отклонения в течение менструального цикла (олигоменорея, аменорея) [17]. Это вызвано эпилепсией *per se*, наличием приступов и при приеме антиконвульсантов. Также необходимо учитывать, что менструальный цикл сопровождается изменением концентрации эстрогенов, прогестерона, ФСГ и ЛГ в плазме крови, что может усиливать проявление заболевания. У многих женщин это происходит в начале менструального цикла, когда наблюдается снижение концентрации всех вышеперечисленных гормонов, во время овуляции, сопровождающейся пиковым повышением уровня ЛГ, или за 2-10 до начала цикла, когда у многих женщин проявляется синдром предменструального напряжения, при котором происходит изменение соотношения эстрогенов и прогестерона с преобладанием первого, что способствует развитию головной боли, адинамии, изменению психоэмоционального состояния, возникновению вегетососудистых и нейроэндокринных нарушений. Катамениальная эпилепсия, связанная с менструальным циклом, проявляется у женщин в период полового созревания, во время наступления менархе (средний возраст 11-13 лет) и носит циклический характер, то есть возникает в определенную фазу менструации. В зависимости от формы и тяжести заболевания у пациенток во многих случаях отмечаются различные патологии репродуктивной системы. Синдром поликистозных яичников в два раза чаще наблюдается у женщин с эпилепсией, что обусловлено гормональным дисбалансом, гипопрогестеронемией (24%), гиперпролактинемией (15-30%), повышением уровня тестостерона (21%). Также у трети больных регистрируются ановуляторные циклы, в то время как в популяции они встречаются у 8-10% женщин, а более чем у половины отмечается снижение либидо. Эти нарушения могут приводить к привычному невынашиванию беременности или самопроизвольному аборту [16]. Под влиянием ПЭП и из-за нарушения процессов возбуждения и торможения в нервной ткани происходит изменение в функционировании гипоталамо-гипофизарной системы и выработке стероидных гормонов. ПЭП оказывают энзиминдуцирующие воздействия, увеличивая активность метаболизма стероидных гормонов печенью, а также изменяется выработка белков, транспортирующих половые гормоны. Во время прегравидарной подготовки и ~ 51 ~ 2019. Vol. 21. No 6 The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium" Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке»

<https://clinical-journal.ru/> беременности акушер-гинеколог должен проводить профилактику дефицита фолиевой кислоты вследствие конкурентного взаимодействия ПЭП с VitB9 [17]. Развитие мегалобластической фолиеводефицитной анемии ведет к самопроизвольным выкидышам, аномалиям развития плода, большей частоте возникновения гестоза, повышенному риску отслойки плаценты, преждевременным родам, рождению ребенка с низкой массой тела и патологией нервной системы (анэнцефалии, гидроцефалии, менингоцеле). При этом дефицит фолиевой кислоты усугубляет течение заболевания у матери с развитием судорожных припадков, а в после родовом периоде женщины в большей степени подвержены возникновению депрессии. Профилактический прием препаратов VitB9 до наступления беременности позволяет в 3,5 раза снизить риск развития нарушений ЦНС у плода [6]. В период планирования беременности следует решить вопрос о приеме ПЭП в случае наступления у женщины ремиссии, подтвержденной данными ЭЭГ исследования. В таком случае следует отложить время наступления беременности на один год, после прекращения приема антиконвульсантов и стабилизации состояния пациентки, так как изменения в организме пациентки представляют риск повторного возникновения эпилептических приступов [2, 6]. Если же ремиссия достигнута, то рекомендуется заранее подобрать один препарат, с помощью которого получается добиться компенсации заболевания. Необходимо своевременно решить вопрос о возможности пролонгирования беременности. Пациентки должны быть информированы об относительных противопоказаниях к беременности: генерализованные судорожные припадки, так как они приводят к грубым нарушениям фетоплацентарного кровообращения и аноксии плода; резистентные к терапии формы эпилепсии; выраженные изменения личности пациентки, которые могут угрожать ее здоровью и представлять опасность для плода. Показанием для продолжения беременности является стойкая ремиссия на фоне приема препаратов (отсутствие в течение 2,5-3 лет эпилептических приступов) и субкомпенсированное состояние с редкими припадками [1]. Эпилепсия не является показанием к оперативному родоразрешению, и при нормальном течении беременности возможно родоразрешение через естественные родовые пути. Только при повышенной судорожной готовности (генерализованные припадки, эпилептический статус) проводится операция кесарева сечения [3]. Учитывая тератогенное влияние ПЭП всем пациенткам с эпилепсией в сроке до 17 недель гестации, необходимо пройти медико-генетическую консультацию. Наблюдение за женщиной должно продолжаться и после родов, так как в этот период достаточно часто регистрируются обострения эпилепсии. Антиконвульсанты могут приводить к развитию дефицита VitK-зависимых факторов свертывания, поэтому новорожденным необходимо ввести витамин K в целях профилактики геморрагических осложнений [17]. Таким образом, пациентки с эпилепсией представляют собой группу высокого риска по развитию осложнений и нуждаются в тщательной диагностике, особой тактике лечения и ведения беременности. Координированная работа акушера-гинеколога и невролога, а также проведение прегравидарной подготовки помогут снизить вероятность развития неблагоприятного исхода для женщины и плода. ~ 52 ~

Неврологических заболеваний в акушерстве можно разделить на три группы.

- 1) Заболевания, которые существовали еще до беременности или которые выявляются во время беременности как мигрень, рассеянный склероз, миастения, эпилепсия, опухоли мозга или синдром Гийена-Барре.
- 2) Заболевания, которые могут появиться без беременности, но которые демонстрируют более высокую заболеваемость в связи с беременностью. К этой группе относятся церебральная ишемия, внутримозговое кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние, внутричерепной венозный тромбоз и компрессионные невропатии.
- 3) Преэклампсия, эклампсия, HELLP синдром, эмболия амниотической жидкости и апоплексия гипофиза т.е. заболевания с неврологическими симптомами, которые возникают только во время беременности. Сама беременность может подразумевать некоторые ограничения или даже противопоказания в отношении диагностики и лечения этих заболеваний.

Эпилепсия одно из самых частых неврологических заболеваний, частота ее у женщин детородного возраста составляет примерно 4-10 случаев на 1000 женщин [1]. Существует несколько видов судорожных припадков. Припадки бывают генерализованными и локальными. Генерализованные подразделяются на клонико-тонические ( grand mal , большой припадок) и абсансы ( petit mal или малый припадок). Парциальные судороги могут иметь моторный сенсорный, вегетативный или психический компоненты. Комплексные судороги, которые включают височно-теменную эпилепсию, могут сопровождаться нарушениями сознания. Прогноз зависит от вида судорог. Ремиссии бывают у 70% пациентов с генерализованными судорогами и у 90% больных с простыми парциальными судорогами.

Большинство припадков во время беременности вызваны уже объявленной эпилепсией (То and Cheung, 1997). Судороги Де-Ново при отсутствии признаков преэклампсии требуют исключения острых метаболических изменений [например, гипонатриемия, гипогликемия, гипергликемия или острая печеночная недостаточность из-за жировой печени беременности или вирусного гепатита, а также структурных поражений] (Donaldson, 1983, Tank et al., 2002). Гестационная эпилепсия относится к припадкам, возникающим только во время беременности. У пациентов с гестационной эпилепсией во время беременности наблюдаются первоначальный припадок, а затем повторяющиеся неспровоцированные припадки. Эклампсия является наиболее распространенной причиной новых припадков во время беременности.

У женщин с эпилепсией на частоту и тяжесть припадков во время беременности могут влиять такие факторы, как изменения в метаболизме ASD (противосудорог), изменения уровня гормонов и соблюдение лекарств. Некоторые женщины с эпилепсией отмечают урежение или учащение припадков во время беременности. Большинство эпилептических припадков во время беременности возникают у женщин с ранее существовавшей эпилепсией. Редко у женщин развиваются новые приступы, похожие на эпилептические припадки во время беременности, что создает диагностическую и терапевтическую проблему для врача.

Во время беременности большинство женщин отмечают увеличение припадков на 15-30%. Изменения в фармакокинетике противоэпилептических препаратов, вызванные беременностью, являются основным фактором, влияющим на изменения судорог во время беременности.

Эпилептический статус возникает только в 1-2% беременностей, и при правильном лечении риск заболеваемости и смертности довольно низкий. Структурные и метаболические изменения могут привести к новым приступам во время беременности.

Частота судорог может увеличиваться во время беременности примерно у половины женщин. Причиной этого являются несколько механизмов. Концентрация в плазме противосудорожных препаратов во время беременности снижается, так как увеличивается объем их распределения, ухудшается связывание с белками, так как снижается концентрация альбуминов и увеличивается клиренс препарата. Прогестерон обладает мягким противосудорожным действием, эстрогены снижают судорожный порог. У больных эпилепсией примерно в два раза выше риск преэклампсии, преждевременных родов, и таких осложнений со стороны плаценты, как предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. У детей в два раза выше риск мертворождения, перинатальной смертности, низкого веса при рождении и аномалий развития. Препараты могут оказывать также прямое действие на будущего ребенка, вызывая нарушение развития и когнитивный дефицит [6]. У таких беременных в два раза чаще роды осложняются и заканчиваются оперативно. Риск врожденной аномалии плода у беременной принимающей один противосудорожный препарат составляет 4-6% [2].

Клинические исследования показали, что на судороги влияют женские половые гормоны [3, 4] Эстроген снижает судорожный порог, а прогестерон повышает

Судороги во время беременности создают риск как для матери, так и для плода, судороги могут вызвать лактоацидоз и временное повышение давления в матке и кровотока. В таких случаях рекомендуется пациентку уложить на левый бок для улучшения кровотока плоду и уменьшения вероятности аспирации (Barrett and Richens, 2003).

Следует дать кислород, ввести кристаллоиды, для остановки припадков лоразепам (Pennell, 2003). Если пациентка принимает известный АЕД, то следует дать дополнительные дозы этого лекарства.

#### **Заключение:**

Эклампсия является одной из наиболее частых причин припадков во время беременности и остается значительной причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Во всем мире наблюдается около 600 000 материнских смертностей и колеблется от 1,8% до 5% (Cunningham et al., 1993; WHO/UNICEF, 1990). В западных странах это происходит примерно в 1 из 2000 беременностей, с еще более высокой заболеваемостью 1 на 33-1700 беременностей в странах третьего мира (Douglas and Redman, 1994).

#### **Литература**

1. Локшин В. Н. и др. Особенности диагностики и лечения репродуктивного здоровья женщин с эпилепсией: обзор литературы //Репродуктивная медицина (Центральная Азия). – 2024. – №. 2. – С. 45-53.
2. Якунина А. В. и др. Российский регистр беременности и эпилепсии: итоги и перспективы //Эпилепсия. – С. 44.
3. Повереннова И. Е. Эпилепсия и беременность: клиничко-диагностические аспекты, прогноз рождения здорового ребенка: дис...д.м.н: 3.1.24.- Самарский государственный медицинский университет, Сакмара, 2024-243
4. Хлыбова С. В. и др. Анализ ведения родов у пациенток с патологическим расположением и прикреплением плаценты //Вятский медицинский вестник. – 2024. – Т. 81. – №. 1. – С. 108-116.
5. Котов А., Фирсов К. Эпилептические синдромы периода новорожденности и младенчества. – Litres, 2024.
6. Иванова Н. Е. и др. Клиническая эффективность и перспективы применения дибуфелона при фокальной эпилепсии (обзор литературы, клинический случай) //Российский нейрохирургический журнал имени профессора АЛ Поленова. – 2024. – Т. 15. – №. 4. – С. 162-168.
7. Орчинская А. В. и др. Роль эпилепсии в репродуктивной функции женщин //Архив акушерства и гинекологии им. ВФ Снегирева. – 2024.
8. Архипов В. В., Хайруллина Ф. Л., Радутный В. Н. Течение беременности и родов у женщин с эпилепсией //Медицинский альманах. – 2008. – №. 4. – С. 72-74.
9. Петров Ю. А., Купина А. Д., Березовская К. Е. Беременность и роды при эпилепсии в современных условиях //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2019. – Т. 21. – №. 6. – С. 48-52.
10. Якунина А. В. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода при юношеской миоклонической эпилепсии //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №. S1. – С. 13-17.
11. Цивцивадзе Е. Б. и др. Беременность при эпилепсии: тактика ведения и родоразрешения //Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – №. 5. – С. 69-79.
12. Петрухин В. А. и др. Ведение беременности и родов у беременных с эпилепсией //Доктор. Ру. – 2017. – №. 8 (137). – С. 22-27.
13. Котов А. С., Фирсов К. В. Эпилепсия и беременность. Клиническая лекция //Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2019. – Т. 3. – №. 11-1. – С. 25-30.

**Омирзакова Н.Ж., Нағый Г.Н., Нурмахан Н.С**  
**ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ В**  
**ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**

*Научный руководитель: Смайлова Лаззат Кенжебековна – PhD MS, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана», почетный профессор*

*Жумажанова Бағытжамал Каратаевна-заведующая акушерско-гинекологическим отделением ГКП на ПХВ ГП №8 г. Астана*

*Андреева Светлана Евгеньевна - заведующая акушерско-гинекологическим отделением ГКП на ПХВ Городская поликлиника №4 г. Астаны*

**Актуальность:** Актуальность диагностики опухолей яичников у девочек и подростков, особенно в антенатальном периоде, обусловлена сложностью раннего выявления и необходимостью сохранения репродуктивного здоровья. Раннее обнаружение опухолей позволяет снизить риск осложнений, таких как перекрут и разрыв, и обеспечивает возможность своевременного лечения. Современные методы визуализации, как УЗИ и МРТ, играют важную роль в диагностике, но требуют дальнейшего совершенствования для точной дифференциации опухолей. Улучшение методов диагностики и разработка клинических рекомендаций помогут оптимизировать тактику ведения пациентов и снизить долгосрочные риски для здоровья.

**Цель работы:** Систематизация и анализ существующих литературных источников для выявления современных подходов к диагностике опухолей яичников, включая методы визуализации и использование биомаркеров, а также в оценке их эффективности и возможности внедрения в клиническую практику для улучшения раннего выявления и лечения новообразований.

**Материалы и методы исследования:** При написании данной работы были использованы научные данные с высокими доказательными базами из международных авторитетных баз данных рецензируемых журналов с ненулевым импакт-фактором. К таким онлайн платформам открытого доступа можно отнести следующие: на русском языке – российская научная электронная библиотека «КиберЛенинка»; на английском языке – PubMed, PubMed Central, международный научный журнал PLOS One, журналы Elsevier, MDPI и Frontiers, Google Scholar и другие. Таким образом, в общем количестве было проанализировано около 340 статей, посвященных к проблемам истинного узла пуповины и обвитии пуповиной. Среди них были отсортированы около 70 статей для дальнейшего изучения.

**Результаты исследования:** Диагностика опухолей яичников у девочек и подростков представляет собой сложную задачу, требующую особого внимания медицинских специалистов, поскольку опухоли яичников встречаются довольно редко и имеют разнообразный характер. Важно отметить, что в данной возрастной группе наиболее часто выявляются герминогенные опухоли, такие как тератомы и дисгерминомы. Эти опухоли возникают из зародышевых клеток и могут проявляться различными симптомами, включая боль внизу живота, менструальные нарушения и даже асимптоматическое течение на ранних стадиях. Специфический подход к диагностике и лечению этих опухолей имеет решающее значение, поскольку раннее вмешательство может существенно повлиять на исход и качество жизни пациенток (Young et al., 2002).

Современные методы визуализации играют важную роль в диагностике опухолей яичников в антенатальном периоде. Ультразвуковая диагностика (УЗИ) является первым и основным методом, позволяющим не только выявить наличие новообразования, но и оценить его размеры, структуру и локализацию. УЗИ также помогает в дифференциации между доброкачественными и злокачественными образованиями, хотя это и требует опытного врача, поскольку многие доброкачественные опухоли могут имитировать злокачественные (Chen et al., 2016).

Магнитно-резонансная томография (МРТ) также активно используется для более детальной

оценки опухолей, особенно в случаях, когда УЗИ не дает однозначных ответов. МРТ позволяет более точно визуализировать анатомические структуры и может помочь в планировании хирургического вмешательства, если оно требуется. Этот метод может выявить характерные для опухолей признаки, такие как наличие капсулы или инвазия окружающих тканей, что является важным для определения стадии заболевания и выбора дальнейшей тактики лечения. Однако, несмотря на развитие методов визуализации, диагностика опухолей яичников у девочек и подростков остаётся сложной задачей. Проблема дифференциации опухолей на доброкачественные и злокачественные по-прежнему актуальна. Необходимость в дополнительных исследованиях подчеркивает важность применения биомаркеров, которые могут помочь в точной диагностике. Исследования показывают, что определенные биомаркеры, такие как альфа-фетопроtein (AFP) и хорионический гонадотропин (hCG), могут быть полезны для оценки опухолевой активности и определения типа опухоли (Rescorla, 2012). Кроме того, недавние исследования также подчеркивают потенциал новых биомаркеров, таких как СА-125 и HE4, которые могут улучшить диагностику и прогнозирование опухолей яичников. Например, СА-125 является наиболее известным маркером, который, хотя и используется чаще для диагностики у взрослых, может также быть полезен в определённых клинических ситуациях у подростков (Wang et al., 2019).

Введение таких биомаркеров в клиническую практику позволит значительно улучшить диагностику и повысить точность дифференциации между различными типами опухолей. Это особенно важно для девочек и подростков, поскольку раннее выявление и соответствующее лечение могут предотвратить серьезные осложнения и сохранить репродуктивное здоровье в будущем. В связи с этим, дальнейшие исследования в этой области имеют критическое значение для формирования новых подходов к диагностике и лечению опухолей яичников у этой уязвимой категории пациентов.

Анализ геномной ДНК опухолей может выявить специфические мутации, которые ассоциированы с определенными типами опухолей, что открывает новые перспективы для персонализированного лечения. Одним из таких примеров является мутация в гене BRCA1, которая может указывать на повышенный риск развития рака яичников и молочной железы (Buchanan et al., 2018).

Более того, новые технологии, такие как жидкостная биопсия, также начинают внедряться в клиническую практику. Жидкостная биопсия позволяет анализировать циркулирующие опухолевые ДНК (ctDNA) в крови, что может стать революционным методом для ранней диагностики и мониторинга опухолевых заболеваний без необходимости инвазивных процедур (Merker et al., 2018). Эти методы могут существенно повысить чувствительность и специфичность диагностики, позволяя врачу получать более полное представление о заболевании.

Не менее важным аспектом является необходимость формирования междисциплинарных команд, включающих педиатров, онкологов, генетиков и радиологов для комплексного подхода к ведению пациенток с опухолями яичников. Это позволит не только улучшить качество диагностики, но и обеспечить более целостное лечение, учитывающее все аспекты здоровья девочек и подростков, включая их физическое и психоэмоциональное состояние (Meyer et al., 2019).

Таким образом, комбинирование традиционных методов визуализации с новыми молекулярными и генетическими подходами открывает новые горизонты в области диагностики опухолей яичников у девочек и подростков, что в конечном итоге может привести к улучшению исходов и повышению качества жизни пациенток.

**Выводы:** Диагностика опухолей яичников у девочек и подростков требует комплексного подхода, включая современные методы визуализации, биомаркеры и молекулярные исследования, что позволяет значительно улучшить точность диагностики и дифференциацию опухолей. Мультиmodalный подход и междисциплинарная команда специалистов способны повысить эффективность лечения и сохранить репродуктивное здоровье пациенток, что является ключевым аспектом в управлении этими редкими заболеваниями.

Зарипова Д.Я.

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*Phd, доц. Кафедры акушерства и гинекологии №2, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу али Ибн Сино, Бухараский перинатальный центр Бухара, Узбекистан.*

*Научный консультант: Туксанова Д.И.*

*д.м.н.профессор кафедры акушерства и гинекологии №2, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу али Ибн Сино*

**Актуальность:** Переход в перименопаузальный период – это ступень в жизни женщины, когда на фоне возрастных изменений во всем организме инволюционные процессы доминируют в репродуктивной системе. Низкая пиковая масса костной ткани, ускоренная потеря ее в перименопаузальном периоде на фоне дефицита половых гормонов ведут к развитию менопаузального остеопороза. В его патогенезе ведущим является дефицит половых гормонов, что приводит к ускорению процессов костного метаболизма со смещением равновесия в сторону процесса резорбции. Преобладание процессов резорбции над процессами формирования кости ведет к развитию остеопении или остеопорозу.

**Цель исследования:** Изучить и оценить роль оптической плотности сыворотки крови в прогнозировании и ранней диагностике остеопороза у 250 женщин в перименопаузальном периоде с факторами риска на остеопороз.

**Материалы и методы исследования:** Исследования выполнялись на базе Бухарского областного перинатального центра в период с 2023 по 2024 годы на кафедре акушерства-гинекологии №2 Бухарского государственного медицинского института. Углубленные исследования проводились на контингенте из 150 женщин с факторами риска развития остеопороза. Распределение женщин по группам будет произведено с учётом особенностей возраста, вредных привычек, соматических заболеваний и с переломами костей в анамнезе. В первую группу будут введены 30 женщин с физиологическим течением перименопаузального периода, во вторую группу - 40 женщин с ранними клиническими проявлениями остеопороза, не применявшиеся профилактической медикаментозной терапии. В третью группу будут составлять - 80 пациенток, которым будут проведены скрининг- исследование и корректирующая терапия, которые будут в свою очередь подразделены на 3 группы по применению МГТ для сравнения эффекта проводимой терапии.

**Результаты исследования:** Средний возраст больных 1-группы составил  $45,54 \pm 0,84$  лет, 2-группы  $44,53 \pm 0,97$  лет и 3-группы  $50,73 \pm 0,93$  лет. Средний возраст всех обследованных составил 46,9 лет. В первой контрольной группе исследования, явных клинических проявлений климактерического синдрома не наблюдалось, клинические проявления были подтверждены лабораторными показателями, так как явных смещений показателей от референтных значений не было. В среднем уровень Т-критерия составил в этой группе -0,54. Са 2,1 мг/дл, ЩФ 302 нмоль/л, эстрадиола 0,45 пмоль/л. Все эти данные являются нормой при данном возрасте. Z-критерий  $-32,1\% \pm 0,1$ . При определении оптической плотности сыворотки крови, было обнаружено от 30 до 45 радиальных линий, которые появляются вследствие сушки на предметном стекле в комнатной температуре при достаточном количестве минералов и белков в сыворотке исследуемых пациенток. У 40 – пациентки 2 – исследуемой группы, по данным анкетного опроса и клинического осмотра были выявлены клинические проявления климактерического синдрома, по лабораторным показателям сыворотки крови констатировано снижение концентрации Са 0,14 мг/дл, эстрадиола 0,018 пмоль/л и повышение щелочной фосфатазы на 27 ед/л по сравнению референтных показателей для женщин данного возраста. Соответственно величина стандартных отклонений до лечения Т-критерия  $-1,5 \pm 0,01$  при проведенных исследований ультразвуковой денситометрии указывает на развития остеопении. После лечения Т-критерий составил  $-1,6 \pm 0,01$ . При этом Z- критерий составил  $-69,9\% \pm 0,4$ . В 3-группу были включены женщины, которые систематически проходили профилактические осмотры у гинеколога и состояли на диспансерном учете. По

данным анкетирования были выявлены клинические признаки климактерического синдрома, проявляющиеся в виде периодических подъемов артериального давления, головные боли, нарушение сна, потливость, утомляемость, нарушения в менструальном цикле. При УЗИ исследовании органических изменений органов малого таза не было выявлено. По данным ультразвуковой денситометрии величина стандартных отклонений T- критерия до лечения составляли в среднем  $-2,0 \pm 0,03$ , Z- критерий  $-75,4\% \pm 0,2$ , указывающие на прогноз остеопении, после лечения он снизился до  $-1,8 \pm 0,02$ . Содержание Ca в крови  $1,98$ , ЩФ  $266$  ЕД/л, эстрадиол  $0,014$  пмоль/л.

**Выводы:** Резюмируя, в целом на основании полученных результатов наших научных исследований, следует считать, что прогноз остеопении и остеопороза у женщин в перименопаузальном возрасте можно сделать по изучению структурно-оптических свойств сыворотки крови и ее построения и оценить эффективность проводимой комплексной терапии на основе МГТ. Учитывая большую значимость в гинекологической практике факта развития нарушений костной резорбции в перименопаузальном периоде жизни женщин, который объясняется большим процентом развития остеопороза и остеопении с использованием метода определения оптической плотности крови и их структурного строения, можно выявить группы риска возникновения остеопороза до появления симптомов на ранних этапах его развития.

УДК 618.1-618.2-616.6

Қадыр А.Е., Акимжанова А.Э., Тилекова А.Ж.

## ОБИЛЬНЫЕ МЕНСТРУАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.

*Научный руководитель: магистр, ассистент кафедры Халмуратова К.Ж., заведующая акушерско-гинекологического отделения ГП №6 Баянова Г.А.*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

*НАО «Медицинский университет Астана», город Астана.*

**Актуальность:** Согласно данным, примерно одна треть женщин сталкивается с ОМК в разные периоды своей жизни [1, 2]. Уровень распространенности ОМК варьируется в зависимости от того, как она определяется [3]. Если рассматривать ОМК как кровопотерю свыше 80 мл, то распространенность составляет от 9% до 14% [3]. При использовании субъективных данных показатели распространенности ОМК оказываются выше и более изменчивыми [3]. В России ОМК диагностируется лишь у 3% женщин, что составляет около 1,3 миллиона представительниц женского пола в возрасте от 15 до 54 лет (при этом около 50% из них — женщины в возрасте от 30 до 49 лет) (Market Research Statistics October 2014) [4]. Однако это, вероятно, указывает на недостаточную диагностику данного состояния в нашей стране.

**Цель работы:** Данное исследование направлено на определение обильных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста с целью предоставления им дальнейшей медицинской помощи.

**Материалы и методы исследования:** На текущий момент мы завершили первый этап нашего исследования. Проведено анкетирование у сотрудниц городской поликлиники №6 города Астаны, с информированным согласием, посвященное на тему обильные маточные кровотечения. Анкетирование проводилась в формате онлайн. В итоге в опросе участвовали 180 женщин. Произведен анализ результатов.

**Результаты исследования:** Средний возраст участниц исследования варьируется от 18 до 50 лет. Согласно результатам анкетирования, средний уровень осведомленности о обильных маточных кровотечениях составляет 68,6%, при этом 16,9% женщин имеют низкий уровень информированности. У 80,2% женщин менструации происходят регулярно, в то время как 19,8% сталкиваются с нерегулярными циклами. Средняя длительность менструации составляет 3-5 дней, что наблюдается у 66,1% женщин. У 23,8% менструации продолжаются более 5 дней. Обильные менструальные кровотечения отмечаются у 11,8% женщин, а остальные 88,2% женщины оценивают как умеренное. 72% из них применяют

дополнительные средства для контроля за кровотечением, тогда как 28% не используют дополнительных средств защиты от кровотечения. 24,3% женщин меняют средства гигиены каждые 1-2 часа, а 62,7% делают это каждые 3-4 часа. Дискомфорт или боль во время менструации испытывают 65,9% женщин, в то время как 34,1% не ощущают таких симптомов. Лишь 10,1% женщин обращались к врачу по поводу обильных маточных кровотечений, тогда как 89,9% не искали медицинской помощи. На вопрос: оценки общего влияния обильных менструаций на качество жизни женщины 17,1% женщин выражают крайне негативное отношение к качеству своей жизни, 45,1% оценивают его как умеренное и 37,8% имеют нейтральное отношение. 42% женщин выражают свое положительное мнение об влиянии гормональных изменений на менструальный цикл, 41,4% в мнении как умеренное влияние. Уровень стресса в повседневной жизни как высокий у 27,2% женщин, умеренный 59% женщин, у 13,9% женщин низкий уровень стресса. На вопрос об использовании различных методов контрацепции: оральные контрацептивы – 4,7%, внутриматочные устройства – 8,8%, презервативы – 23,5%, другие методы – 10,9%, не используют средства – 52,4%. Так же в анкете был вопрос об уровне гемоглобина крайнего анализа крови: у 4% женщин уровень гемоглобина ниже 90 г/л, у 26,7% – от 90 до 110 г/л, а у 69,3% женщин показатели гемоглобина находятся в норме.

**Вывод:** С учетом проведенного анализа анкет, мы пришли к выводу, что обильные маточные кровотечения во время менструации являются значительной проблемой в области гинекологии для женщин РК. У 19,8% опрошенных женщин наблюдаются нерегулярные менструальные кровотечения. Обильные менструальные кровотечения фиксируется у 11,8% респонденток. 62,2% пациенток имеют снижение качества жизни, за счет обильных маточных кровотечений. У 30,7% женщин уровень гемоглобина снижен до менее 110 г/л. Учитывая эти факты, мы планируем продолжить исследование в области диагностики и оказания помощи женщинам в лечении с целью улучшения их качества жизни.

#### **Список литературы:**

1. Hurskainen R, Grenman S, Komi I, Kujansuu E, Luoto R, Orainen M, Patja K, Penttinen J, Silventoinen S, Tapanainen J, Toivonen J. Diagnosis and treatment of menorrhagia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:749-757.
2. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL; Clinical Practice — Gynaecology Committee, Leyland N, Wolfman W, Allaire C, Awadalla A, Best C, Dunn S, Heywood M, Lemyre M, Marcoux V, Menard C, Potestio F, Rittenberg D, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC Clinical Practice Guideline. Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(5:eSuppl):S1-S28.
3. Fraser IS, Langham S, Uhl-Hochgraeber K. Health-related quality of life and economic burden of abnormal uterine bleeding. *Expert Rev Obstet Gynecol.* 2009;4(2):179-189.
4. Heavy menstrual bleeding: modern approach to problem solution E.N. ANDREEVA, Russia.

УДК 618.2.614.4

**Кушан А.А., Махмутова М.С., Галицкая Т.Н.**

### **ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ReCoDe ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОНФАУДИНГ - ФАКТОРОВ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА**

*Кафедра акушерства и гинекологии №1,*

*НАО «Медицинский университет Астана», Казахстан*

**Актуальность:** уровень и структура антенатальной гибели плода являются одним из основных демографических показателей и в тоже время отражают качество акушерской и антенатальной помощи. Данная проблема является актуальной и социально значимой. В практике 50% перинатальных потерь составляет антенатальная гибель плода. К сожалению, до настоящего времени антенатальная гибель плода является полиэтиологичной и невыясненной проблемой, в том числе в плане выработки единых подходов к профилактике и акушерской тактике.

**Цель работы:** изучить анамнез жизни беременных женщин с антенатальной гибелью плода, течения их беременности и анализ факторов риска для применения их в классификации ReCoDe, с целью поиска путей снижения внутриутробной гибели плода.

**Материал и методы исследования:** нами проведен ретроспективный анализ 31 случаев антенатальной гибели плода с 22 до 42 недель беременности в ГПЦ третьего уровня г. Астана за 2023г. Анализ проводился по истории родов формы (ф. № 096/у), обменным картам (ф. №113/у), по протоколам патологоанатомических вскрытий и гистологических исследований последа.

**Результаты исследования:** Возрастная характеристика беременных:

- от 15 до 18 лет - 0% (0),
- от 19 до 39 лет - 84% (26),
- свыше 40 лет - 16% (5)

Паритет: первородящие - 19 % (6), повторнородящие - 81% (25).

Состояли на учете по беременности - 100% (31), из них ранняя явка - 65% (20), необследованные - 0% (0), поздняя явка - 35% (11).

Одноплодная беременность составила - 97% (30), многоплодная беременность - по типу хориальности (плацентации):

- дихориальная - диамниотическую - 0% (0);
- монохориальная, диамниотическая - 3% (1);
- монохориальная, моноамниотическая - 0% (0).

Проводился анализ анамнестических данных с учетом соматических заболеваний, репродуктивного анамнеза и гинекологических заболеваний.

При анализе анамнестических и документальных данных выявили: основной удельный вес - 97% (30) занимает экстрагенитальные патологии. Которую можно разделить по системам: мочевыделительная система - 13; кровеносная система - 28; сердечно - сосудистая система - 11; органы зрения - 11; эндокринная система - 8; органы дыхания - 6; ожирение - 4; желудочно - кишечный тракт - 4; молочная железа - 1; опорно - двигательная система - 1; кожа - 1.

При изучении репродуктивной функции в 11 случаях (35%) отмечается: замершая беременность - 9, медицинский аборт - 3, самопроизвольный выкидыш - 3.

Особенности гинекологического анамнеза выявлено в 15 случаях (48%), заболевания распределились: эрозии - 3, бесплодие - 1, миома матки - 4, цистоаденома яичника - 1, кольпит - 11.

Инфекции, передаваемые половым путем выявлено в 16 случаях (52%), они разделились: хламидия - 0; трихомонада - 1; микоплазма - 1; грибы кандиды - 3; ВПЧ - 2; иные - 14.

На этапе антенатального наблюдения, согласно протоколу №185 МЗ РК от 28.07.23 г.

«Антенатальный уход», при первом посещении врач заостряет внимание на «Тревожных признаках». Один из пунктов гласит: после шести месяцев беременности – если Ваш ребенок совершает менее 10 движений в течение 12 часов, немедленно обратитесь к медицинскому работнику.

При изучении истории родов мы увидели, что главная причина обращения являлась: ослабление, либо отсутствие шевеления плода.

Поступили в стационар сразу с момента отсутствия шевеления - 55% (17) беременных, первые сутки - 16% (5), на 2 сутки - 3% (1), на третьи сутки и выше - 23% (7), со слов пациента нет жалоб на отсутствие шевеления - 3% (1).

При анализе результатов гистологического исследования выявлены: субкомпенсированная форма хронической плацентарной недостаточности имеет место поражение плаценты в виде серозного, гнойного, серозно-гнойного децидуита.

По сроку беременности на момент антенатальной гибели плода случаи распределены следующим образом:

- от 22 недель до 28 недель - 32% (10)
- от 29 недель до 33 недель - 23% (7)
- от 34 недель до 36 недель - 26% (8)

- от 37 недель и более - 19% (6)

По срокам беременности абсолютным лидерством преобладает - от 22 до 28 недель.

Структура антенатальной гибели плода по весовой категории разделена на:

- до 499.0 гр. - 6% (2)
- от 500 до 999.0 гр. - 26% (9)
- от 1000 до 1499.0 гр. - 13% (4)
- от 1500 до 1999.0 гр. - 10% (3)
- от 2000 до 2499.0 гр. - 16% (5)
- от 2500 и более гр. - 26% (8)

По весовой категории абсолютными лидерами - от 500 до 999,0 гр.

По классификации ReCoDe причины распределены следующим образом:

Причины	Стационар			
	Абс.	%		
А-Плод 55% (17)	Врожденная летальная аномалия	7	12%	
	Инфекция	7	12%	
	• Хроническая			
	• Острая			
	Неиммунная водянка плода	0	0%	
	Изоиммунизация	1	2%	
	Плодово-материнские	0	0%	
	Трансфузия от одного близнеца другому	0	0%	
В-Пуповина 19% (6)	Внутриутробная задержка развития плода	3	5%	
	Другие	14	24%	
	В-Пуповина 19% (6)	Выпадение	0	0%
		Узел пуповины или тугое обвитие	2	6.3%
		Прикрепление оболочечное	2	6.3%
		Другие	2	6.3%
	С-Плацента 94% (29)	Отслойка плаценты	7	12%
		Предлежание плаценты	0	0%
Предлежание сосудов		0	0%	
Плацентарная недостаточность/инфаркт		23	42%	
Другие		22	40%	
D-Амниотическая жидкость 65% (20)	Хориоамнионит	14	39.6%	
	Маловодие	7	19.8%	
	Многоводие	2	5.6%	
	Другие	0	0%	
E-Матка 26% (8)	Разрыв	0	0%	
	Другие	8	26%	
G-Интранатальная патология	Асфиксия	0	0%	
	Родовая травма	0	0%	
H-Травма	Внешняя	0	0%	
	Ятрогенная	0	0%	
I-Неклассифицированные причины 3.2% (1)	Ни одной выявленной патологии	0	0%	
	Недостаточно информации	1	3.2%	

- По классификации ReCoDe основными причинами гибели плода являются осложнения, связанные с плацентой, с амниотической жидкостью и с плодом.

#### Выводы:

Результаты нашего исследования показали, что в основе патогенеза антенатальной гибели плода лежит плацентарная недостаточность и воспалительные изменения в плаценте,

проявлением которого является антенатальная асфиксия плода. Плацентарная недостаточность является важнейшей проблемой современной перинатологии, ее частота составляет 42%. Также чаще у повторнородящих среднего возраста, что составляет 84 % пациенток, с экстаргенитальной патологией 97%. По результатам видно, что внутриутробная гибель плода встречается чаще у недоношенных, а именно 22-28 нед. и массой 500-999,0 гр. Со стороны плода: врожденные летальные аномалии – 12 % случаев и инфекция -12%. Таким образом, причина антенатальной гибели плода многообразна и часто наблюдается сочетание нескольких факторов, приводящих к её развитию, что требует многостороннего изучения. Необходимо преемственность врачей акушеров-гинекологов с другими смежными специальностями, что поможет в полном объеме провести прегравидарную подготовку каждой женщины. При проведении консультирования по планированию семьи, необходимо выявление факторов высокого риска антенатальной гибели плода, что позволит провести не только профилактические, ну и необходимые лечебные мероприятия с целью профилактики осложнения беременности. Использование классификации ReCoDe и систематизируя упущенные возможности, как на этапе прегравидарной подготовки, так и антенатального наблюдения, дает возможность ликвидировать основные причины перинатальной смертности.

УДК 618.4-036.8

**Малгаждарова<sup>1</sup>Б.С., Тулемисова<sup>1</sup>А.А., Кожгаппарова<sup>2</sup> А.Г., Байтанатова<sup>2</sup> А.Б.**  
**ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

*НАО «Медицинский университет Астана»<sup>1</sup>,*

*Многопрофильная областная больница №2<sup>2</sup> Акмолинской области г. Астана*

*Заведующий кафедрой к.м.н.(Ph.D.) Искаков С.С.*

*Директор ГКП на ПХВ МОБ №2 Бюрабеков И.Д.*

Акушерские кровотечения (АК) остаются значимой причиной материнской смертности во всем мире. В структуре АК, которые привели к неблагоприятному исходу беременности и родов, важное место принадлежит послеродовым кровотечениям. АК является причиной критического состояния, как правило, при массивной кровопотере и развитии нарушений в системе гемостаза в ситуации неверной тактики оказания акушерской помощи. В последние годы в развитых странах анализ ошибок оказания помощи при АК проводится на случаях «едва не погибших» женщин («near miss»), что имеет дополнительные преимущества и позволяет найти незадействованные резервы для снижения материнской смертности. Нет сомнений в ятрогенности некоторых причин ПРК и неправильной тактике их лечения. Именно эти теоретически устранимые причины серьезно влияют на МС. Среди факторов, предрасполагающих к гипотонии и атонии матки, акушерские ятрогении доминируют [1]. По мнению В.Н. Серова массивные АК протекают на фоне изначальной коагулопатии, которая зачастую остается невыявленной, а массивное кровотечение во всех случаях сопровождается нарушениями в системе гемостаза и геморрагическим шоком. Если беременная подойдет к родам на фоне гипокоагуляции или выраженной тромбофилии с нарушениями гемостаза, следует ожидать массивного кровотечения [2]. Но, опираясь на современный опыт, его можно предупредить и правильно провести интенсивную терапию. Врачи, медсестры, акушерки должны знать о факторах риска ПРК и иметь надлежащую подготовку в отношении превентивных мер и стратегий управления этим осложнением беременности [2,3]. Высокий показатель МС от АК отражает низкое качество организации оказания медицинской помощи и свидетельствует о наличии резервов для снижения материнских потерь [10].

Цель - изучить эффективность современных методов борьбы с акушерскими кровотечениями в условиях Многопрофильной областной больницы.

Материалы и методы исследования. Исход родов, госпитализированных беременных с близлежащего района Акмолинской области за 2019-2023годы. Анализ проведенных мероприятий по борьбе акушерскими кровотечениями на клинической базе кафедры

акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» - Многопрофильная областная клиническая больница №2 Акмолинской области (г.Астана).

Результаты и обсуждение.

В таблице 1 приведены качественные показатели по акушерским кровотечениям на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» - Многопрофильная областная клиническая больница №2 Акмолинской области.

Таблица 1- Случаи кровотечений за 5 лет

1	год	2019г	2020г	2021г	2022г	2023г
2	кровопотеря					
3	до 1литр	18- 8,1%	47-63,5%	29-59,9%	55-72,4%	55-71,4%
4	свыше 1литра	13-1,9%	25-33,8%	18-35,3%	17-22,4%	20-26,0%
5	Свыше 2 литров		2-2,7%	4-7,8%	4-5,3%	2-2,6%
6	всего кровотечений (показатель)	31-1,5%	74-3,1%	51-1,6%	76 -2,7%	77-2,8%
7	причины					
8	Атония матки	20- 64,5%	29-39,2%	27-52,9%	38-50,0%	36-46,8%
9	ПОНРП	10-32,3%	39-52,7%	21-41,2%	34-44,7%	36-46,8%
10	ПП	1-3,2%	6-8,1%	3-5,9%	4-5,3%	8-10,4%

Как видно из таблицы уровень акушерских кровотечений за эти 5 лет в МОБ2 было от 1,5% до 3,0%, что не превышает частоты акушерских кровотечений, который в разных странах мира определено как 1,8 - 8% от всех родов.

Среди причин АК преобладают гипотония и атония матки, по мнению некоторых исследователей, при этом доминируют акушерские ятрогении [2]. В наших наблюдениях, кроме (2020 года), у половины АК возникло вследствие нарушения сократительной способности матки – «тонус», однако ятрогенное нарушение не прослежено.

Таблица 2 Наложённые гемостатические швы и гистерэктомия

п/п	год	Частота АК	Количество компрессионных швов	гистерэктомия
1	2019	31-1,5%	9 - 29%	1 - 3,2%
2	2020	74-3,1%	18 - 24,3%	1 - 1,4%
3	2021	51-1,6%	19 - 37,3%	4 - 7,8%
4	2022	76 -2,7%	10 - 13,2%	4 - 5,3%
5	2023	77-2,8%	4 - 5,2%	-

Как видно из таблицы 2, где было больше наложено гемостатических швов (2021 год), проведенная гистерэктомия составила 7,8%, так как проводимые все меры были исчерпаны и неэффективны, и эту ситуацию можно еще связать с пиком пандемии Ковид - 19, когда отмечалось нарушение со стороны свертывающей и противосвёртывающей системы. В одном случае в 2023 году у повторнородящей 30 лет (роды 01.04.2023г) имело место релапаротомия.

Диагноз: Роды одноплодные 5 в сроке 40 недель 2 дня путем elective кесарева сечения. Лобное предлежание. Рубец на матке (1) после операции кесарева сечения. Многожировая. Спаечный процесс малого таза. Варикозное расширение вен органов малого таза и нижних конечностей. ХВН II. 01.04.2023г Лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением кожного рубца. Адгезиолизис. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Кровопотеря 700 мл. 03.04.2023г Гематома переднего и левого бокового свода. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Двухсторонний экссудативный гидроторакс. Релапаротомия. Удаление гематомы малого таза. Ушивание а. Cisticus. Перевязка маточной артерии слева Хирургическая стерилизация. Санация и дренирование брюшной полости и малого таза. Гемотрансфузия. Общая кровопотеря 2200мл: 700мл (1 операция) +1500 (релапаротомия). Послеродовой послеоперационный период 2-е сутки после кесарева сечения. Роды

одноплодные 5 в сроке 40 недель 2 дня путем elective кесарева сечения. Лобное предлежание. Рубец на матке (1) после операции кесарева сечения.

МногOROжавшая. Варикозное расширение вен органов малого таза. Варикозная болезнь нижних конечностей. Первичное варикозное расширение вен обеих нижней конечности. Телеангиоэктазия обеих нижних конечности. ХВН II. Лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением кожного рубца. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Кровопотеря 700 мл.

Гемотрансфузия. Выписана на 13 сутки в удовлетворительном состоянии.

По мнению В.Н. Серова (2007г.) массивные АК протекают на фоне изначальной коагулопатии, которая зачастую остается не выявленной, а массивное кровотечение во всех случаях сопровождается нарушениями в системе гемостаза и геморрагическим шоком. Если беременная подойдет к родам на фоне гипокоагуляции или выраженной тромбофилии с нарушениями гемостаза, следует ожидать массивного кровотечения [2]. Но, опираясь на современный опыт, его можно предупредить и правильно провести интенсивную терапию. Врачи, медсестры, акушерки должны знать о факторах риска ПРК и иметь надлежащую подготовку в отношении превентивных мер и стратегий управления этим осложнением беременности [2,3]. В этом плане в МОБ2 регулярно проводятся тренинги и семинарские занятия среди медперсонала родильного отделения с участием сотрудников кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО МУА.

Среди причин АК преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в 2020 году встречалась у 39 беременных, что составило 52,7%. Эта ситуация также наблюдалась в пик пандемии Ковид – 19.

По мнению некоторых исследователей - типичными ошибками были отсутствие применения активного ведения третьего периода родов (АВТПР [33, 34]. Доказано, что наиболее эффективным методом профилактики ПРК является активное ведение третьего периода родов. Вопрос о необходимости применения контролируемых тракций за пуповину активно обсуждался на XX международном конгрессе акушерства и гинекологии FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) в Риме в 2012 году. Несмотря на активную дискуссию, было принято решение о продолжении подготовки специалистов для проведения данной интервенции, поскольку в больших и качественных исследованиях показано преимущество данного подхода [36]. Полученные результаты в группе, состоящей из 800 женщин, не показали каких-либо значимых преимуществ применения контролируемых тракций за пуповину, выполненных подготовленными специалистами, в отношении влияния на первичные и вторичные исходы. Тем не менее, эффективность данной интервенции, вероятно, определяется, в первую очередь, технологией ее проведения и уровнем подготовки специалиста [4].

В родильном учреждении клинической базы кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» - Многопрофильная областная клиническая больница №2 Акмолинской области (г.Астана) все эти 5 лет использовалось активное ведение третьего периода родов по всем правилам. Это информированное добровольное согласие на активное ведение третьего периода родов. Согласно Клиническому протоколу МЗ Республики Казахстан от «13» января 2023 года, протокол №177: после рождения переднего плечика в/м вводят 10 ЕД окситоцина (или 5 ЕД окситоцина в/в) и рождение плаценты осуществляется с помощью контролируемых тракций за пуповину[5]. Однако, за эти годы были осложнения после активного ведения третьего периода родов – остатки плацентарной ткани у 6,5%.

В течении 5 летнего наблюдения и ведения беременных, рожениц и родильниц с АК в МОБ2 не была случая материнской смертности.

Таким образом, необходимые методы профилактики и лечения акушерских кровотечений являются следующие:

- Прегравидарная подготовка
- Ранний охват беременных
- Обеспечение безопасного материнства
- Выделение группы риска по акушерскому кровотечению

- Рациональное ведение беременности по группе риска
- Аутогемотрансфузия
- Неагрессивное/бережное/ ведение родов
- Своевременная диагностика/причин/ акушерских кровотечений
- Борьба с кровотечением согласно КПДЛ, принятого в последнем варианте (в РК 2023г.)

### Литература

1. Radsinskyi VE. Obstetric aggression. M.: Mediaburo Status Praesens, 2011. 688 p. Russian (Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Медиабюро Статус презенс, 2011. 688 с.)
2. Serov VN. Ways to reduce obstetric pathology. Obstetrics and gynecology. 2007; (5): 8-12. Russian (Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 8-12).
3. Rööst M, Altamirano VC, Liljestränd J, Essén B. Does antenatal care facilitate utilization of emergency obstetric care? A case-referent study of near-miss morbidity in Bolivia. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2010; 89 (3): 335-342
4. Сурина М.Н., Марочко Т.Ю. Акушерские кровотечения как основная причина критических состояний и материнской смертности. // Фундаментальная и клиническая медицина. Обзорная статья. Том 1, № 3-с.81-87
5. Клинический протокол МЗ Республики Казахстан от «13» января 2023 года, протокол №177 «Ведение родов».

УДК 614.2:616-052:618.4

Малгаждарова<sup>1</sup> Б.С., Тулемисова<sup>1</sup> А.А., Кожагаппарова<sup>2</sup> А.Г.

## РОЛЬ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ В РЕШЕНИИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

*НАО «Медицинский университет Астана»<sup>1</sup>,*

*Многопрофильная областная больница №2 Акмолинской области<sup>2</sup>, г. Астана*

*Заведующий кафедры к.м.н.(Ph.D.) Искаков С.С.*

*Директор ГКП на ПХВ МОБ №2 Бюрабеков И.Д.*

Информированное добровольное согласие (ИДС) — правовая доктрина в медицинской этике и медицинском праве, согласно которой для медицинского вмешательства, особенно сопряженного с риском, должно быть получено согласие пациента, являющееся действительным только при соблюдении определенных условий[1].

ИДС в настоящее время относят к основным правам пациента (англ. *Patients' rights*).

Цель – изучить историю информированного добровольного согласия и роль при ведении пациенток в акушерстве и гинекологии.

История. Бытует мнение, что требование на получение согласия пациента на медицинское вмешательство впервые сформулировано в XVIII веке в Великобритании. Понятие «добровольное согласие» впервые было применено во второй половине 1940-х годов по окончании Нюрнбергского процесса, когда подчёркивалось внимание к добровольному участию испытуемых в медицинских экспериментах[1]. Термин “информированное согласие” (“informed consent”) впервые встречается в медицинском и этико-правовом дискурсе в конце 1950гг благодаря прецедентному судебному процессу “Мартин Сальго против Стэнфордского университета” (1957г), когда в США после транслюмбальной аортографии пациент оказался обездвижен, он обратился в суд и выиграл иск против врачей: выяснено, что, будучи уведомленным о данном осложнении, он бы не дал согласия, таким образом его согласие не было информированным[2].

Необходимость получения информированного согласия закреплена рядом основополагающих международных документов — Женевская декларации 1948г, Хельсинкская декларация 1964г, которая в дальнейшем многократно пересматривалась и дополнялась в ходе международных конгрессов врачей. Еще одним важным этапным документом является отчет

Бельмонта “Этические принципы и руководящие положения по защите людей, вовлеченных в исследования” (1979г) о расследовании многолетнего наблюдения (1932-1972гг) за течением сифилиса у большой группы афроамериканцев, лишенных информации о своем заболевании и необходимого лечения[2]. В связи с официальной функцией информированного согласия, заключающейся в обеспечении прав пациентов, необходимо упомянуть фундаментальные акты, направленные на их защиту: Лиссабонскую декларацию о правах пациента 1981г, декларацию о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994г, Конвенцию о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины 1997г, Европейскую хартию прав пациентов 2002г. Помимо международно-правовых актов, большинство из которых носит рекомендательный характер, концепция добровольного информированного согласия нашла отражение в национальных законодательствах многих стран. На данный момент в системе международного права не существует общепринятого правоустанавливающего документа, который бы регламентировал объем и содержание информированного согласия. Основные принципы.

- Получение до медицинского вмешательства.
- Добровольное получение и возможность отзыва согласия в любое время и без объяснения причин.
- Исчерпывающая информированность.
- Обязательное условие медицинского вмешательства[2].

Общие положения

О том, что информированное согласие было дано, можно говорить только в случае, когда присутствует четкое понимание фактов, следствий и последствий действия. Чтобы предоставить информированное согласие, пациент должен обладать достаточной компетентностью и дееспособностью (под дееспособностью в данном контексте подразумевается, согласно формулировке ВОЗ, наличие «физических, эмоциональных и когнитивных способностей принимать решения или совершать целенаправленные действия», а под компетенцией понимается психическая способность «переработать и понять суть информации для принятия на этом основании четко сформулированных решений»)[3].

В Евросоюзе согласно положениям Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа предусмотрена непереносимость соблюдения медицинскими работниками профессиональных норм и обязанностей для максимально полного соблюдения прав пациентов и защиты их законных интересов[3].

Следует иметь в виду, что ИДС не является основанием для освобождения медицинского работника от юридической ответственности в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента. До сих пор распространено мнение, что ИДС — не что иное, как карт-бланш медицинских работников, их надежное прикрытие от всевозможных неблагоприятных исходов медицинских вмешательств, в случае наступления которых они освобождаются от юридической ответственности. Однако, это совсем не так. Примерно в половине так называемых «врачебных дел», которые расследуются по поводу неблагоприятных исходов медицинских вмешательств, имеются погрешности в процедуре оформления ИДС. Суть права на ИДС заключается в том, что любое медицинское вмешательство возможно только после получения от пациента или его законного представителя согласия на это вмешательство, в противном случае любое действие врача можно расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений. Однако возложение ответственности на доктора возможно только лишь при отсутствии полученного надлежащим образом ИДС пациента. Рассматривая оформление информированного согласия в акушерстве, всегда следует исходить из того, что беременная, роженица и родильница - особенная пациентка. Врач ответственен за две жизни: жизни матери и внутриутробного плода(полноценный пациент).

В Казахстане пункт 3 статьи 134 Кодекса РК от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" устанавливает, что медицинская помощь должна предоставляться только после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента[4].

ИДС пациента на лечение является обязательным документом, который подписывается обеими сторонами – и пациентом, и лечащим врачом – перед проведением медицинской помощи.

В основе информированного согласия лежит объективная информация об особенностях здоровья пациента и процессе лечения. Решение пациента не должно быть спонтанным, вынужденным или принятым под влиянием обмана или насилия. Принимает его либо сам пациент, либо его законный представитель. Наряду с информированным согласием граждане РК имеют право отказаться от лечения и проведения медицинских вмешательств, включая профилактические прививки (пп. 18 п. 1 ст. 77 Кодекса о здоровье). Согласие на медицинское вмешательство пациент подписывает перед началом манипуляции. Оно всегда предшествует медицинскому вмешательству – нельзя сначала оказать помощь, а потом подписать согласие. Это незаконно. **Важно! Полученное информированное согласие на проведение процедур не освобождает медперсонал от гражданской и уголовной ответственности.**

Формы согласия пациента на лечение в РК 2024

На сегодняшний день действует приказ Минздрава РК от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020, регламентирующий формы учетной медицинской документации в области здравоохранения РК (шаблоны, бланки и образцы разного характера) [5].

Таким образом, ИДС пациента на обследование и лечение в 2024 году представлено следующими формами:

- Информированное согласие пациента – вкладной лист 3 к медицинской карте стационарного больного (форма № 001/у);
- Информированное согласие пациента (реабилитация) – вкладной лист 3 к реабилитационной карте (форма № 047/у);
- Информированное согласие перед обязательным конфиденциальным медицинским обследованием лиц на ВИЧ-инфекцию – форма № 097/у.

Письменное добровольное согласие пациента при инвазивных вмешательствах приказа МЗСР РК от 20 мая 2015 года № 364 «Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах»;

- Информированное согласие беременной женщины на ультразвуковое исследование плода – Приложение 5 к приказу МЗ РК от 21.06.2022 № ҚР ДСМ-54;
- Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок- согласно приложениям 2 и 3 к Санитарным правилам "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению профилактических прививок населению", утвержденным приказом МЗ РК от 21.09.2023 № 150.

Информированное согласие может быть общим и специальным. Общее информированное согласие пациента нужно получать всегда, кроме случаев, когда предстоит операция, анестезия, процедурная седация, инвазивное вмешательство, при других процедурах высокого риска.

Специальное информированное согласие пациента нужно при инвазивных вмешательствах. Так определил пункт 3 статьи 134 Кодекса о здоровье. В настоящее время действует Приказ МЗСР РК от 20 мая 2015 года № 364 «Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах». Медорганизация внедряет процедуры получения специального ИДС пациента на медицинские услуги перед: операцией; анестезией; процедурной седацией; при других процедурах высокого риска.

Критерии требований по получению информированного согласия

№	Требования к процедуре получения общего информированного согласия на основе стандартов аккредитации
1	Процесс получения информированного согласия пациента или его законного представителя руководство медицинской организации утверждает внутренними нормативными актами в соответствии с законодательством РК
2	Ответственный за информированное согласие медперсонал обучают процессу получения общего информированного добровольного согласия от пациента или

	его законного представителя на медуслуги, при этом используют понятные и доступные для пациента пояснения
3	Пациента осведомляют о процедуре получения информированного согласия на медицинские услуги в данной медорганизации
4	При получении информированного согласия пациента или его законного представителя информируют об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия
5	При получении информированного согласия пациента или его законного представителя дополнительно оговаривают возможность проведения фото- и видеосъемки для безопасности или в других целях

Медработник в доступной для пациента форме обязан сообщить пациенту: о целях, методах и рисках оказания медицинской помощи; возможных вариантах вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах; альтернативных методах обследования и лечения; праве обратиться к другому врачу или в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении; обязанности пациента поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем; информацию, что дополнительные услуги, лекарственные средства и медизделия сверх ГОБМП и ОСМС пациент будет получать за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников; последствиях отказа от обследования и лечения; праве пациента, которое связано с вмешательством.

Необходимо доносить до пациента, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима, сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям.

Обязанности пациента при информированном согласии

В отношении информированного согласия пациенты имеют не только права, но и обязанности. Поэтому разъясните ему о них.

Пациент должен: сообщать врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза и лечения заболевания; после дачи согласия на медицинское вмешательство неукоснительно выполнять назначения медработника (пп. 3 п. 1 ст. 135 Кодекса о здоровье); своевременно информировать об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения, а также при возникновении заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрении на них (пп. 5 п. 1 ст. 135); проявлять в общении с медработником уважение и такт (пп. 2 п. 1 ст. 135).

Необходимо расспросить пациента обо всех проблемах, связанных с его здоровьем: о наследственности; аллергических проявлениях; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания; потреблении табачных изделий; злоупотреблении алкоголем; злоупотреблении наркотическими средствами; перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности; принимаемых лекарственных средствах. Так определил приказ МЗСР РК от 20.05.2015 г. № 364.

В 2020 году коллективу МОБ №2 пришлось участвовать в судебном разбирательстве по достоверности ИДС, когда муж, не поверив, что согласие подписано женой несколько месяцев устраивал разбирательства, включая проверку достоверности почерка. После неоднократных встреч удалось доказать, что ИДС был подписан именно пациенткой, которой была оказана помощь в стационаре.

**Заключение.** Информированное согласие — это больше, чем просто подписанный документ. Это фундаментальный элемент, который выражает глубокое уважение к правам, достоинству каждого пациента. В контексте медицинской практики информированное согласие символизирует взаимное доверие, необходимое для построения надежных отношений между врачом и пациентом. Этот процесс не только защищает права пациента, позволяя ему делать осознанный выбор, но и предоставляет врачам юридическую и этическую защиту, укрепляя их профессиональные отношения с пациентами. Данный механизм играет ключевую роль в

формировании более справедливой и ответственной системы здравоохранения. Он способствует тому, чтобы каждый пациент чувствовал себя активным участником в процессе принятия решений, касающихся его здоровья, а не просто пассивным объектом медицинских вмешательств. Важность информированного согласия заключается в его способности поддерживать баланс между медицинской необходимостью и правами пациента, что, в конечном счете, ведет к улучшению качества медицинской помощи и повышению уровня удовлетворенности пациентов. Таким образом, информированное согласие является неотъемлемой частью современного здравоохранения, которое помогает укрепить доверие и сотрудничество между пациентами и медицинскими работниками. Это не просто юридическое требование, а необходимый компонент этической и профессиональной ответственности, способствующий построению системы здравоохранения, в которой каждый человек может чувствовать себя уважаемым, защищенным и активно вовлеченным в процесс своего лечения.

Случай в МОБ2 показал особенности ИДС в акушерско-гинекологической практике, когда медицинским сотрудникам удалось доказать достоверность и тонкости информированного согласия.

### **Литература**

1. Patients' rights. Encyclopædia Britannica. Дата обращения: 10 июля 2018. Архивировано 10 июля 2018 года.
2. А.Н. Пищта, А.Е. Климов. Информированное добровольное согласие в медицине (правовой аспект). // Вестник РУДН, серия медицина. -№1(33). - 2006,-с. 112-118
3. Законодательство в области психического здоровья и права человека. — Всемирная организация здравоохранения, 2006. — С. 22—24. — 50 с. — ISBN 92 4 454595 0. Архивировано 20 августа 2021 года.
4. Кодекса РК от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения»  
Приказ Минздрава РК от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020
5. «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения».

УДК 616.66-614.2

**Муминова Н.Х., Джумаева С.Т .**

## **ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ВОПРОСАМ ЭНДОМЕТРИОЗА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

*Центр развития повышения квалификации медицинских работников*

*Ташкент, Республика Узбекистан*

*Центр развития повышения квалификации медицинских работников Филиал Навои,*

*Республика Узбекистан*

**Актуальность:** В последние годы все чаще в практической гинекологии встречаются различные формы эндометриоза которого насчитывают в порядке 6–10% у женщин репродуктивного возраста.

Среди них с жалобами на первичное или вторичное бесплодие встречаются примерно 35–50% пациенток у которых в основном были диагностированы эндометриоз различного расположения

**Цель настоящего:** исследования состоит в том что определить значимость диагностических маркеров по мере их применения при эндометриозе различной локализации.

**Материал и методы исследования:** Для осуществление нашей цели были выбраны 48 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом и из них с сочетанной с различными гинекологическими доброкачественными опухолями такими как миома матки и склерокистоз яичников (СПКЯ).

СПКЯ были у 7, миома матки у 9, а у остальных моно эндометриоз и всем им провели анкетирование с анализом начало и течение болезни, сравнивали имеющиеся анализы и диагностические исследования с данными здоровых 30 женщин контрольной группы, возраст пациенток в среднем составил 27,3±1,4 года. По роду занятий 22 (57,9%) , 18(60%),

обследованные являлись служащими, 16 (42,1%) , 14(40%)– домохозяйками в двух соответствующих группах.

Для диагностики эндометриоза мы проводили УЗИ методом на аппарате Toshiba Nemio MX”(Япония) с 5,0 МГц трансвагинальным датчиком, а также гормональный фон на 3-5-е дни при сохраненном цикле натошак, утром, а при ациклическом в любой день цикла.

**Результаты собственных исследований:** В основной группе у 71,1% пациенток, из них заболевания щитовидной железы и инфекции мочевыделительной системы у каждой 3-ей, желудочно кишечного тракта- у каждой 2-й, гинекологические заболевания в анамнезе имели 24 (63,1%) женщин с эндометриозом.

Менархе у больных: 10-12 лет – 7 (13,1%), 13-15 лет – 15 (23,7%), 16-18 лет – 25 (57,9%). Нарушения менструального цикла по типу олигоменореилотмечали 25 женщин (60,4%) сохраненный менструальный цикл – 23 ( 50%), тогда как у здоровых женщин у 65% нормирующий цикл с 12-13 лет, у 35% такой же цикл после 13 лет .

На первичное бесплодие в анамнезе указывали 22 беременных с продолжительностью, в среднем, от 1 до 3,5 лет, тогда как в контрольной группе таких не оказалось.

Из методов диагностики - УЗИ проводили 25-28 -е дни цикла, где признаки ЭН были следующими: во всех случаях были увеличение переднезаднего отдела матки с гиперэхогенностью миометрия, шейка матки у 19 была деформирована, также размытость между эндометрием и миометрием были у 20 пациенток и во всех случаях (38) диагностированы анэхогенные образования округлого размера 6-9-11мм в диаметре и трубчатые длиной до 1,2 мм.

УЗИ эндометриоза яичников был представлен образованиями чаще односторонними размерами -4-8 мм с мелкодисперсным содержимым , с плотной капсулой.

При спорных случаях мы проводили МРТ для возможности отличить эндометриоидную кисту от других новообразований, таких у нас было из 38 у 1 пациентки с ЭН.

Показатели ЛГ и ФСГ были следующими:10,6 и 5,3 mIU/ml, в сравнении 8,4 и 6,2 mIU/ml , достоверно выше показатели ЛГ, при снижении ФСГ, что и препятствовала нормальному росту фолликула до 18-20мм. Е2 пг/мл у здоровых 132,2± 9,5 пг/мл Pg -56,3± 1,3, тогда как у пациенток с ЭН 154,1 ±2,4\* и 34,2 ± 0,3\*, что означает достоверно высокие показатели эстрадиола, при низком показателе прогестерона.Свободный тестостерон у 23 пациенток с ЭН не отличался от данных здоровых женщин, тогда как при сочетанных патологиях ЭН+СПКЯ- был достоверно выше чем здоровые на 1,9 пг/мл (2,3 ± 0,2 и 2,24 ±0,3\*\* пг/мл).

Показатель СА-125 у 5 пациенток варьировал в пределах 11-21 Ед/мл. что означало отсутствие опухолей яичников другого генеза.

**Обсуждение:**Данные УЗИ и гормонального статуса- достоверно высокие показатели ЛГ, эстрадиола и свободного тестостерона при низком содержании ФСГ и прогестерона свидетельствует о том что ЭН относится к опухолевидным состояниям с изменениями в гормональном статусе, которых следует учесть при гормональной коррекции для лечения бесплодие или улучшения качество жизни пациенток репродуктивного периода узбекской популяции. А также данные ряда авторов совпадают с нашими результатами (Хачкурузов В.Н.2018г, Беженарь К.И 2020г).

**Выводы:** Для диагностики эндометриоза как в матке, так и в яичниках предпочтительным методом диагностики является ультразвуковой метод, который считается неинвазивным и доступным, при сочетанных патологиях ЭН и ПКЯ рекомендуем для дифференциальной диагностики МРТ.

Для гормональной коррекции эндометриоза предлагаем в обязательном порядке исследование гормонального статуса как гонадотропный так стероидный профиль, которые являются необходимыми для полноценного лечения патологического состояния.

При эндометризе яичников,, кроме УЗИ и гормонального статуса рекомендуем в спорных случаях проверить СА-125, для исключения новообразований в яичниках.

Муминова Нигора Хайритдиновна

Джумаева Ситора Ташпулатовна

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА***Центр развития повышения квалификации медицинских работников, Навоийский филиал, Узбекистан***Ключевые слова:** эндометриоз, УЗИ, онкомаркеры, лабораторные анализы**Резюме:** Эндометриоз пути решения проблемы в диагностике и лечении

Эндометриоз один из гинекологических патологий которая часто приводит к женскому бесплодию. Женщины с этой патологией часто обращаются в специалисту по поводу тазовой боли (34%), бесплодия (37%) и с нарушением менструального цикла. Целью настоящего исследования явился анализ анамнестических данных и диагностических тестов пациенток репродуктивного периода с ЭН. Обследованы 38 женщины репродуктивного возраста с эндометриозом, у которых было проанализировано течение болезни, с изучением анализов и диагностических исследований. Внедрение инновационных лабораторных исследований для установления причины ЭН являются перспективным направлением решением задач касающихся ЭН.

**Таянч сузлар:** Endometrioz, ultratovush tekshiruv, onkomarkerlar, laborator analizlar**Xulosa Eendometrioz:tashhisot va davolash borasida muammolarni echish****N.X.Muminova, S.T.Djumaeva****Tibbiyot xodimlari malakasini oshirish markazi**

Endometrioz(EN) ko'pincha ayollarning bepustligiga olib keladigan ginekologik patologiyalardan biridir. Ushbu patologiyaga ega bo'lgan ayollar ko'pincha tos a'zolaridagi og'riqlar (34%), bepustlik (37%) va hayz davrining buzilishi uchun mutaxassisga murojaat qilishadi. Tadqiqotning maqsadi EN bilan kasallangan reproduktiv davrdagi bemorlarning tarixi va diagnostik testlarini tahlil qilish edi. Endometriozli reproduktiv yoshdagi 38 ayol, ularda kasallikning borishi tahlil qilingan va diagnostik tadqiqotlar o'rganilgan. EN sabablarini aniqlash uchun innovatsion laboratoriya tadqiqotlarini joriy etish EN bilan bog'liq muammolarni hal qilishda istiqbolli yo'nalish hisoblanadi. **Key words:** Endometrioz, ultrasonografiya, onkomarkers, labor reserch

**Summary****Endometriosis: Diagnostic criteria for in gynecology****N.Kh. Muminova, S.T.Djumaeva****Center for the Development of Professional Development of Medical Workers**

**Relevance.** Endometriosis is one of the gynecological pathologies that often leads to female infertility. Women with this pathology often turn to a specialist for pelvic pain (34%), infertility (37%) and menstrual irregularities. Endometriosis is one of the gynecological pathologies that often leads to female infertility. Women with this pathology often turn to a specialist for pelvic pain (34%), infertility (37%) and menstrual irregularities. The purpose of this study was to analyze the history data and diagnostic tests of patients of the reproductive period with EN.

Research 38 women of reproductive age with endometriosis, in whom the course of the disease was analyzed, with the study of analyzes and diagnostic studies. The introduction of innovative laboratory research to determine the cause of EN is a promising direction in solving problems related to EN.

**Актуальность:**

В настоящее время у женщин репродуктивного возраста выявляются различные дисгормональные состояния, которые осложняют течение менструального цикла, снижая качество жизни и вызывая различной степени осложнений, которые часто приводят к необратимым процессам, в связи с чем приходится для их лечение применить оперативные методы

Качество жизни женщин репродуктивного периода имеет ряд своих особенностей и в этом некоторые опухолевые заболевания имеют немаловажную роль(1,5).

В настоящее время среди женщин репродуктивного периода часто встречаются различной локализации эндометриоз (ЭН), как экстрагенитального так и генитального расположения, особенно много сочетанные патологии такие как ЭН с опухолевидными образованиями или изменениями в матке, в том числе и миомы матки как узловые формы так самого увеличения детородного органа (1,2).

Эндометриоз один из гинекологических патологий которая часто приводит к женскому бесплодию. Женщины с этой патологией часто обращаются в специалисту по поводу тазовой боли (34%), бесплодия (37%) и с нарушением менструального цикла (1,5).

К сожалению в литературе мало данных анализа, посвященных основным проблемам лечения бесплодия и отдаленных осложнений у пациенток с ЭН.

Небольшой объем научных публикаций по заявленной теме указывает направление для будущих исследований, открывающих перспективы улучшения лечения бесплодия женщин с эндометриозом и еще чаще с его сочетанными формами. Лечение для реализации репродуктивной функции в указанных группах пациенток должно быть строго индивидуализировано с учетом всех особенностей сочетанных форм.

Достоверных данных по частоте встречаемости сочетанных форм ЭН с другими гинекологическими патологиями например с миомой в литературе находим очень редко и ни достоверно, хотя эти патологические состояния встречаются часто при ежедневной практике гинеколога (1.3).

**Целью настоящего** исследования явилось анализ анамнестических данных и диагностических тестов пациенток репродуктивного периода с ЭН сочетанный с другими гинекологическими доброкачественными опухолевидными заболеваниями.

**Материал и методы исследования:** 58 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом различного генеза, у которых было проанализировано течение болезни, с изучением анализов и диагностических исследований. Из них у 24 были ЭН+миома матки, у 11-ЭНс ПКЯ, у 23 -МОНО ЭН.

Возраст пациенток колебался от 19 до 43 лет, составляя, в среднем,  $28,6 \pm 1,6$  года. По роду занятий 32 (57,9%) обследованные являлись служащими, 26 (42,1%) – домохозяйками. Сопутствующая экстрагенитальная патология была обнаружена у 78,1% пациенток, из них заболевания щитовидной железы отмечаются у каждой 3-ей, гинекологические заболевания в анамнезе имели 38 (65,5 %).

Менархе у больных: 10-12 лет – 15 (25,8%), 13-15 лет – 16 (27,6%), 16-18 лет – 27 (46,5%). Нормопонирующий цикл был отмечен у 19 (32,7%), антепонирующий – у 17 (29,3%), постпонирующий – у 22 (37,9%) пациенток. Менструальный цикл был циклическим у 19, ациклическим у 39.

Нарушения менструального цикла по типу олигоопсоменореи – 6, гиперполименорея- 39, нормальные кровопотеря во время цикла у 13.

На первичное бесплодие в анамнезе указывали 37 беременных с продолжительностью, в среднем, от 1 до 3,5 лет, на 18.

Повторнобеременные- 19 (23,7%), из них завершились родами – 11,2%, с привычным невынашиванием беременности – 73%. Характерной особенностью анамнеза больных с ЭН особенно при сочетанных гинекологических патологиях стали прерывание более 2/3 всех беременностей в первом триместре (67,8%), половина из них – до 8 недель беременности. Второй пик увеличения частоты самопроизвольных выкидышей был 13-20 недель, вероятно, за счет гинекологических осложнений. В эти сроки у женщин с ЭН прерывалась каждая третья беременность, случаи неразвивающейся беременности составили 15,5%.

Пациенткам в случае сочетанной с другими опухолевидными заболеваниями диагнозы выставляли по данным УЗИ (38), МРТ (23), а также с помощью других инструментальных и антропометрических исследований – массо-ростовой индекс, особенности оволосения при сочетании СПКЯ, по УЗИ миому матки оценивали по классификации ФИГО, где ссылались на расположение узлов в зависимости от слоев-в эндометрии, миометрии и периметрии.

Из методов исследования всем 58 пациенткам включали определение содержания в сыворотке крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерона радиоиммунологическим методом, АМГ, ингибин В методом ИХЛА, экскрецию 17 – КС в суточной моче - только 27м пациенткам(47,9 %). РИАГ гормонов крови был произведен почти всем из 38, 29 пациенткам на 5-8-й день менструального цикла или , остальным при ациклическом цикле в любой день. Для диагностики ПКЯ учитывались характерный анамнез, внешний вид и клиническая симптоматика, для ЭН обязательно учитывали болевой синдром, его характер и обращали внимание на давность боли и кратность проведенных антибактериальных лечений, для миомы также симптом боли и гиперполименорея.

**Результаты исследования:** Анамнез был отягачен у большинства пациенток, где родители по женской линии перенесли различные доброкачественные (17), злокачественные гинекологические заболевания.

ИМТ :норма-15, избыточный все-21, 1ст -12, 2-й степени-8;

Из инструментальных исследований для диагностики проводили УЗИ органов малого таза: уменьшение переднезаднего размера матки и увеличение объема яичников по сравнению с нормой. Объем яичников более 9 см<sup>3</sup>, гиперплазированная строма до 25% объема, более 12-13 атретичных фолликулов диаметром до 10 мм, расположенных по периферии под утолщенной капсулой.

МРТ для исключения опухоли гипофиза было сделано только 5 пациенткам с сопутствующей патологией, где у двоих выявили пролактиному и изменения в турецком седле, МРТ надпочечников – для исключения гиперплазии коры надпочечников только у 3. Гормональные исследования: базальный уровень ЛГ превышал нормальные показатели у 70% больных, снижение базального уровня ФСГ в 30% случаев, ЛГ/ФСГ>2,5, гиперпролактинемия (>700 мМЕ/л) встречался у 11 (чаще при центральных формах синдрома), а также увеличение уровня общего и свободного тестостерона, 17-оксипрогестерон при нормальном содержании ДЭА-С.

При превышающих значениях ИМТ, при метаболических нарушений (43%) назначили корректирующую терапию(диета, лечебная физкультура и метформин или инозитол). Оперативное лечение из 38 было произведено 5-м пациенткам в объеме клиновидной резекции, удаления эндометриодного очага и узлов миомы матки.

И ни у одной пациентки не были найдены исследования посвященные к изучению генетической предрасположенности к эндометриозу .

**Обсуждения результатов:**Анализируя данные обследованных женщин с сочетанной гинекологической патологией мы хотели перечислить методы исследования по мере их значимости и необходимости для постановки точного диагноза. Тщательный сбор анамнеза, с выяснением наследственных заболеваний, объективный осмотр, с подсчетом по шкале Галлвея-Ферримана, вычисления ИМТ, для установление степени ожирения, подсчет индекса НОМА, для выявления степени инсулинрезистентности, радиоиммунные исследования гормонов, ТФД, УЗИ, при сопутствующей патологии (гиперпролактинемии) и для точной верификации эндометриоза МРТ или МСКТ.

**Заключение:** На наш взгляд в современной клинике диагноз ЭН, особенно при сочетании с другими опухолевидными заболеваниями ЖПО , особенно если женщину беспокоит бесплодие, следует начать исследование с сбора анамнеза, далее проведение антропометрических, гормональных исследований, хотя они также имеют характерные особенности, в случае отсутствия условий или экономических ресурсов, так как многие пациентки именно из-за этих причин не или поздно обращаются к специалистам. Преемственная практика между эндокринологом и гинекологом будет способствовать своевременной точной диагностики и лечения заболевания. Но верификация эндометриоза предоставляет некоторые трудности и поэтому для точной характеристики распространенности эндометриодного очага рекомендуем такие специальные методы исследования как МРТ и по показаниям лапароскопию (2,3,5).

Таким образом, для постановки точного диагноза и установления причины сочетанных патологий такие как эндометриоз, миома матки, СПКЯ особое место занимает лабораторные и инструментальные методы исследования, среди которых основной упор следует делать на точные методы диагностики такие как МРТ, в условиях отсутствия ультразвукового исследования.

Внедрение генетических исследований для установления причины ЭН в сочетании с другими опухолевидными состояниями являются перспективным направлением решением задач касающихся в этом направлении, а именно сочетанные формы ЭН и миомы матки должны вести с назначением единой гормональной терапии, которая дает возможность регрессу как ЭН так и миомы матки (1,4).

#### **Литература**

1. Адамян Л.В., Бургова Е.Н., Ткачев Н.А. и др. Применение динитрозильных комплексов железа с глутатином снижает болевые проявления у крыс с экспериментальным эндометриозом. // Проблемы репродукции. - 2013. - N 5. - С. 73-80.
2. Варганова И.В., Полушин Ю.С., Беженарь В.Ф. Оптимизация послеоперационного обезболивания больных наружным генитальным эндометриозом тяжелой степени // Ж. Акушерства и женских болезней. - 2011. - Т. LIX. - N 4. - С. 26-31.
3. В.М.Боголюбова. - М.: БИНОМ, 2010. - книга 1. - С. 63-77. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Эндометриозидная болезнь // Гинекология: Руководство для врачей. /Под ред. В.Н.Серова, Е.Ф.Кира. - М.: Литера, 2008, - 840 с.
4. Колотовкина А.В., Калинина Е.А., Коган Е.А. Морфофункциональные особенности эндометрия у больных эндометриозом ассоциированным бесплодием (обзор литературы) // Консилиум медикум. - 2012. - N 4. - С. 74-79.
5. Berlanda N., Vercellini P., Fedele L. The outcomes of repeat surgery for recurrent symptomatic endometriosis // Curr Opin Obstet Gynecol. - 2010. - Vol. 22. - N 4. - P. 320-325.

УДК 616.71-001

**Мырзашова А.Г.**

### **РОЛЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИИ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ**

*Научный руководитель: Бодыков Гани Жандиярович - д.м.н., профессор НАН, Академик РАМ, Заведующий кафедры акушерства и гинекологии НУО «Казахстанско-российский медицинский университет» (Алматы, Казахстан)*

*«Казахстанско-российский медицинский университет» (Алматы, Казахстан)*

**Актуальность:** В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости опухолями матки, включая миомы и злокачественные образования. Эти заболевания представляют собой серьезную медицинскую проблему, влияя на здоровье и качество жизни женщин, а также приводя к значительным экономическим затратам на лечение. Традиционные методы лечения, такие как хирургическое вмешательство (гистерэктомия), могут быть не всегда целесообразными из-за потенциальных рисков, осложнений и необходимости восстановительного периода.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является относительно новым методом лечения, который сочетает в себе минимальную инвазивность и высокую эффективность. Данная процедура позволяет добиться значительного уменьшения размеров опухолей и улучшения симптомов, таких как боль и аномальные кровотечения, что делает ее привлекательной альтернативой традиционным хирургическим методам. Актуальность изучения ЭМА также обусловлена растущей потребностью женщин в сохранении репродуктивной функции, что невозможно при гистерэктомии.

Кроме того, результаты ЭМА требуют тщательного анализа, так как понимание отдалённых результатов и возможных осложнений имеет важное значение для определения стратегии

лечения. Долгосрочные наблюдения позволяют оценить эффективность метода, его влияние на рецидивы заболеваний, а также на качество жизни пациенток.

Таким образом, изучение роли эмболизации маточных артерий и её отдалённых результатов в лечении миомы матки является актуальной и значимой задачей в современной медицине, способствующей улучшению подходов к лечению женских заболеваний и повышению качества жизни пациенток.

**Цель работы:** Усовершенствование методов диагностики и лечение миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы исследования:**

- обзор и анализ научной и доступной литературы по данным Кокрановской библиотеки, по базам данных «PubMed», e-library, «Web of Science» и «EMBASE», справочные издания, специальные периодические издания, монографии, научные статьи – 500 ед;

-Архив медицинских документов “Городская клиническая больница №4 г. Алматы”

-Теоретический (патентно-информационный поиск, анализ доступной литературы);

- ретроспективное и проспективное исследование – статистические данные ГКБ №4 за период 2022-2024 гг.;

-Эмпирический (описание, сравнение) - оценка оказания гинекологической помощи женщинам с миомой матки на примере ГКБ №4 за период 2022-2024 гг.

-Статистический (обработка и анализ полученных и отдалённых результатов)

**Результаты исследования:**

- Определены сроки и частота наступления беременности после ЭМА

- Объективно оценена эффективность ЭМА у пациенток с миомой матки в репродуктивном периоде жизни женщины

- Полученные результаты показали, что стагнация кровотока в маточных артериях определяет возможность трансцервикальной экспульсии субмукозных миоматозных узлов.

- изучен кровоток, как в маточных артериях, так и в патологических очагах (узлах)

**Выводы:** Изучение роли эмболизации маточных артерий и её отдалённых результатов в лечении миомы матки является актуальной и значимой задачей в современной медицине, способствующей улучшению подходов к лечению женских заболеваний и повышению качества жизни пациенток.

УДК 616.62-008.222

**Нағый Г.Н., Нурмахан Н.С., Омирзакова Н.Ж**  
**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ**

*Научные руководители:*

*Смаилова Лазат Кенжебековна - доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, почетный профессор*

*Искаков Серик Саятович - к.м.н., PhD, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2*

*Шегенов Галым Амиржанович - PhD, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)*

**Аннотация:** В настоящий момент проблема диагностики и лечения недержания мочи актуальна как никогда в связи с быстрым увеличением количеством пациенток, страдающих данной патологией и вопрос качества жизни женщин стоит не на последнем месте.

**Ключевые слова:** Женщины, недержание мочи, качество жизни, анкетирование

**Актуальность:** Недержание мочи у женщин является частой причиной, которая влияет на многие аспекты жизни негативно влияющим на социальное, профессиональное, домашнее и психофизическое состояние женщины. Эта проблема не является самостоятельным заболеванием, а становится проявлением патологических процессов различного генеза. Влияние недержания мочи на качество жизни огромна и требует дальнейшего изучения. Наше анкетирование касалось качества жизни и психологического состояния пациенток. Имеются убедительные доказательства того, что недержание мочи в его

различных формах, включая стрессовое недержание мочи, позывное недержание мочи, смешанное недержание мочи и коитальное недержание мочи негативно влияет на женскую сексуальную функцию. Лечение, направленные на недержание мочи, включая укрепление мышц тазового дна, медикаментозные и хирургические вмешательства улучшают качество жизни по крайней мере частично.

**Цель исследования:** Оценка влияния недержания мочи на качества жизни.

**Метод исследования:** Проведение онлайн анкетирования с 10 сентября по 10 октября 2024 года.

**Введение:** Согласно классификации Международного общества по удержанию мочи (ICS), выделяют следующие виды недержания мочи: стрессовое недержание мочи (СНМ) или недержание мочи при напряжении; непроизвольное выделение мочи при внезапном повышении внутрибрюшного давления и недостаточности сфинктерного аппарата уретры, а также при дислокации и ослаблении связочного аппарата неизменного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, которые возникают при кашле, чихании, физических нагрузках и т.д.; ургентное (императивное) недержание – непроизвольное выделение мочи при внезапном нестерпимом повелительном позыве к мочеиспусканию, обусловленном непроизвольными сокращениями детрузора; служит проявлением ГАМП; смешанное (комбинированное) недержание мочи сопровождается проявлением и стрессового, и ургентного недержания.

Описанные типы недержания мочи встречаются наиболее часто, однако существует еще несколько редко встречающихся типов: энурез, или ночное недержание мочи, возникает во время сна; ситуационное недержание – непроизвольное выделение мочи при различных обстоятельствах, например, при половом акте, оргазме, смехе и т.д.; парадоксальная ишурия – жалоба на недержание мочи при одновременной хронической задержкой мочи; недержание мочи при переполнении мочевого пузыря (парадоксальная ишурия) – сочетание недержания мочи с хронической задержкой мочи.

В клинической практике широко применяют более простую и приемлемую для практического здравоохранения классификацию Д.В. Кана (1978), определяющую степень тяжести недержания мочи при напряжении. По Д.В. Кану, различают 3 степени недержания мочи: легкую, среднюю и тяжелую. При легкой степени непроизвольное выделение мочи отмечают только во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшного давления: сильного кашля, быстрой ходьбы. При этом потеря мочи исчисляется всего несколькими каплями. При средней тяжести клинические признаки появляются во время спокойной ходьбы, при легкой физической нагрузке и т.д. При тяжелой степени пациентки полностью или почти полностью теряют мочу даже при изменении положения тела.

Причинами недержания мочи у женщин является:

- **Возраст:** большинство исследований сходятся во мнении, что распространённость синдрома раздражённого кишечника у женщин увеличивается с возрастом, а пик заболеваемости приходится на период менопаузы. Однако причинно-следственная связь между возрастом и синдромом раздражённого кишечника не доказана; другие сопутствующие заболевания, связанные с возрастом, также влияют на синдром раздражённого кишечника, например ожирение.
- С наступлением менопаузы в организме женщины происходит гормональная перестройка, что приводит к несостоятельности соединительной ткани, при этом снижается тонус мочевого пузыря и его сфинктеров.
- Беременность и вагинальные роды являются причинами недержания мочи. После долгих и трудных родов крупным плодом, это приводит к развитию повреждения мышц тазового дна и нарушения иннервации органов малого таза. В результате уменьшаются центральные импульсы, и мочевой пузырь работает в автономном режиме. Хотя многие женщины после родов полностью восстанавливают контроль над мочеиспусканием, женщины, у которых недержание мочи развилось во время беременности или родов, остаются в группе повышенного риска недержания мочи в дальнейшей жизни.

Множество авторов указывает на негативное воздействие процесса родоразрешения на нижние отделы мочеполового тракта. Ключевыми факторами риска, способствующими развитию тазовых дисфункций в ходе родов, являются значительный вес новорожденного, повреждение анатомической структуры промежности, использование акушерских манипуляций и удлинение II периода родов. Во время прохождения головки и плечиков плода родовые пути женщины испытывают значительные изменения в мягких тканях. Во II периоде родов происходит максимальное растяжение скелетной мускулатуры, удлинение лобково-копчиковой и лобково-прямокишечной мышцы, в том числе нарушение анатомической целостности лобково-пузырной и прямокишечно-влагалищной фасций. Выявлено, что пучки мышцы, поднимающей задний проход, меньше других растяжимы во время родов и вследствие этого подвергаются наибольшему риску получения стрейтч-травм. Таким образом, акушерская травма промежности является ведущим фактором, инициирующим постепенное и неуклонное развитие дисфункций тазового дна, приводящих к развитию пролапса гениталий и недержания мочи. Учитывая единство процесса альтерации анатомии и функции, факт перестройки структуры промежности в родах отражает и изменение функций. При этом важно учитывать, что несостоятельность тазового дна неизменно прогрессирует, что определяет необходимость раннего выявления дисфункций тазового дна.

Таким образом, недержание мочи у женщин, вызванное акушерской травмой промежности, является основным фактором, который инициирует постепенное и неуклонное развитие дисфункций тазового дна. Эти изменения могут привести к возникновению пролапса половых органов и недержания мочи. Учитывая взаимосвязь между изменениями анатомии и функциями, перестройка структуры промежности во время родов также отражает изменения в функциональности. Важно отметить, что несостоятельность тазового дна постоянно прогрессирует, что подчеркивает необходимость раннего выявления дисфункций тазового дна.

**Диагностика недержания мочи основывается на:**

1) наличия в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления.

2) физикального обследования – наличие положительной кашлевой пробы

3) инструментального обследования (отсутствие остаточной мочи при УЗИ)

У пациентов с подозрением на дисфункции мочевыводящих путей ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи должно быть частью первоначального обследования, особенно если результат исследования, скорее всего, будет влиять на выбор лечения (например, у неврологических пациентов). Ультразвуковое исследование для определения остаточной мочи проводится также при осложненном недержании мочи или использовании медикаментозных препаратов, которые могут привести к развитию дисфункции нижних мочевыводящих путей. В случае парадоксальной ишурии у больного НМ сочетается с хронической задержкой мочи.

Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) – это функциональное исследование нижних мочевыводящих путей, включающее в себя несколько тестов: измерение скорости потока мочи (урофлоуметрию), цистометрию наполнения и цистометрию опорожнения.

Инструментальные исследования играют ключевую роль в диагностике недержания мочи. Уродинамическое исследование, ультразвуковое исследование, цистоскопия и урофлоуметрия — все эти методы позволяют врачам получить ценную информацию о состоянии мочевыводящих путей, что необходимо для разработки индивидуального плана лечения. Правильный выбор инструментальных методов исследования помогает не только установить диагноз, но и улучшить качество жизни пациентов, страдающих от недержания мочи.

**Методы лечения недержания мочи**

Консервативные методы коррекции недержания мочи при напряжении

**Поведенческая терапия.** Под изменением стиля жизни понимается отказ от определенных привычек, способствующих развитию и прогрессированию НМ. Так, тучным женщинам

рекомендуется нормализовать массу тела. Снижение потребления кофе и чая, по данным некоторых исследований, может снизить степень выраженности НМ. Профилактика повышения внутрибрюшного давления (лечение хронических запоров, хронических заболеваний органов дыхания, сопровождающихся хроническим кашлем, и отказ от курения) может снизить выраженность симптомов НМ. Рекомендуется избегать интенсивных физических упражнений, которые могут способствовать проявлению симптомов НМ. Спортсменкам, у которых на фоне интенсивных тренировок появилось НМ, следует разъяснить, что это не повышает риск появления НМ в более позднем периоде жизни. Мочеиспускание по часам (т. е. до тех пор, когда пациентка почувствует позыв к мочеиспусканию) предотвращает перерастяжение МП.

**Упражнения для мышц промежности.** Тренировка мышц тазового дна подразумевает выполнение комплекса упражнений (упражнения Кегеля, предложенные в 40 годах XX в. американским гинекологом А. Кегелем), направленных на развитие и укрепление ослабленных мышц промежности, в частности поперечно-полосатого сфинктера уретры. При правильной и длительной тренировке мышц тазового дна увеличивается давление закрытия уретры, способствующее удержанию мочи при повышении давления в МП. Стандартный комплекс упражнений включает в себя выполнение 3 сетов по 8–12 медленных сокращений мышц промежности (продолжительность каждого сокращения – 6–8 с) 3–4 раза в неделю.

### **Результаты**

В рамках онлайн анкетирования, проведенной среди 50 женщин показали следующие результаты.

Возраст - 25 - 60 лет.

От 25 до 30 лет – 20 % женщин

От 30 до 35 лет - 4 % женщин

От 35 до 40 лет- 10 % женщин

От 40 до 50 лет – 42 % женщин

От 50 до 60 лет- 24 % женщин

55,1% респонденток отметили в анкете на наличие внезапных позывов к мочеиспусканию, что может быть связано с нарушениями в работе мочевого пузыря и мышц тазового дна.

42,9% женщин сообщили о недержании мочи, возникающем при физической нагрузке, кашле или чихании.

Так при чихании 20 пациенток отметили недержание, при физической нагрузке 1 пациентка, на пути к уборной 2 пациентки, после посещения уборной 2 пациентки.

Если говорить об частоте подтекания мочи 42,9% не сталкивались с подтеканием мочи, тогда как другие сообщают о различной частоте так 6,1% несколько раз в день, 14,3% один раз в неделю, 22,4% 2-3 раза в неделю, 12,2% один раз в день и 2,0% — постоянно.

Эти данные указывают на то, что недержание мочи затрагивают значительное количество женщин и важно обращать на это внимание.

60% респондентов сообщили, что испытывают недержание мочи менее года. В то же время 11,4% сталкиваются с этой проблемой более трех лет. Это может свидетельствовать о том, что у многих людей недержание мочи возникает в результате недавних изменений, возможно, связанных с беременностью или другими факторами.

По поводу объема мочи, которые выделяются без видимой причины 50% опрошенных отметили, что это всего лишь несколько капель. В то же время 13,6% сообщают о том, что этого достаточно, чтобы намочить трусы, что подчеркивает степень дискомфорта.

С точки зрения общего влияния на жизнь 31,8% женщин отметили, что недержание мочи не вызывает у них дискомфорта, в то время как 20,8% считают, что это небольшая проблема. 59,1% опрошенных не считают, что подтекание мочи влияет на их сексуальную жизнь. Однако 27,3% затруднились с ответом.

64,4% женщин не испытывают симптомов недержания мочи с наступлением климактерия, что является обнадеживающим знаком. Однако 35,6% все же сообщают о наличии таких симптомов, что может указывать на гормональные изменения, влияющие на здоровье мочевой системы в этот период жизни женщины.

Результаты анкетирования показали, что 54,2% женщин имеют избыточный вес, что может усиливать давление на мочевой пузырь и способствовать развитию недержания. Анкетирование показало, что независимо от веса плода недержание мочи встречается с одинаковой частотой.

58,3% женщин не обращались к врачу по поводу недержания мочи, что может быть связано со стигматизацией проблемы. Обращение к специалисту может существенно помочь в диагностике и выборе эффективного лечения и улучшению качества жизни в том числе сексуального.

### **Заключение**

Результаты исследования свидетельствуют о том, что многие женщины сталкиваются с данной проблемой, однако не всегда обращаются за медицинской помощью из-за существующих стереотипов и нехватки информации. Это подчеркивает необходимость повышения осведомленности о недержании мочи как о распространенной и поддающейся лечению проблеме. Своевременное обращение к врачу, корректная диагностика и адекватное лечение способны значительно улучшить качество жизни. Использование таких методов, как физиотерапия, медикаментозное вмешательство и упражнения для укрепления мышц тазового дна помогает многим женщинам восстановить уверенность в себе и снизить влияние недержания на их повседневную жизнь. Важно продолжать информировать общество о доступных вариантах лечения и поддержке, чтобы каждая женщина могла свободно обсуждать свои проблемы и получать необходимую помощь.

### **Литература**

1. Шадманов М.А., Андижан Садикова Д.И., Андижан Косимхожиев М.И., д.м.н. доцент Зайнобитдинова Ф.// Экономика и социум. 2024. №1 (116).
2. Хульета Арангуис Рамирес ., Педро Оливарес Тирадо., Карлос Санданья Самур., Каролина Видаль Гамбоа., Ксавье Кастельс Оливерес //Medwave. 2024;
3. Quality of Life, Psychological Wellbeing, and Sexuality in Women with Urinary Incontinence—Where Are We Now: A Narrative Review/Matteo Frigerio,<sup>1,\*</sup> Marta Barba,<sup>1</sup> Alice Cola,<sup>1</sup> Andrea Braga,<sup>2</sup> Angela Celardo,<sup>3</sup> Gaetano Maria Munno,<sup>3</sup> Maria Teresa Schettino,<sup>3</sup> Primo Vagnetti,<sup>3</sup> Fulvio De Simone,<sup>3</sup> Alessandra Di Lucia,<sup>3</sup> Giulia Grassini,<sup>3</sup> and Marco Torella<sup>3</sup>/Medicina (Kaunas). 2022 Apr; 58(4): 525//Published online 2022 Apr 9.
4. Anna A. Mikhelson\*<sup>1</sup> , Galina B. Malgina<sup>1</sup> , Ksenia D. Lukianova<sup>1</sup> , Mariia V. Lazukina<sup>1</sup> , Evgenia V. Lugovykh<sup>1</sup> , Anatoly N. Varaksin<sup>2</sup> , Maria A. Lukach<sup>1</sup> , Elvira A. Nesterova<sup>1</sup>/Early diagnosis and prevention of pelvic and urodynamic dysfunctions in women after delivery/GYNECOLOGY. 2022.
5. Клинические рекомендации – Недержание мочи – 2020 (01.06.2020) – Утверждены Минздравом РФ.
6. Оценка качества жизни, психического здоровья и сексуальных расстройств у женщин с недержанием мочи//Mikhail Iu. Gvozdev et al. // Consilium Medicum. 2019; 21:
7. Г.Р. Касян, М.Ю. Гвоздев, А.Г. Коноплянников, Д.Ю. Пушкарь/ Недержание мочи у женщин/ методические рекомендации 2017 № 20.
8. Dmochowski RR, et al. (2020). "The Management of Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Guidelines."// *The Journal of Urology*.
9. Объемобразующие вещества при малоинвазивной коррекции стрессового недержания мочи у женщин/ Е.И. Русина, М.М. Жевлакова// Журнал акушерства и женских болезней// Том 70, №4, 2021
10. Стрессовая инконтиненция у женщин в различные возрастные периоды/ А.Т. Мустафазаде, Г.К. Омарова, Б.К. Аманжолова//Вестник Казнму №3-2020
11. Sharma D "Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life: A Review." *Indian Journal of Urology*//2022
12. Andrew A Denisenko<sup>1</sup>, Cassra B Clark, Maria D'Amico, Alana M Murphy //Evaluation and management of female urinary incontinence// *The Canadian Journal of Urology*//2021 Aug;28(S2):27-32.

13. Cláudia Senra , M Graça Pereira //Quality of life in women with urinary incontinence// 2015 Mar-Apr;61(2):178-83. doi: 10.1590/1806-9282.61.02.178.
14. Диагностические критерии уродинамического исследования у женщин с недержанием мочи// Енсебаев е.ж ., к.к.Шарипова., Байгаскинов ж.к ., Шолох п.и., Абдрахманова а.а., Жанбырбекулы у.ж ., Айнаев е.и// Вестник АГИУВ № 1 , 2018
15. Formal differentiated approach to managing women with stress urinary incontinence// Daria Fedorova// ScienceRise ISSN 2313-8416 No. 3 (74), 2021
16. Impact of urinary incontinence on female sexual health in women during midlife// Christine M Chu , Lily A Arya , Uduak U Andy//Womens Midlife Health 2015 Sep 14:1:6. doi: 10.1186/s40695-015-0007-6.
17. Дисфункция тазового дна и ее влияние на качество сексуальной жизни//Мишель Вербик , Линси Хейворд // Sexual Medicine Reviews// 2019 Oct;7(4):559-564. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.05.007. Epub 2019 Jul 24.
18. Недержание мочи у женщин в практике акушера-гинеколога: возможности консервативного лечения//Бурьяк Д.В//МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ №12 · 2019
19. Guideline of guidelines: urinary incontinence//Raveen Syan , Benjamin M Brucker //BJU Int. 2016 Jan;117(1):20-33. doi: 10.1111/bju.13187. Epub 2015 Jul 1.
20. Urinary incontinence and work capacity // Laerke Cecilie Gron Jensen , Susanne Axelsen // 2023 Sep 25;70(10):A0423027

УДК 61.618

Нурмахан Н.С., Нағый Г.Н., Омирзакова Н.Ж.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА – ЗАЛОГ РЕПРОДУКТИВНОГО БУДУЩЕГО

*Резиденты 2 года обучения НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана*

*Научный руководитель: Смаилова Лазат Кенжебековна*

*доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, почетный профессор*

*Жумажанова Бағытжамал Каратаевна - заведующая акушерско-гинекологическим отделением ГКП на ПХВ ГП № 8 г Астана*

*Таирова Наргиза Эрматовна – врач общей практики, иммунолог РГП на ПХВ РЦ ПСМП МЗ РК г Астана.*

**Абстракт:** Эндометриоз — хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее и дисгормональное заболевание, характеризующееся доброкачественным разрастанием ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию за пределами полости матки. По данным ВОЗ, эндометриозом страдает примерно 10% (190млн) женщин и девочек репродуктивного возраста во всем мире. Эндометриоз оказывает серьезное физическое и психосоциальное воздействие на подростков, а также долгосрочные последствия для их здоровья. Учитывая тенденцию распространения среди подростков, эндометриоз является недооцененной проблемой здравоохранения, которая представляет собой проблему со многими переменными, требующими рассмотрения, которые отличаются от таковых у взрослых женщин. Недооценка дисменореи, особенно тяжелой, и отсутствие показательных симптомов эндометриоза могут задержать диагностику. Эти задержки могут привести к прогрессированию заболевания и повлиять на фертильность этих молодых девушек.

**Ключевые слова:** Эндометриоз, подростковый возраст, хроническая тазовая боль, дисменорея

Эндометриоз — хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее и дисгормональное заболевание, характеризующееся доброкачественным разрастанием ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию за пределами полости матки [1]. Эндометриоз следует предполагать у пациенток с постоянной, клинически выраженной дисменореей, не реагирующей на лечение гормональными препаратами и нестероидными противовоспалительными препаратами, особенно если никакой другой причины хронической тазовой боли или вторичной дисменореи не выявлено на основании анамнеза, физического и инструментального обследования [11].

По данным ВОЗ, эндометриозом страдает примерно 10% (190млн) женщин и девочек репродуктивного возраста во всем мире [26]. Эндометриоз у подростков является недооцененной проблемой здравоохранения. Начальная стадия заболевания и ограниченный диагностический инструментарий, подходящий для юного возраста, также проблемы, связанные с гинекологическим осмотром, трансвагинальным УЗИ и диагностическими хирургическими процедурами способствуют трудностям в диагностике. В то же время отсутствие своевременной диагностики и адекватного лечения эндометриоза может способствовать прогрессированию заболевания и образованию спаек, которые могут поставить под угрозу фертильность и повысить риск центральной сенсбилизации и хронической тазовой боли.

### **Патогенез развития эндометриоза**

На протяжении многих лет многие исследователи пытались найти возможное объяснение патогенеза эндометриоза: целомическая метаплазия, эмбриональные мюллеровы остатки, ятрогенная имплантация, сосудистые и лимфатические метастазы, генетическая теория и эндометриальные стволовые клетки представляют собой различные гипотезы, помимо теории Сэмпсона, классической ретроградной менструации, которая является наиболее широко принятой теорией для объяснения внематочной имплантации эндометрия [14]

Документируя случаи эндометриоза у девочек до менархе и не имея возможности связать его с теорией ретроградной менструации, некоторые авторы пытались объяснить его патогенез целомической метаплазией или эмбриональными мюллеровыми остатками, стимулируемыми овариальными стероидами при менархе [16]. Теория метаплазии была предложена более 50 лет назад для объяснения развития эндометриоза у женщин без матки [16]. В основе этой теории лежат эмбриологические исследования, показывающие, что брюшная, тазовая и грудная брюшина, мюллеровы протоки и зародышевый эпителий яичника происходят из эпителия целомической стенки. Исходя из этого, если клеточный состав брюшины и эндометрий, имеет общее эмбриональное происхождение, есть вероятность того, что различные гормональные, экологические или инфекционные триггеры могут вызвать метаплазию. Метаплазия считается следствием активности роста стволовых клеток, перестройки предшествующих клеток, и трансформацию в эндометриальные клетки. Было высказано предположение, что существование специфических эндометриальных клеток, возникающих в результате повторяющейся ультрамикротравмы соединительной зоны, называемой «бледной клеткой» [16], является источником эндометриоза и аденомиоза.

Существование неонатального маточного кровотечения (НМК) у женщин стимулировало исследования Бросенса и других [7] относительно патогенеза раннего эндометриоза. У большинства девочек функциональный переход к полностью восприимчивым эндометриальным клеткам достигается в подростковом возрасте. Примерно у 5% новорожденных могут присутствовать вагинальное кровотечение, также скрытое кровотечение может возникнуть у 25% [10] в начале первой недели жизни, как было обнаружено в исследовании неонатальной аутопсии Обера и Бернштейна (1955), где только 5% случаев характеризовались секреторными и децидуальными изменениями в эндометрии, связанными с плацентарной эндокринной стимуляцией. Вагинальное кровотечение можно описать как следствие отмены плацентарного прогестерона, событие, похожее на менструальный цикл [7]. Характерная длина шейки матки у новорожденных, в 2–2,5 раза превышающая длину тела, и ее густые цервикальные выделения могут вызывать функциональную обструкцию и ретроградный отток эндометриальных клеток. Ретроградный эндометриальный отток содержат стволовые клетки вместе с периваскулярными мезенхимальными стволовыми/стромальными клетками вместе с нишевыми клетками, которые имплантируются в мезотелий брюшины, что приводит к очень ранней и неактивной стадии заболевания. Очевидно, что риск ретроградной менструации может быть увеличен обструктивными мюллеровыми аномалиями. Во время полового созревания эти скопления клеток эндометрия повторно активируются.

Хотя эндометриоз является распространенным заболеванием, его патогенез не решен. Имплантаты представляют собой ткань, похожую на эндометрий, за пределами ее обычного

расположения, но они могут вести себя как раковые клетки, разделяя с ними сходства, такие как неконтролируемый рост, способность проникать в другие ткани, пролиферация через кровеносные и лимфатические сосуды или сниженный апоптоз, что затрудняет контроль эндометриоза.

Последние данные показали, что развитие эндометриоза также может быть связано с изменениями системного и местного иммунитета, включая функциональные нарушения эффекторных и антигенпрезентирующих клеток. Одной из причин иммунного дисбаланса может быть неправильная экспрессия иммунных контрольных точек (ИКТ). Иммунно-контрольные точки и их лиганды отвечают за поддержание аутоотолерантности и модуляцию инициации, продолжительности и величины иммунного ответа эффекторных клеток в нормальных тканях для предотвращения повреждения тканей. Учитывая сложную природу костимулирующих или коингибиторных иммунно-контрольных точек и сигнализацию между эффекторными клетками и антигенпрезентирующими клетками, исследователи выдвинули гипотезу, что изменения в активности клеток, вызванные иммунно-контрольными точками, могут привести к серьезным нарушениям иммунной системы у пациентов с эндометриозом.

На протяжении многих лет многочисленные исследования были сосредоточены на роли коингибиторных и костимулирующих молекул в регуляции активации Т-клеток и гомеостаза иммунной системы, известных как иммунные контрольные точки. Иммунно-контрольные точки и их лиганды играют ключевую роль в поддержании аутоотолерантности и модуляции инициации, продолжительности и величины иммунного ответа эффекторных клеток в нормальных тканях для предотвращения повреждения тканей [17]. Повышенная экспрессия иммунно-контрольных точек, особенно на перитонеальных клетках, может быть связана со снижением эффекторной функции Т-клеток, что приводит к их анергии, апоптозу или «истощению», а также нарушению антигенпрезентирующей способности, что приводит к неэффективному удалению эндометриальных имплантатов из брюшной полости.

За прошедшие годы исследователи обнаружили значительные количественные и функциональные изменения в надлежащей активности нейтрофилов, моноцитов/макрофагов (Mo/Ma), естественных клеток-киллеров (NK), дендритных клеток (DC) и В- или Т-клеток на периферии и в брюшной полости у женщин, страдающих эндометриозом. Более того, у этих пациенток наблюдалось наличие иммуносупрессивных клеток, таких как миелоидные супрессорные клетки (MDSC), регуляторные Т-клетки (Tregs) и регуляторные В-клетки (Bregs), которые не только подавляют надлежащий иммунный ответ, но и способствуют прогрессированию заболевания. Scheerer и другие описали повышенную инфильтрацию иммунных клеток (Т- и В-клеток, макрофагов) в имплантатах и эктопической эндометриальной ткани. Они назвали это явление инфильтратами иммунных клеток, ассоциированными с эндометриозом (EMaICI). Интересно, что они также продемонстрировали, что фенотипы Т-клеток CD3 + , CD4 + и CD8 + имеют большие размеры, особенно в перитонеальных и яичниковых эндометриозах, но они неэффективны в очищении эндометриальных клеток [17]. Рост эктопических эндометриальных имплантатов приводит не только к привлечению иммунных клеток, но и к интенсивным хроническим воспалительным реакциям с повышенным уровнем цитокинов, хемокинов и факторов роста, таких как IL-6, IL-1, IL-4, IL-25, IL-8, IL-10, IL-37, GM-CSF, VEGF, HGF, TNF- $\alpha$  и TGF- $\beta$ , которые участвуют в формировании и сохранении поражений эндометрия. Стоит подчеркнуть, что у женщин с эндометриозом развивается иммуносупрессия, но точные механизмы плохо изучены. Исследователи предположили, что это похоже на механизмы, присутствующие при раке, включая сниженную антигенпрезентирующую способность, повышенную секрецию иммуносупрессивных цитокинов (IL-10, TGF- $\beta$ ), сниженную экспрессию антигенов главного комплекса гистосовместимости (МНС) на поверхности антигенпрезентирующих клеток (APC) и накопление клеток с иммуносупрессивным потенциалом, например, MDSC, Tregs, макрофагов, ассоциированных с опухолью (TAM) [19]. Однако одним из наиболее распространенных механизмов, участвующих в избегании опухоли и подавлении ответа иммунной системы против раковых клеток, является повышенная экспрессия ингибирующих иммунных контрольных точек. Это приводит к подавлению эффекторных функций Т-клеток

и НК-клеток [ 20 ]. Из этого можно предположить, что нарушения правильной активности эффекторных клеток и антигенпрезентирующих клеток, наличие «истощенных» Т-клеток и иммуносупрессия у пациенток, страдающих эндометриозом, являются результатом иммунного дисбаланса в экспрессии иммунных контрольных точек.

До сих пор мы недооценивали роль микробиома в патогенезе эндометриоза. Микробиом состоит из геномов бактерий, вирусов и грибов. Поддержание здорового сбалансированного микробиома важно для гомеостаза организма и имеет решающее значение для усвоения питательных веществ. Более того, он регулирует целостность эпителиального барьера кишечника и правильный ответ иммунной системы. Теперь появляющиеся данные указывают на то, что изменения в составе и функции микробиома могут привести к дисбактериозу, который связан с различными хроническими состояниями, метаболическими или воспалительными заболеваниями и раком [21]. Последние данные свидетельствуют о том, что микробиом также может быть вовлечен в патогенез эндометриоза. Однако, основываясь на имеющихся литературных данных, трудно распознать, является ли наличие дисбиоза микробиома у пациентов с эндометриозом причиной или следствием заболевания. С другой стороны, изменения в микробиоме могут быть важным фактором во время развития эндометриоза за счет усиления системного и локального воспаления, модуляции иммунного ответа и изменений в метаболизме, воздействия на уровень циркулирующих гормонов, таких как эстроген, через эстроболом, изменения апоптоза клеток, участия в окислительном стрессе и увеличения ангиогенеза [ 22 ]. Особая роль отводится эстроболому - набору генов, кодирующих ферменты, метаболизирующие эстроген ( $\beta$ -глюкозидазы и  $\beta$ -глюкуронидазы), отвечающие за метаболизм и биодоступность эстрогена. Перечисленные ферменты, деконъюгируя эстроген, приводят к его реабсорбции через энтерогепатическую циркуляцию. Это может привести к повышению циркулирующих уровней эстрогена и наличию гиперэстрогенного состояния у пациентов с эндометриозом, способствуя развитию и прогрессированию заболевания [23].

#### **Клинические и диагностические критерии эндометриоза.**

Согласно рекомендациям ESHRE [11], проявления, указывающие на эндометриоз, включают раннее менархе, тяжелую дисменорею, диспареунию, аномальное маточное кровотечение (обильные или нерегулярные кровотечения), боль в середине цикла или ациклическую боль, устойчивость к эмпирическому медицинскому лечению (например, нестероидные противовоспалительные препараты и гормональная терапия).

9,4 % подростков предъявляют жалобы на циклическую боль, а более чем 90 % из них отмечают ациклические боли с дисменореей или без таковой. У большинства подростков с дисменореей имеется первичная дисменорея, которая определяется как болезненные менструации при отсутствии тазовой патологии. Первичная дисменорея типично начинается когда подростки достигают овуляторных циклов, обычно в течение 6 - 12 месяцев от менархе. 10% случаев дисменореи у подростков является вторичной и связана с другими известными заболеваниями, при этом эндометриоз является самой частой причиной развития вторичной дисменореи в этом возрасте. Также любая обструктивная патология репродуктивного тракта (гименальная, вагинальная или мюллерова) может вызывать вторичную дисменорею. В подростковой популяции эндометриоз встречается [4], у 25% - 38,3% подростков с хронической тазовой болью.

Кроме того, заболевание может проявляться атипично такими симптомами, как циклическая гастроинтестинальная боль, в частности боль при акте дефекации, циклическая боль и циклические уринарные симптомы, в частности окрашивание кровью мочу или боль при мочеиспускании. Жалобы со стороны желудочно – кишечного тракта у подростков с эндометриозом составляют от 2% до 46%, что встречается реже, чем у взрослых [7].

Эндометриоз в значительной степени ответственен за снижение качества жизни женщин, не только из-за физического дискомфорта, который он вызывает, но также из-за эмоциональной нагрузки, связанной с этим, как у взрослых, так и у подростков. Анализ опроса в исследованиях Inês TJ Oliveira и Pedro V Pinto показал, что женщины с эндометриозом часто

начинают сообщать о симптомах в подростковом возрасте, причем 70% пациенток сообщают о них до 20 лет и почти 40% до 15 лет [13].

Чаще всего подростки страдают от эндометриоза на ранней стадии. В этих случаях физикальное обследование или инструментальная диагностическая визуализация могут не выявить небольшие эндометриоидные очаги [16]. Последние данные указывают на то, что диагностика этого заболевания занимает около 8 лет. Таким образом, эндометриоз чаще диагностируется поздно, после 25 лет, через семь-девять лет после появления симптомов [16]. Результаты исследования Мартира за 2020 и 2023 годы показывают, что, хотя дисменорея считалась показанием к УЗИ в 10,4% случаев, симптом был сообщен самими 54,4% пациенток во время интервью, что делает его наиболее распространенным симптомом [25]. Исследование 2023 года также показало, что пациентки сообщали о тяжелой дисменорее только тогда, когда их специально спрашивали о тазовой боли и просили оценить свои симптомы с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) [24]. Эти результаты свидетельствуют не только о недооценке симптомов эндометриоза подростками, которые могут воспринимать дисменорею как естественный аспект менструации, но и врачами общей практики. Обе статьи подчеркивают дисменорею как надежный индикатор эндометриоза, подчеркивая необходимость распознавать ее у подростков как предупреждающий знак.

Причины задержки диагностики у подростков с эндометриозом могут быть вызваны нормализацией менструальной боли, страхом стигматизации в отношении гинекологических жалоб и минимизацией симптомов, сообщаемых пациентами медицинскими работниками. Недавнее проведенное итальянскими учеными исследование показало, что социальный контекст, который стигматизирует и игнорирует менструальное здоровье, несправедливые гендерные нормы и отсутствие знаний об эндометриозе действительно влияют на восприятие подростками симптомов и способность просить о помощи. Поэтому наряду со всеми этими симптомами эндометриоз следует заподозрить в случае частого пропуска занятий в школе или на работе во время менструации и раннего назначения эстропрогестиновых контрацептивов до 18 лет из-за тяжелой дисменореи. Все эти исследования подчеркивают крайнюю необходимость активного выяснения этого симптома для обеспечения точной диагностики и надлежащего лечения.

Диагноз эндометриоза базируется как на клинических проявлениях, так и на патоморфологическом подтверждении. Во время сбора анамнеза принципиально важно определить возраст первой менструации, характеристики менструального цикла, предыдущее хирургическое лечение, аутоиммунные и эндокринологические заболевания и семейный анамнез эндометриоза. Кроме того, врач должен спросить о любых лекарствах во время менструального цикла, таких как нестероидные противовоспалительные препараты и терапия эстропрогестином, чтобы оценить тяжесть симптомов. Что касается руководств ESHRE, важно исследовать и не недооценивать предполагаемые состояния, связанные с эндометриозом, включая раннее менархе, семейный анамнез эндометриоза, болезненные симптомы, не поддающиеся эмпирическому лечению, обильные менструальные кровотечения, желудочно-кишечные и мочеполовые симптомы, а также сопутствующие симптомы, включая тошноту, усталость и влияние на повседневную деятельность.

Второй шаг включает проведение физического осмотра с вагинальным или ректальным исследованием. Перед такими исследованиями врач должен обсудить с подростком и его опекуном, приемлемы ли они. Часто подростки и их родители принимают эти обследования в зависимости от возраста и культурного происхождения. Однако не было обнаружено никаких доказательств относительно клинического обследования подростков, поэтому врач должен принимать решение в каждом конкретном случае. При физикальном осмотре подростков с эндометриозом редко выявляются какие-либо отклонения, поскольку у большинства из них заболевание находится на ранней стадии. У девочек с дисменореей необходимо оценить факторы риска, после чего провести обследование. Гинекологическое исследование проводится на 5-7 и 18-22 дни менструального цикла, при этом визуально оценивается состояния наружных половых органов, влагалища и шейки матки с помощью зеркал и кольпоскопа. Обнаружение ретропозиция матки, ограничение ее подвижности,

чувствительность при движении за шейку матки, напряжение крестцово-маточных связок, наличие образований в области яичников, подтверждает эндометриоз, однако иногда эти симптомы могут отсутствовать. Ректовагинальное исследование проводится при подозрении на распространенные формы эндометриоза. [1]

После клинического и физического обследования диагностический процесс должен продолжаться с инструментальной оценкой, в частности, рекомендуются использовать ультразвуковое исследование или магнитно-резонансную томографию, но им необходимо знать, что отрицательный результат не исключает эндометриоз, особенно в случаях поверхностного эндометриоза. Достижения в неинвазивной диагностике в отношении методов визуализации были зарегистрированы в основном для глубокого эндометриоза с чувствительностью 83–91% и специфичностью 98% для ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии [15]. Поверхностный неинвазивный эндометриоз с крошечными имплантатами размером менее 2–3 мм на поверхности брюшины часто ниже разрешения магнитно-резонансной томографии и обычно не визуализируется [15]. Общеизвестно, что оценка визуализации может быть особенно сложной на ранних стадиях перитонеального эндометриоза, и она требует опыта и специальной подготовки в этой области.

Некоторые авторы недавно наблюдали распространенность ультразвуковых признаков эндометриоза у 13,3% популяции подростков (12-20 лет), которые прошли ультразвуковую оценку эндокавитарным подходом (трансвагинальная сонография или трансректальная сонография) по поводу нескольких состояний [2]. Авторы также описали дисменорею как фактор риска эндометриоза, фактически, при наличии этого симптома процент ультразвуковых признаков эндометриоза увеличивался до 21%. В то же время другие авторы наблюдали, что распространенность эндометриоза у молодых женщин с дисменореей и хронической тазовой болью составляла от 25% до 73% [2]. Важную роль может играть тяжелая дисменорея (оценка визуально-аналоговая шкала  $\geq 7$ ), что на самом деле может указывать на вторичную дисменорею, в частности эндометриоз. Согласно этим данным, среди молодых женщин с тяжелой дисменореей распространенность ультразвуковых признаков эндометриоза, обнаруженных с помощью ультразвукового сканирования, составляет 35,3% [2].

Однако большинство этих подростков и молодых женщин не ведут половую жизнь, что является существенным ограничением для ультразвуковой оценки. Этот аспект требует трансабдоминального метода для исследования таза или трансректального подхода. Ультразвуковое исследование органов малого таза предпочтительно проводить динамически на 5-7 и 18-22 дни менструального цикла. На ультразвуковом исследовании могут обнаруживаться спайки в области придатков, сочетание с расположением яичника со стороны поражения у ребра или позади матки, признаки аденомиоза, эндометриоз яичника. Трехмерное ультразвуковое исследование можно считать золотым стандартом для выявления обструктивных и необструктивных мюллеровых аномалий. Магнитно-резонансная томография может быть полезна для выявления обструктивных аномалий репродуктивного тракта, а также для выявления и характеристики эндометриоидных поражений, которые трудно обнаружить с помощью ультразвукового исследования.

У пациенток с отрицательным результатом визуализации или в случае, когда эмпирическое лечение оказалось безуспешным ESHRE рекомендует врачам рассмотреть возможность проведения лапароскопии для диагностики и лечения предполагаемого эндометриоза. По оценкам исследований, распространенность эндометриоза составляет не менее 70% у тех, кто обращается за лапароскопическим исследованием. У юных пациенток чаще выявляются атипичные эндометриоидные поражения в виде светлых пузырьков и очагов красного цвета, крайне редко встречаются классические гетеротопии цвета «порохового ожога». В ходе хирургического вмешательства проводится иссечение или абляция выявленных эндометриоидных очагов. Гистологическая верификация после лапароскопической операции остается золотым стандартом для подтверждения диагноза, хотя отрицательный результат гистологии не исключает заболевание.

## Лечение эндометриоза

Целью медикаментозной терапии у подростков и молодых женщин с эндометриозом является облегчение болезненной симптоматики, блокирование или, по крайней мере, замедление прогрессирования заболевания и сохранение будущей фертильности. Руководящие принципы ESRHE советуют врачам лечить девочек-подростков гормональными контрацептивами или прогестинами для уменьшения боли, связанной с эндометриозом, поскольку доказано, что она потенциально смягчает рецидив симптомов и прогрессирование заболевания у подростков.

Гормональная терапия первой линии при эндометриозе включает комбинированные гормональные контрацептивы (пероральные, вагинальное кольцо или трансдермальные) и терапию только прогестином (пероральные, инъекционные, подкожные имплантаты, внутриматочная спираль), однако важно отметить, что некоторые прогестагены могут снижать минеральную плотность костей. Выбор гормонального лечения подростком зависит от множества факторов, включая эффективность, переносимость и формулу метода, любые потенциальные контрацептивные и неконтрацептивные преимущества и сопутствующие заболевания, которые могут быть противопоказаниями для выбора методов, а именно эстроген-содержащих методов лечения.

Эмпирическая терапия агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона с возвратной терапией возможна только у девушек старше 18 лет (в исключительных случаях у девушек не моложе 16 лет). Фактически, это допустимо только у девочек-подростков с подтвержденным эндометриозом (диагностированным лапароскопически), когда пациентка невосприимчива к дальнейшему медикаментозному (гормональные контрацептивы или прогестинотерапия) или хирургическому лечению. Механизм, лежащий в основе их функции, заключается в подавлении гипоталамо-гипофизарной оси, что приводит к гипоэстрогенной среде. В связи с потенциальным неблагоприятным влиянием этой терапии на минеральную плотность кости, при назначении этой терапии пациенткам должны быть даны рекомендации о поддержании здоровья костной ткани, такие как дополнительное потребление кальция и витамина D, у них следует проводить тщательный контроль минеральной плотности костей. Хирургическое лечение следует рассматривать только в случаях быстрого роста эндометриоидной кисты яичника, в случаях подозрительной кисты яичника, в которых риск злокачественности не может быть исключен с помощью методов визуализации, в случаях сохранения болевых симптомов, несмотря на гормональное лечение, или при наличии осложнений со стороны мочевыводящих путей и кишечника [11]. При выполнении всех хирургических процедур важно минимизировать повреждение здоровых тканей и сохранить овариальный резерв. Техника стриппинг при удалении овариальных эндометриом является допустимой хирургической процедурой, которая позволяет добиться хороших хирургических результатов с пониженной частотой рецидивов. При применении техники стриппинга очень важно определить правильную плоскость расщепления, чтобы уменьшить повреждение яичников и сохранить здоровую ткань яичников. Во время процедуры гемостаз следует выполнять путем точной коагуляции или атравматическими швами, не затрагивающими ворота яичников. Еще одной полезной хирургической процедурой является испарение кистозной капсулы с помощью CO<sub>2</sub>-лазера. Эта хирургическая техника имеет то преимущество, что она безопасна и легко воспроизводима, и особенно эффективна для уменьшения повреждения яичников. В одном исследовании проанализированы результаты 11 случаев хирургического лечения пациенток в возрасте моложе 21 года с умеренной и тяжелой формой эндометриоза, которым в последующем было назначено медикаментозное лечение (внутриматочная спираль - левоноргестрел, пролонгированный режим комбинированных оральных контрацептивов), при этом у 8 из них боли полностью купировались или значительно уменьшились. В другой работе продемонстрировано снижение на 84% выраженности проявлений заболевания после хирургического лечения.

Согласно литературе, послеоперационный рецидив кист яичников и болевые симптомы наблюдались в 40–50% случаев при 5-летнем наблюдении у молодых женщин, не получающих гормональную терапию. Поэтому все подростки должны проходить медицинское лечение после операции, поскольку гормональная терапия может предотвратить рецидив

эндометриомы, снижая необходимость в повторной операции, которая увеличивает повреждение здоровой ткани и снижает овариальный резерв.

## Литература

1. Клинические протоколы МЗ РК - Генитальный эндометриоз, от «1» марта 2019 года, Протокол №56
2. Endometriosis and Adolescence: The Impact of Dysmenorrhea by Francesco G. Martire<sup>1,2</sup>, Emilio Piccione<sup>3,\*</sup>, Caterina Exacoustos<sup>4</sup> and Errico Zupi,  
*J.Clin.Med.* 2023, 12(17),5624; <https://doi.org/10.3390/jcm12175624> Submission received: 28 July 2023 / Revised: 24 August 2023 / Accepted: 27 August 2023 / Published: 29 August 2023
3. A focus on the distinctions and current evidence of endometriosis in adolescents. de Sanctis, V.; Matalliotakis, M.; Soliman, A.T.; Elsefedy, H.; di Maio, S.; Fiscina, B. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2018, 51, 138–150.
4. Adolescent Endometriosis: An Update, Jessica Y Shim , Marc R Laufer , 2020 Apr;33(2):112-119.
5. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action, Sanjay K Agarwal , Charles Chapron , Linda C Giudice , Marc R Laufer , Nicholas Leyland , Stacey A Missmer , Sukhbir S Singh , Hugh S Taylor , 2019 Apr;220(4):354.e1-354.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2018.12.039. Epub 2019 Jan 6.
6. How to Manage Endometriosis in Adolescence: The Endometriosis Treatment Italian Club Approach. Author links open overlay panel Lucia Lazzeri MD<sup>h</sup>, Karin Louise Andersson MD<sup>a</sup>, Stefano Angioni MD<sup>b</sup>, Alessandro Arena MD<sup>c</sup>, Saverio Arena<sup>d</sup>, Ludovic a Bartiromo MD<sup>e</sup>, Nicola Berlanda MD<sup>f</sup>, Cecilia Bonin MD<sup>g</sup>, Massimo Candiani MD<sup>e</sup>, Gabriele Centini MD<sup>h</sup>, Simona Del Forno MD<sup>c</sup>, Agnese Donati MD<sup>f</sup>, Caterina Exacoustos MD<sup>a,i</sup>, Eliana Fuggetta MD<sup>j</sup>, Luca Labanca MD<sup>k</sup>, Antonio Maiorana MD<sup>l</sup>, Francesco Maneschi MD<sup>j</sup>, Alberto Mattei MD<sup>h,i</sup>, Ludovico Muzii MD<sup>n</sup>, Jessica Ottolina MD<sup>e</sup>... Francesco Giuseppe Martire MD, 2023 Aug;30(8):616-626. doi: 10.1016/j.jmig.2023.03.017. Epub 2023 Mar 30.
7. Use of the Drospirenone-Only Contraceptive Pill in Adolescents with Endometriosis. Jessica Y. Shim, Garrett Garbo, Frances W. Grimstad, Ava Scatoni, Ellis P. Barrera, Elizabeth R. Boskey. 2024 Aug;37(4):402-406. doi: 10.1016/j.jpag.2024.02.003.
8. Ultrasound Findings of Adenomyosis in Adolescents: Type and Grade of the Disease. Caterina Exacoustos, Lucia Lazzeri, Francesco G Martire, Consuelo Russo, Simona Martone, Gabriele Centini, Emilio Piccione, Errico Zupi . 2022 Feb;29(2):291-299.e1. doi: 10.1016/j.jmig.2021.08.023. Epub 2021 Aug 28.
9. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. Sanjay K. Agarwal, Charles Chapron, Linda C. Giudice, Marc R. Laufer, Nicholas Leyland, Stacey A. Missmer, Sukhbir S. Singh, Hugh S. Taylor. 2019;220(4):354.e1-354.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2018.12.039.
10. Дисменорея и эндометриоз у девочек-подростков (обзор литературы) А.Л. Унанян, Л.Г. Пивазян, Д.С. Аветисян, А.А. Сиordia, А.И. Ищенко Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет). DOI: <http://doi.org/10.17816/2313-8726-2021-8-3-133-138>
11. ESHRE guideline: endometriosis. Christian M Becker , Attila Bokor , Oskari Heikinheimo , Andrew Horne , Femke Jansen , Ludwig Kiesel , Kathleen King , Marina Kvaskoff , Annemiek Nap , Katrine Petersen , Ertan Saridogan , Carla Tomassetti , Nehalennia van Hanegem , Nicolas Vulliemoz , Nathalie Vermeulen ; ESHRE Endometriosis Guideline Group. 2022 Feb 26;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009.
12. Prevalence of migraines in adolescents with endometriosis. Jerri A Miller , Stacey A Missmer , Allison F Vitonis , Vishnudas Sarda , Marc R Laufer , Amy D DiVasta. 2018 Apr;109(4):685-690. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.12.016. Epub 2018 Mar 28.
13. Non-invasive diagnosis of endometriosis in adolescents and young female adults: a systematic review. Inês TJ Oliveira, João FMAL Bernardes. 2024 Aug 2:S1083-3188(24)00258-4. doi: 10.1016/j.jpag.2024.07.005.
14. Endometriosis and pain in the adolescent- striking early to limit suffering: A narrative review. Christine B Sieberg, Claire E Lunde, David Borsook. 2020:108:866-876. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.12.004

15. Endometriosis in Adolescents: Diagnostics, Clinical and Laparoscopic Features. Elena P. Khashchenko, Elena V. Uvarova, Timur Kh. Fatkhudinov, Vladimir D. Chuprynin, Aleksandra V. Asaturova, Elena A. Kulabukhova, Mikhail Yu. Vysokikh, Elvina Z. Allakhverdieva, Maria N. Alekseeva, Leila V. Adamyan. 2023 Feb; 12(4): 1678. Published online 2023 Feb 20. doi: 10.3390/jcm12041678
16. Deep Infiltrating Endometriosis in Adolescence: Early Diagnosis and Possible Prevention of Disease Progression. Francesco Giuseppe Martire, Matteo Giorgi, Claudia D'Abate, Irene Colombi, Alessandro Ginetti, Alberto Cannoni, Francesco Fedele, Caterina Exacoustos, Gabriele Centini, Errico Zupi, Lucia Lazzeri. 2024 Jan 18; 13(2):550. doi: 10.3390/jcm13020550.
17. Immune Checkpoints in Endometriosis—A New Insight in the Pathogenesis. Dorota Suszczyk, Wiktoria Skiba, Anna Pawłowska-Łachut, Izabela Dymanowska-Dyjak, Karolina Włodarczyk, Roman Paduch, Iwona Wertel. 2024 Jun 6; 25(11):6266. doi: 10.3390/ijms25116266
18. Scheerer, C.; Bauer, P.; Chiantera, V.; Sehoul, J.; Kaufmann, A.; Mechsner, S. Characterization of endometriosis-associated immune cell infiltrates (EMaICI). Arch. Gynecol. Obstet. 2016, 294, 657–664.
19. Harjunpää H., Guillerey C. TIGIT as an emerging immune checkpoint. Clin. Exp. Immunol. 2020; 200:108–119. doi: 10.1111/cei.13407.
20. PD-1/PD-L1 pathway: Current researches in cancer. Han Y., Liu D., Li L. Am. J. Cancer Res. 2020; 10:727–742.
21. The bidirectional relationship between endometriosis and microbiome. Uzuner C., Mak J., El-Assaad F., Condous G. Front. Endocrinol. 2023; 14:1110824. doi: 10.3389/fendo.2023.1110824.
22. The role of gut and genital microbiota and the estrobolome in endometriosis, infertility and chronic pelvic pain. Salliss M.E., Farland L.V., Mahnert N.D., Herbst-Kralovetz M.M. Hum. Reprod. Update. 2022; 28:92–131. doi: 10.1093/humupd/dmab035.
23. Endocrine disruptors in food, estrobolome and breast cancer. Filippone A., Rossi C., Rossi M.M., Di Micco A., Maggiore C., Forcina L., Natale M., Costantini L., Merendino N., Di Leone A., et al. J. Clin. Med. 2023; 12:3158. doi: 10.3390/jcm12093158. \
24. Early noninvasive diagnosis of endometriosis: dysmenorrhea and specific ultrasound findings are important indicators in young women  
Francesco Giuseppe Martire, M.D.<sup>a</sup> · Consuelo Russo, M.D.<sup>a</sup> · Aikaterini Selntigia, M.D. Lucia Lazzeri, M.D., Ph.D.<sup>b</sup> · Errico Zupi, M.D.<sup>b</sup> · Caterina Exacoustos, M.D., ORIGINAL ARTICLE Volume 119, Issue 3P455-464 March 2023
25. Adolescence and endometriosis: symptoms, ultrasound signs and early diagnosis Francesco G. Martire, M.D. Lucia Lazzeri, M.D., Ph.D.<sup>b</sup> · Francesca Conway, M.D.<sup>a</sup> Gabriele Centini, M.D., Ph.D.<sup>b</sup> · Errico Zupi, M.D.<sup>b</sup> · Caterina Exacoustos, M.D., P ORIGINAL ARTICLE Volume 114, Issue 5P1049-1057 November 2020

УДК 618+616:579.61+616.15+615.38

Рахматуллаева М.М.

## НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУННАЯ СРЕДА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

*Кафедра акушерства и гинекологии, Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан*

**Актуальность:** Бактериальный вагиноз (БВ) является наиболее распространенным полимикробным инфекционным заболеванием влагалища, диагностируемым у 20-30% женщин репродуктивного возраста. В акушерской практике наличие бактериального вагиноза приводит к невынашиванию, преждевременным родам, хорионамниониту, рождению детей с внутриутробным инфицированием. В связи с этим вопросы своевременной диагностики и лечения приобретают особую актуальность.

**Цель исследования:** изучить особенности неспецифического иммунитета влагалища у беременных женщин с бактериальным вагинозом.

**Материал и методы исследования:** В исследование включены 70 беременных женщин с бактериальным вагинозом (основная группа) и 30 условно-здоровых беременных женщин. Срок гестации в основной группе составил  $10,1 \pm 2,0$  нед., в контрольной –  $10,2 \pm 1,5$  нед. Проведена оценка соматического статуса, исследование микробиоценоза влагалища микроскопическим и молекулярно-биологическим методом с использованием тест системы Фемофлор-16, определение содержания цитокинов интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), интерлейкина-10 (ИЛ-10) и фактора некроза опухоли (ФНО $\alpha$ ).

Полученные нами при исследовании данные подверглись статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение:** Группы исследования не отличались по возрасту, паритету, соматическим заболеваниям. рН влагалищных выделений составил  $6,2 \pm 0,12$  в основной группе,  $4,1 \pm 0,31$  в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). При исследовании микробиоты влагалища с применением Фемофлор-16 у всех женщин основной группы подтвержден выраженный анаэробный дисбиоз. В отличие от доминантного содержания лактобактерий в контрольной группе, в основной группе выявлено их сниженное количество –  $4,63 \pm 0,41$  lg ГЭ/мл.

Наиболее часто выявляемой группой микроорганизмов была *Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas* ( $p < 0,001$ ). Частота встречаемости *Atopobium vaginae*, облигатно-анаэробных микроорганизмов *Sneathia/Leptotrichia/Fusobacterium*, *Megasphaera/Veillonella/Dialister*, *Lachnobacterium/Clostridium* была статистически значимо выше относительно контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

Концентрация ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО $\alpha$  и ИЛ-10 во влагалищном отделяемом женщин основной группы составила  $172,7 \pm 17,48$ ,  $151,83 \pm 6,93$ ,  $101,1 \pm 14,37$  и  $72,75 \pm 5,82$  пкг/мл соответственно, что достоверно было выше соответствующих контрольных показателей ( $43,01 \pm 6,14$ ,  $105,49 \pm 14,39$ ,  $35,4 \pm 6,7$  и  $33,45 \pm 4,11$  пкг/мл соответственно) ( $p < 0,01$ ).

У беременных женщин в I триместре отмечается характерная для начала беременности усиление провоспалительной активности, направленная на поддержание процессов имплантации, прикрепления зародыша и дальнейшего прогрессирования эмбрионального развития. Это состояние в какой-то мере может служить профилактикой усиления условных патогенов. Но, несмотря на установившийся провоспалительный фон чрезмерный рост условно-патогенной микрофлоры при бактериальном вагинозе может приводить к срыву этого процесса, что проявляется повышением концентрации как про-, так и противовоспалительных цитокинов.

**Заключение:** Избыточный рост аномальной микрофлоры при бактериальном вагинозе сопровождается активизацией провоспалительного звена цитокинов, которое может стать угрозой физиологического течения беременности.

УДК 618.3-06:616.36-022-036.12

Топхара Е.Н., Матмуратова Н.Ш., Абдурахманова Б.Р., Ниязметов Р.Э.

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Ниязметов Рахматулла Эрматович - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии,  
Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников  
г.Ташкент, Узбекистан

**Актуальность:** Рецидивирующий холестатический гепатоз беременных (РХГБ) - это транзиторная печеночная дисфункция, возникающая преимущественно в третьем триместре беременности и серьезно нарушающая ее течение. Эта патология на протяжении многих лет является одной из наиболее актуальных проблем научного и практического акушерства и, несмотря на многочисленные научные исследования, далека от своего решения. РХГБ не имеет специфической клинической картины, кроме зуда, поэтому нередко его первые

симптомы оцениваются как пищевая аллергия, дерматоз, вирусный гепатит, что затрудняет своевременную диагностику заболевания.

**Целью нашей работы явилось:** отражение особенностей клинического течения и лабораторной диагностики у беременных с рецидивирующим холестатическим гепатозом.

**Материалы и методы:** Обследовано 109 беременных с РХГБ, которые находились в родильном комплексе №2 г. Ташкента за период с 2019-2023 гг. Все беременные подвергались комплексному обследованию, включающему традиционные клинико-лабораторные, вирусологические, иммунологические и эхографические.

**Результаты:** Одним из специфических клинических признаков РХГБ, по нашим данным, был кожный зуд, который отмечен у всех 109 (100%) беременных, из них умеренный - у 27 (24,7%), сильный – у 82 (75,2%). Диспепсические явления в более тяжелой стадии наблюдались в 1,5 раза чаще. У наших беременных потеря массы тела отмечалась у 30,9% женщин. Появление этого симптома мы связываем с нарушением питания и диспепсическими явлениями со стороны желудочно-кишечного тракта. Изменения со стороны ЦНС у беременных с РХГБ характеризовались головными болями у 11 (10,0%), нарушением сна – у 102 (93,5%), при этом сознание было сохранено у всех 100% беременных в отличие от различных гепатитов, которые нередко сопровождаются развитием коматозных состояний. Наиболее тяжёлым клиническим проявлением РХГБ явился ДВС-синдром, признаки которого обнаруживались у 7 (6,4%) беременных. Наиболее характерными для ДВС-синдрома были кожные петехиальные кровоизлияния различных размеров, которые наблюдались у 2 (1,8%) пациенток, кровотечения из матки в послеродовом периоде более 1500,0 мл у 4 (3,6%) женщин. В момент установления диагноза РХГБ, средний показатель общего билирубина был  $68,2 \pm 4,2$  мкмоль/л. Характерным для ХГБ было преобладание показателя прямой фракции билирубина. Показатели АЛТ и АСТ у 69 (63,3%) беременных увеличены в 3 раза, у 13 беременных находились на уровне верхней границы нормы. Ферменты АЛТ и АСТ с момента установления диагноза повысились в среднем от нормального значения в 2,1 и 1,6 раза и составили соответственно  $1,33 \pm 0,04$  ммоль/л и  $0,76 \pm 0,07$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Активность АЛТ и АСТ, как индикаторов синдрома цитолиза, у беременных с РХГБ особо высоких значений не приобретала. Анализ данных показал, что уровень тимоловой пробы был повышенным в 2,4 раза, вследствие диспротеинемии и возможно перенесённого гепатита в анамнезе.

**Вывод:** Наши исследования показали, что рост общего билирубина в 3 раза с преобладанием прямой фракции, увеличение АЛТ и АСТ в 2,1 раза, снижение показателей свертывающей системы, гипопропротеинемия, увеличение показателей щелочной фосфатазы являются основными лабораторными диагностическими критериями, характерными для ХГБ.

УДК 618.19

Уктамова Ю.У.

## НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Худоярова Д.Р. д.м.н., профессор, заведующая кафедры акушерства и гинекологии I СамГМУ*

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан*

**Актуальность:** По определению ВОЗ, рак молочной железы (РМЖ) – это патологическое состояние, которое может диагностироваться у женщины во время, и так и в течение одного года после родов. Оно является одним из самых актуальных вопросов на данный момент в сфере онкогинекологии. Так как существуют преимущества и недостатки противоопухолевого лечения у беременных.

**Цель:** изучить разные подходы лечения и выявить наиболее благоприятный.

**Материалы и методы исследования:** Существует «золотой стандарт» тактики врача при выявлении злокачественного процесса у беременной вне зависимости от триместра, вида терапии и классификации опухоли: сохранить здоровье матери, поставить вопрос об

рациональной антиопухолевой терапии без тератогенного воздействия на плод и в лучшем случае сохранить репродуктивные органы беременной для последующей беременности. По данным Силькина М.О., Бахтияров К.Р, если опухоль обнаружена на первом триместре, то встаёт вопрос о прерывании беременности и последующего лечения опухолевого процесса. Однако возможно и пролонгирование беременности с одновременной химиотерапией. (предпочтительным является химиотерапия, так как лучевая терапия может иметь обратный эффект, а хирургическое лечение нерационально). Однако это значительно повышает риски тератогенного воздействия химических препаратов на плод. Если выявленный рак находится на ранней стадии I-II на первом триместре беременности, то возможно проведение хирургического лечения с последующим переходом на химиотерапию в II-III триместре. В случае с опухолью III-IV стадий, то необходимо завершить беременность и начать комплексное лечение, включающее в себя химиотерапию, хирургическое удаление и лучевую терапию. Когда дело касается больших сроков беременности (> 32 недель), то применяют выжидательную тактику, а затем после родоразрешения приступают к терапии. По данным Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Полушкина Е.С., Волочаева М.В, лучевая терапия даже на ранних сроках при ограничении облучения до 100мГр считается безопасной. Также снижает риск топография опухоли: чем дальше рак от матки, тем больше шансов на безопасность для плода.

**Результаты:** Суммируя данные двух научных статей можно предположить, что любой вид терапии уместен при определённых обстоятельствах. Химиотерапия показана на любом сроке. Лучевая терапия может быть в комбинации в более низких дозах облучения. Хирургическое удаление молочных желез может проводиться на любом сроке, однако необходимо начать сразу химиотерапию и лучевую терапию.

**Выводы:** В независимости от того, когда и на каком сроке была выявлена опухоль, необходимо индивидуальный подход с образованием специального консилиума, состоящий из акушера гинеколога, онкогинеколога, неонатолога.

#### **Список литературы:**

- 1) Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Полушкина Е.С., Волочаева М.В. Рак и беременность // РМЖ. 2015. № 20. С. 1195–1197.
- 2) Силькина М.О., Бахтияров К.Р. Рак и беременность. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2018; 5(4): 182-186. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-4-182-186>
- 3) Снежко, Оксана Андреевна. "Рак молочной железы и беременность." Главный врач Юга России 4 (63) (2018): 49-51.

УДК: 618.3-06:616.61-002.3

Шопулотова З.А.<sup>1</sup>, Худоярова Д.Р.<sup>2</sup>

#### **КОМОРБИДНЫЙ ФОН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Худоярова Д.Р.*

*кафедра Акушерства и гинекологии №1, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан*

**Актуальность:** Хронический пиелонефрит (ХП) - длительный инфекционно-воспалительный процесс в стенках чашечно – лоханочной системы, в строме и паренхиме – тубулоинтерстициальном аппарате почки. Данное заболевание самое частое среди урологических проблем, а среди соматической патологии занимает третье место, уступая заболеваниям дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Среди соматических патологий беременных он уступает лишь заболеваниям сердечно – сосудистой системы.

Всемирная организация здравоохранения относит хронический пиелонефрит к проблемам, имеющим социальное значение, так как заболевание, как правило, развивается у лиц трудоспособного возраста и нередко становится причиной инвалидизации больных. Распространённость ХП варьирует от 8 до 20%, по данным о причинах смерти. В

индустриально развитых странах среди заболеваний почек хронический пиелонефрит встречается с частотой от 16 до 86 на 1000 населения, в России до 100 человек на 100 тысяч населения, в Узбекистане по данным исследования Аслановой Ш.Ж. и др. (2017) среди женского населения в возрасте от 18 до 69 лет, каждая пятая женщина (20,36%) страдает ХП. Кроме того, в ходе своего исследования они определили, что среди женщин в возрасте 40-69 лет частота ХП в 1,5 раз выше, чем среди женщин 17-39 лет.

**Цель работы:** текст тезиса

**Материалы и методы исследования:** Исследование по изучению состояния коморбидности у беременных с хроническим пиелонефритом проведено на базе кафедры «Акушерство и гинекология №1» лечебного факультета №2 СамГМУ, в родильном комплексе многопрофильной клиники СамГМУ за периоды 2021-2023 гг. В основу работы положен анализ результатов обследования и динамического наблюдения за 58-ю пациентками репродуктивного возраста с хроническим пиелонефритом в анамнезе. Группу контроля составили 20 женщин с физиологической беременностью. Возраст пациенток был от 18 до 37 лет, средний возраст составил в основной группе составил  $24,8 \pm 0,6$  лет, в контрольной группе  $23,2 \pm 4,1$ . Весь полученный материал подвергался автоматизированной статистической обработке. Вариационно-статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием программы Excell 2010 с определением основных вариационных показателей: средние величины (M), средние ошибки (m), среднеквадратические отклонение (p). Достоверность полученных результатов определялась с помощью критерия Стьюдента. Различия между двумя средними величинами считались достоверными при значении  $p$  – параметра менее 0,05. Уровень надежности составил не менее 95%.

**Результаты исследования:** жалобы на боли в боку преобладали в основном с обеих сторон (53,44%), относительно меньше было у пациенток боли справа (29,3%). Что интересно в исследовании у 10 пациенток (17,24%) из основной группы не было жалоб на боли в боку и симптом Пастернадского был отрицательный с обеих сторон, хотя клинико-лабораторные данные подтверждали обострения пиелонефрита. У них преобладали боли внизу живота с чувством распираания, что показывает, что на фоне обострения появилась клиника угрозы преждевременных родов. Основной патологией которой за последние 6 месяцев переболели 84,45% пациенток был ОРВИ, второе место по встречаемости заняла анемия (37,93%). Сердечно-сосудистые заболевания имелись у 4 х пациенток из которых 2 случая были ВПС (один ДМПП и один ДМЖП) которые не требовали оперативной коррекции но во время беременности приводили к изменениям показателей ЭКГ, ЭхоКГ и общего состояния. В других двух случаях был отмечен хронический миокардит и кардиомиодистрофия. В анамнезе у 5 пациенток имелись оперативные вмешательства из них 2 по поводу аппендицита, одна кистэктомия, одна операция по поводу паховой грыжи и один случай тотальной тиреоидэктомии.

В контрольной группе структура соматической патологии женщин была менее вариабельна, но также были высокие показатели ОРВИ (35%) и анемии (25%).

Исходя из данных можно предположить, что при наличии хронического пиелонефрита коморбидный фон имеется и при беременности есть риск развития обострений нескольких заболеваний.

По данным гинекологического обследования в анамнезе у женщин основной группы в 2 раза чаще встречались заболевания половых органов в отличие от контрольной группы.

Исходя из этих данных можно предположить, что коморбидный фон негативно влияет на репродуктивную функцию женщин. Наглядно видно наличие осложнений и отягощений анамнеза в основной группе.

Беременность у всех пациенток основной группы протекала на фоне анемии, тогда как в контрольной группе этот показатель был равен 30%. ОРВИ встречалось во время беременности 7 раз чаще чем в контрольной группе. Артериальная гипертензия встречалась 5 раз больше, чем в контрольной группе, прэклампсия также была зарегистрирована у 5 женщин в основной группе, тогда как в контрольной прэклампсии не было.

Примечательно что 37 (63,8%) женщин основной группы страдали от ранних токсикозов

различной тяжести (легкой – 13,8%, средней степени – 37,9%, тяжелой – 12,1%), в контрольной группе всего 7 женщин отметили наличие раннего токсикоза но все они были легкой степени и не требовали лечения. Возможно, на фоне ХП в организме беременной накапливаются больше метаболитов различных веществ вызывая симптомы токсикоза.

**Выводы:** Исходя из данных анамнеза и объективного осмотра можно заключить что хронический пиелонефрит даже не обостряясь отягощает течение беременности. У пациенток основной группы коморбидные состояния имели место быть и встречались несколько раз чаще в отличие от контрольной группы.

УДК 616.6.577.1

**Ярматова Шахло Закировна**  
**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИЯ**  
**БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ**  
**РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Кашкадаринский филиал центра развития повышения квалификации медицинских работников, Узбекистан*

В настоящее время диагностические маркеры невынашивания беременности занимают одно из приоритетных направлений в практической медицине.

А также ведущую значимость представляет генетическое прогнозирование риска развития невынашивания беременности. Исследования ответственных полиморфизмов ассоциации генов способствует раскрытию новых патогенетических механизмов развития патологии(2,4). Несмотря на многочисленные исследования в области выявления генетических маркеров акушерских осложнений до сих пор остается проблема невынашивания беременности (1,3).

В этом аспекте особый интерес представляет исследования генов, ответственных в биохимических реакциях, связанной метильной группы – гена *MTRR*, кодирующий цитоплазматический фермент метионин синтаза редуктазу (МСР. Одной из функций МСР является обратное превращение гомоцистеина в метионин. Генетические исследования при невынашивания беременности у женщин после вспомогательных репродуктивных технологий до настоящего времени не проводились.

Целью настоящего исследование явилось оценка выявляемости аллельных вариантов полиморфизма гена фолатного цикла синтеза белков - метионин-синтаза-редуктаза (*MTRR*) у женщин узбекской популяции с осложнениями беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 130 женщин беременных в возрасте от 21 до 36 лет. Всем беременным проверяли общеклинические, инструментальные, УЗИ, доплерометрия плода. У всех обследованных женщин проводились консультация смежных специалистов,(терапевт, невропатолог, инфекционист, дерматолог, эндокринолог и др.) Основную группу составили 100 женщин с невынашиванием беременности после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Контрольную группу составили 30 беременных с физиологическим течением беременности после ЭКО.

Средний возраст беременных женщин в основной группе составляло  $29,7 \pm 2,4$  на 100 обследованных, тогда как в группе контроля –  $29,4 \pm 2,5$  соответственно, что обуславливает отсутствие статистически значимости разницы в обследуемых группах. ( $P > 0,005$ ).

Молекулярно-генетическое обследование биоматериалов (ДНК) выполняли на базе клинической лаборатории ООО «GENOTECHNOLOGIYA». Выделение ДНК/РНК из всех биологических образцов крови проводили с помощью набора «Рибо-преп» (Интерлабсервис, Россия).

Для выявления полиморфизма генотипа, состоящего из аллелей G>A гена *MTRR*, из образцов ДНК были отобраны аллели-специфические праймеры от производителя. Для генотипирования образцов ДНК методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) были проведены исследования 200 образцов ДНК. Для этого 96-ячеечный автоматизированный

усилитель «Applied Biosystems Veriti» был оптимизирован по следующей программе: начальная денатурация однократно при 180 сек 94°C, 94°C - 10 сек, 64°C - 10 сек, 72°C - 20 секунд в программе мы проделали эти указанные действия 40 раз, чтобы произошла полимеразная цепная реакция. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «OpenEpi 2009, Version 2.3».

**Результаты исследования.** По информированному согласию у пациенток проводили молекулярно-генетические исследования на выявляемость аллельных вариантов и ассоциации полиморфизма генотипов гена ILe22Met гена MTRR(rs1801394) методом ПЦР REAL TIME. (таблица 1.)

Таблица 1. Частота распределения аллельных вариантов и полиморфизма гена MTRR A66G (Ile22Met) у женщин с ЭКО и контрольной здоровой группы.

№	Группа	Частота аллелей				Частота распределения генотипов					
		A		G		A/A		A/G		G/G	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1.	Основная группа n=100(200)	158	79	42	21	68	68	22	22	10	10
2	Контр. группа n=30 (60)	30	100			60	100				

N – число обследованных пациентов; \*n - число исследованных аллели; \* - показатель достоверности по отношению к контрольной группы (P<0,05)

Как следует из таблицы, в контрольной группе здоровых беременных выявляемость функционального аллеля A гена MTRR составило - 100% случаев (30/60), тогда как в основной группе беременных с НВ беременности аллель A определялся – в 79% (158/200) случаев, что в 1,3 раза было ниже по сравнению с контрольной группой. ( $\chi^2=1,03$ ; p<0.0001; OR=0.03; 95%CI 0.00 – 0.51).

Мутантный аллель G в контрольной группе не определялся, тогда как в основной группе он составил 21% (42/200) случаев соответственно. ( $\chi^2=1,03$ ; p<0.0001; OR=32,44; 95%CI 1.97 – 535,6).

Полученные данные свидетельствует о наличии достоверной ассоциации аллельной частоты изучаемого полиморфизма с развитием риска невынашивания беременности после применения ЭКО у женщин.

Результаты исследования распределения генотипических вариантов полиморфизма гена MTRR выявило преобладание гетерозиготного варианта генотипа A/G у пациенток основной группы – 22/100, что составило 22% случаев. ( $\chi^2=12.73$ ; p<0.002; OR=17.5; 95%CI 1.03 – 297.32) (Табл. 1). А в группе контрольных женщин данный генотип A/G не определялся. (P <0,05)

Ассоциация полиморфизма благоприятных генотипов A/A гена MTRR в контрольной группе женщин с физиологическим течением беременности выявлялся у всех обследованных лиц, что составило 100% случаев (30/30). Тогда как, в основной группе женщин генотип A/A встречался в 68% случаев (68/100) соответственно. ( $\chi^2=12.73$ ; p<0.002; OR=0.03; 95%CI 0.00 – 0.58).

Следует отметить, что ассоциация полиморфизма нефункциональных гомозиготных генотипов G/G гена MTRR определялся только в основной группе и составил 10% случаев (10/10) соответственно. ( $\chi^2=7.08$ ; p<0.002; OR=7,08; 95% CI 0.4 – 124.4)

Полученные данные свидетельствует о том, что мутантный аллель A и гетерозиготный генотип A/G полиморфизма гена MTRR (A66G) является генетической детерминантой, определяющей формирование невынашивания беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий, а его носительство – является фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 1,8 раза (OR=1.10).

Исследованиями выявлено, что ген MTRR участвует в кодировании цитоплазматического фермента метионин синтаза редуктазу (MCP), который играет важную роль в синтезе белка

и участвует в большинстве случаев в биохимических реакций, связанных с переносом метильной группы. Одной из функций МСР является обратное превращение гомоцистеина в метионин. Наличие в генотипе аллеля G гена *MTRR* приводит к повышенному накоплению гомоцистеина и к микроциркуляторным и тромботическим осложнениям при различных заболеваниях.

Анализ частоты мутантного гомозиготного генотипа G/G в исследуемых выборках пациенток с НВ демонстрирует о низкой встречаемости функционально неблагоприятного гомозиготного генотипа, что может свидетельствовать о направленном отборе в пользу гетерозиготного варианта.

Таким образом, результаты молекулярно-генетических исследований гена *MTRR* показали связь неблагоприятного вариантного аллеля «G» и ассоциации полиморфизма генотипов A/G гена *MTRR*, приводящего к замене аденина (A) в позиции 66 на гуанин (G) аминокислотной последовательности, с развитием невынашивания беременности у пациенток после вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО). Результатами исследования установлено, что риск развития невынашивания беременности в случае наличия в геноме вариантного аллеля G полиморфизма увеличен в 32,4 раза (OR=32,4).

#### **Выводы:**

1. Результаты молекулярно-генетических исследований гена *MTRR* показали, что ассоциация полиморфизма благоприятных генотипов A/A гена *MTRR* в контрольной группе пациенток с физиологическим течением беременности выявлялся у всех обследованных лиц, что составило 100% случаев (30/30). Тогда как, в основной группе женщин генотип A/A встречался в 68% случаев (68/100) соответственно. ( $\chi^2=12.73$ ;  $p<0.002$ ; OR=0.03; 95%CI 0.00 – 0.58).

2. Результаты исследования распределения генотипических вариантов полиморфизма гена *MTRR* выявило преобладание гетерозиготного варианта генотипа A/G у пациенток основной группы – 22/100, что составило 22% случаев. ( $\chi^2=12.73$ ;  $p<0.002$ ; OR=17.5; 95%CI 1.03 – 297.32). Тогда как ассоциация полиморфизма нефункциональных гомозиготных генотипов G/G гена *MTRR* определялся только в основной группе и составил 10% случаев (10/10) соответственно. ( $\chi^2=7.08$ ;  $p<0.002$ ; OR=7,08; 95% CI 0.4 – 124.4)

#### **Литература:**

1. Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в XXI веке. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015. С. 17.
- 2.Devakumar D, Fall CHD, Sachdev HS et al. Maternal antenatal multiple micronutrient supplementation for long- term health benefits in children: a systematic review and meta-analysis. BMC Medicine, 2016, 14: 90.
3. Gernand AD, Schulze KJ, Stewart CP et al. Micronutrient deficiencies in pregnancy worldwide: health effects and prevention. Nat. Rev. Endocrinol., 2016, 12(5): 274-289. [PMID: 27032981]
4. Greenberg JA, Bell SJ, Guan Y et al. Folic Acid Supplementaion and Pregnancy: More Than Just Neural Tube Defect Prevention. Rev Obstet Gynecol, 2011, 4(2): 52-59.

УДК 618.5-08

**Билялова Г. Е., Искаков С. С.**

### **ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ**

*Искалиева С.С. - PhD, профессор*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана*

**Актуальность.** На сегодняшний день не лишен актуальности поиск наиболее эффективной методики органосохраняющих вмешательств при патологии расположения плаценты. Врачение плаценты - основная причина массивных акушерских кровотечений, приводящих к выполнению органуносящей операций. Риски неблагоприятных последствий гистерэктомии снижают качество жизни женщин. Рассмотрение оптимальной оперативной

тактики направлено на нивелирование акушерской агрессии и является приоритетным в медицинском сообществе.

**Цель исследования.** Разработать технику органосохраняющей операции при патологии прикрепления плаценты.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ историй родов беременных (n=189) находившихся на лечении в родильном отделении ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2" УЗ г. Астана с патологией расположения плаценты. Анализ осуществлен по архивным документам, информационной платформе МИС Akgün, набор материалов проведен в период с 2017г. по 2023г. В критерий исключения вошли женщины с диагнозом низкая плацентация. Беременные были разделены на 2 группы: 1 группа - 58 женщин (30,7%), 2 группа - 131 женщин (69,3%). Разделение на группы было проведено ввиду активного внедрения алгоритма органосохраняющих операций на клинической базе кафедры.

**Результаты.** Среди случаев с диагностированным ПП/вращением плаценты органосохраняющие операции проведены у 42 беременных 1 группы и у 74 беременных 2 группы. В 1 группе в 32 случаях произведена перевязка маточных и яичниковых артерий по О'Лири, контракция по В-Lynch (10 случаев), наложение шва по Лосицкой (1 случай), эмболизация маточных артерий в 2 случаях, перевязка внутренней подвздошной артерии в 1 случае.

Во 2 исследуемой группе в 61 случае произведена перевязка маточных и яичниковых артерий по О'Лири. У 3 женщин проведена хирургическая деваскуляризация матки, у 2 беременных - контракция по В-Lynch, в 10 случаях вводился мизопростол интравагинально.

У 21 (16%) женщин 2 группы были проведены органосохраняющие оперативные вмешательства в соответствии с разработанным алгоритмом.

Алгоритм выполнения органосохраняющей операции:

1. Предоперационная подготовка - общая анестезия. Оснащение операционной системой Cell Saver.
2. Доступ - нижнесрединная лапаротомия
3. Разрез пузырно-маточной складки, адекватное отделение мочевого пузыря.
4. Пальцевое вхождение в брюшную полость. Поперечный разрез в области нижнего сегмента матки.
6. Извлечение плода за подмышечные впадины.
5. Перевязка маточных и яичниковых артерий по О'Лири.
7. Пальцевое мануальное удаление последа. Введение утеротонических средств - окситоцин 5ЕД интрамиометрально.
8. Гемостаз плацентарной площадки матки путем наложения отдельных кетгутовых швов.
9. Временное тампонирование полости матки салфеткой. Контроль за кровотечением в нижнематочном сегменте с наложением двух, четырех швов из кетгута по передней и по задней стенке по Cho
10. Восстановление нижнего сегмента.
11. Послойное восстановление брюшной полости с тщательным гемостазом.

В 1 исследуемой группе произведено 16 органосохраняющих оперативных вмешательств у женщин с вращением плаценты (27,5%), во 2 группе – 18 случаев (13,7%). Это демонстрирует эффективность алгоритма в части повышения процента органосохраняющих операций. Проведенные этапы гемостаза согласно алгоритму во 2 группе позволили предотвратить атоническое кровотечение и дальнейшее увеличение интраоперационной кровопотери, что в случаях 1 группы явилось прямым показанием для расширения оперативного вмешательства и удаления матки.

В послеродовом периоде при использовании алгоритма не наблюдалось случаев геморрагического шока, релапаротомии, инфекций. Пациенткам с диагнозом вращение плаценты и органосохраняющей операцией было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза, по результатам которого не было выявлено патологий. 10 женщин продолжили свою репродуктивную функцию.

**Выводы.** Ретроспективный сравнительный анализ выявил, что случаев органонусящих операций выше у женщин с вращением плаценты в 1 исследуемой группе (27,5 % против 13,7%). У беременных 2 группы были проведены мероприятия по профилактике интраоперационного кровотечения. Был разработан пошаговый алгоритм техники выполнения органосохраняющей операции у женщин с установленным диагнозом ПП/вращение плаценты, позволивший достичь благоприятных исходов у беременных. Активное внедрение предложенной тактики оперативного вмешательства ПП и вращении плаценты прогнозируемо приведут к снижению частоты органонусящих вмешательств и сохранению здоровья и репродуктивного потенциала женщин.

УДК 618.33-001.8

**Болтаева М.М**

## **ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФЕТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА**

*ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2, Бухарский государственный  
медицинский институт имени Абу али Ибн Сино, Бухараский перинатальный центр Бухара,  
Узбекистан.*

*Научный консультант: Негматуллаева М.Н*

*д.м.н.профессор кафедры акушерства и гинекологии №2, Бухарский государственный  
медицинский институт имени Абу али Ибн Сино*

**Актуальность.** Процесс беременности и родов является очень сложным постоянно меняющимся вследствие внешних и внутренних факторов. Состояние плода требует постоянного контроля за жизненно важными показателями. Он даёт возможность для благополучного родоразрешения. Таким методом проявил себя кардиотокография, с помощью которого при малейших изменениях можно провести своевременную диагностику и корректирующую терапию для уменьшения проявлений гипоксии плода. На сегодняшний день в современном акушерстве множество различных методов как неинвазивных, так и инвазивных для оценки состояния плода, но самым доступным и информативным является кардиотокография (КТГ). Кроме того, доплерометрия системы мать-плацента-плод непосредственно указывают на непосредственное гипоксическое состояние.

**Цель исследования.** Определить диагностические маркеры фетальной гипоксии плода

**Материалы и методы исследования.** На первом этапе выбран объект исследования и запланирован объем исследований соблюдая принципы доказательной медицины. Исследования были рандомизированными, все отличия между сравниваемыми группами были репрезентативными. При формировании групп исследования исходили от метода случайной выборки больных, включение и исключение в группы исследований были проведены на основании определенных критериев. На втором этапе исследований проводили клинические, клинико-инструментальные, лабораторные исследования по определению и оценке показателей анализа крови, мочи, исследование липидного спектра и свертывающей системы крови. В данное исследование было включено 100 пациенток, 30 из которых беременность с физиологическим течением, остальные 70 с фетальной гипоксией. Кроме того, было изучено, ретроспективно 100 карт беременных с фетальной гипоксией получавшие стационарное лечение в Бухарском областном перинатальном центре города Бухары. Были тщательно проанализированы исходные данные гинекологического и акушерского анамнеза, данные о настоящей протекающей беременности, сопутствующих осложнениях. Критериями отбора беременных в группы наблюдения стали одноплодная беременность, головное предлежание плода, срок гестации 36 недель и более, антенатальная гипоксия плода, сомнительный или патологический тип КТГ. Статистический анализ был проведен с помощью пакета Statistica, по методу Стьюдента и Пирсона. Нулевую гипотезу отвергали при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Результаты исследования подтверждают, что, все показатели в контрольной группе оставались в пределах референтных значений. Тогда как в первой и

второй основных группах было зафиксировано достоверное отклонение от нормативных значений. При этом в 1-й и 2-й группах наблюдения течение беременности было отягощено акушерскими и соматическими осложнениями. Были диагностированы различные экстрагенитальные заболевания у 35 (35,0%) рожениц. У исследуемых основных групп преобладали следующие: анемия — у 55 (55,0%) из них в первой группе 35% и 25% во второй группе беременных, заболевания мочевыделительной системы — у 35 (35,0%), 20% и 15% в двух группах соответственно. Заболевания сердечно-сосудистой системы — у 8 (8,0%), из них в обеих группах по 4 (4%), заболевания щитовидной железы — у 17 (17,0%), из них 10 в 1-й и 7 во 2-й группе, сахарный диабет — у 1 (1,0%), в первой группе, заболевания желудочно-кишечного тракта — у 13 (13,0%), 6 и 7% по группам. У 15 (15,0%) беременных имелось ожирение I степени: 7 (7,0%) и 8 (8,0%) в 1-й и 2-й группах соответственно, у 11 (11,0%) — ожирение II степени: в 1-й группе — у 6 (6,0%) и 4 (4,0%) 2-й группы. У 10 из 17 беременных с повышенной массой тела течение родов осложнилось аномалиями родовой деятельности, преимущественно слабостью. Анализ течения данной беременности показал, что наиболее частыми осложнениями послужили отеки — у 25 (25%) и 30 (30%) в группах, угроза прерывания — у 17,0% (17 наблюдений) в 1-й группе и 8,0. Хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) отмечена у 28 (28,0%) среди всех обследуемых беременных, у 42 (42,0%) пациенток в 1-й группе. При этом синдром задержки развития плода (СЗРП) — у 6 (6,0%), и 3 в двух группах. У 7 (7,0%) пациенток в 1-й группе и 4 (4,0%) выявлено маловодие в III триместре беременности, многоводие — у 10 (10,0%) в 1-й и 4 (4,0%) во 2-й группах соответственно.

**Выводы.** При применении сочетанного метода диагностики гипоксии плода достоверно реже диагностировалась острая гипоксия плода ( $p < 0.05$ ) — соответственно в 21,0 и 35,0% во 2-й и 1-й группах, а в 20% наблюдений во 2-й группе было зафиксировано нарушение фетоплацентарного комплекса I степени, что позволило завершить роды естественным путем. В условиях современных тенденций к росту числа оперативного родоразрешения, инвазивный метод мониторинга состояния плода может сыграть важную роль в своевременной диагностике угрожающих состояний жизни плода, принятии правильной тактики и оптимизации ведения родов.

УДК 618:03

Гафурова Н.Г., Цой В.Ю., Каримова У.А.

## БИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК АКУШЕРСКОГО ГЕНЕЗА

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.*

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

*Республика Таджикистан г. Душанбе*

**Актуальность.** Проблема острого повреждения почек является актуальной проблемой современного акушерства, обусловленного высоким уровнем материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при данной патологии. Физиологические изменения в почках способствуют поздней диагностике ОПП [1,2].

В рамках достижения Целей устойчивого развития (ЦУР), начавшей отсчет 1 января 2016 г. на период до 31 декабря 2030 г, сформулирована задача снижения предотвратимой материнской смертности (МС) [3]. Клинические исходы и акушерская помощь при ОПП, обусловленные гестационным процессом, изучены недостаточно. Причины ОПП во время беременности гетерогены, они включают первичные заболевания почек и осложнения беременности. Причиной ОПП в первом триместре является септический аборт, который занимает около 3% от общего числа недостаточности функции почек. Во второй половине беременности около половины причин ОПП занимает преэклампсия, которая является самой частой причиной данного осложнения и достигает 50%, а после родов - сепсис - 9%; отслойка плаценты – 3%; послеродовое кровотечение (ПРК) – 5% [4,5].

Одной из причин роста ОПП считают увеличение хронической болезни почек (ХБП), которая повышает риск ОПП во время беременности и послеродовом периоде [6,7]. Состояние биоценоза влагалища у женщин акушерским ОПП малоизучены и считается актуальной задачей для проведения исследования и прогнозирование этого осложнения.

**Цель исследования.** Изучить микробиоту влагалища у беременных, рожениц, родильниц с акушерским острым повреждением почек.

**Материал и методы исследования.** В данном исследовании были включены 228 беременные женщины, роженицы, родильницы у которых течение беременности, родов и послеродовый период осложнился с клиникой акушерского острого повреждения почек, все случаи были анализированы за 11 лет (2012-2023гг) в Республике Таджикистан. Среди контингента исследованных женщин выявлено ретроспективно 132 случая, проспективно 96 случаев. Исследуемые группы были разделены по причинам возникновения акушерского ОПП на 4 групп в каждой подгруппы составили выжившие и умершие женщины. Изучению микробиоты влагалища подверглись из числа выживших пациенток, у которых течение беременности, родов и послеродовый период осложнился с акушерским ОПП. Объектом исследования служило 25 пациенток (39%) из числа 64 выживших женщин с акушерским ОПП на базе Городского родильного дома №1 г.Душанбе, и Городского научно-клинического центра реанимации и детоксикации г.Душанбе Республики Таджикистан за период 2021-2023гг.

Методом исследования служило бактериологическое исследование цервикального канала и бактериоскопическое исследование мазка на флору содержимого влагалище.

Бактериологическое исследование из цервикального канала и чувствительность микроорганизмов производился на селективных и элективных питательных средах в общество с ограниченной ответственностью «Диамед» Республики Таджикистан.

Проводился посев на чашку Петри, содержащую различную среду в зависимости от характера выявляемого микроорганизма. После 24 часового в термостате при температуре 37<sup>0</sup> Цельсия проводилось изучение морфологических, микроскопических и биохимических свойств колонизирующей среды.

Определение чувствительности микробов к антибиотикам проводили методом сплошного газона (на поверхность мясопептонного агара в чашке Петри помещали диски, пропитанные раствором антибиотиков). Действие антибиотика оценивали по феномену задержки роста вокруг диска после инкубации в термостате при температуре 37<sup>0</sup> Цельсия в течение 18 - 24 часов.

**Результаты исследования.** По результатам проведенного исследования по характеру выявляемой этиологии микробиоценоза влагалища при осложнённой течении беременности ассоциированной ОПП обнаружено, что городские превалировали над сельскими жительницами 19 (76%) против 6 (24%) пациенток. Средний возраст обследованного контингента варьировал в пределах 23,3 ±4,4 лет. Распределение по возрастной категории выявил, в основном, женщины страдали ОПП в оптимальном репродуктивном возрасте (20-34,9 лет) и составили 18 пациенток из 25 (72%), однако и высока частота встречаемости данной патологии среди пациенток юного репродуктивного возраста (15-19,9 лет) 6 жен.(24%) из 25. Поздний репродуктивный возраст была только одна пациентка из общего числа обследованного контингента.

Из общего числа проанализированных пациенток установлено, что манифестация ОПП чаще возникало среди женщин с низким уровнем образования у 20/25 (80%) и среди нетрудоустроенных пациенток 19 из 25 (76%) (p<0,05). Остальные составили работницы с высшим и средним уровням образования и студентки.

Средний гестационный срок установился в пределах 36,5±4,5 недель. Исходом беременности со статистической значимой разницей выявлено в пользу срочных родов - 76 % (19 жен.), преждевременные роды у 6 пациенток (24%), p <0,05.

Идентификация клинического проявления ОПП установлено в течение беременности в 9 случаев ( 36%), с началом родовой деятельности у 10 пациенток (40%), и в послеродовом периоде у шестерых женщин (24%) (p>0,05).

Сравнительная оценка этиопатогенеза акушерского ОПП выявил, что тяжёлые формы гипертензивных нарушениях преобладали над изолированными формами акушерских кровотечений и ее сочетании с гипертензивными патологиями и гнойно - воспалительными заболеваниями ( $p < 0,05$ ). В данном исследовании выявлено в 64 % случаев ОПП на фоне тяжелых форм гипертензивных нарушениях, в 2-х случаях (8%) на фоне акушерского кровотечения и в 3-х случаях (12%) при сочетании гипертензивных нарушениях и акушерского кровотечения и в 4-х сл. (16%) при гнойно - воспалительных заболеваниях. К тяжёлым формам гипертензивных нарушениях диагностировано в большинстве тяжелая преэклампсия, у троих на фоне дородовой эклампсии и у двоих тяжёлая преэклампсия с присоединением HELLP синдрома. Причинами ОПП при акушерских кровотечениях служило послеродовое гипо/атоническое кровотечение с объёмом кровопотери свыше 1500 мл. При сочетании АК и гипертензивных нарушениях выявлено дородовое кровотечение с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты на фоне тяжелой преэклампсии. На фоне гнойно-воспалительных заболеваний ОПП диагностировано в послеродовом периоде при абдоминальном методе родразрешения осложнившимся несостоятельностью швов на ране и перитонитом с последующим радикальным способом оперативного вмешательства.

Бактериоскопическое исследование содержимого влагалища показал, что почти у всех обследованных женщин обнаружено дисбиоз влагалища и III, IV степени чистоты влагалища. При бактериологическом анализ содержимого цервикального канала обнаружено преобладание патогенной микрофлоры и *mix*- инфекции с выраженным и умеренным, а/анаэробным дисбиозом влагалища, имеющие нежелательные исходы для матери и плода.

Сочетанные инфекции как *Streptococcus pyogenes*+ *klebsiella* обнаружено у 5-х пациенток (20%), *Staph. Haemoliticus*+ *Candida* у шестерых (24%), *Escherichia coli*+ *Candida* у 16 % (4-х жен.).

Из числа изолированных и типичных вагинальных патогенов с доминированием факультативно-анаэробных бактерии (аэробы) в разных пороговых значениях были обнаружены *staph. aureus*, *enterococcus faecalis*, *staph. spp* и *klebsiella* с угнетение нормофлоры влагалища.

Изолированные инфекционно-воспалительные заболеваний, ассоциированных с грибами рода *Candida spp.* обнаружено при 16% случаев диагностированных вагинальным кандидозом.

Из числа условно-патогенных микроорганизмов с увеличением пороговых значений установлено *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis* у 8 % пациенток, что характеризует воспалительные агенты урогенитального тракта.

Характеристика амниотической жидкости как предполагаемый мишень инфекционно-воспалительных заболеваний выявил, что в основном диагностировано светлые околоплодные воды – в 15 случаев (60%), меконияльные воды в 7 случаев (28%) и околоплодные воды окрашенной кровью у троих при присоединение акушерского осложнения преждевременного отслоение нормально расположенной плаценты.

Изучение гестационного процесса исследованных женщин показ, что из 25 женщин семерым (28%) было диагностировано бессимптомная бактериурия при первичном визите на уровне ПМСП и получали антибактериальную терапию.

Из десяти женщины у одной (12%) течение второго триместра беременности осложнился с обострением хронического пиелонефрита с обнаружением лейкоцитурии и клинической манифестации данной патологии. В третьем же триместре беременности у 4/25 (16%) диагностировано рецидив хронического пиелонефрита и угроза преждевременных родов, что предполагает хроническую инфекцию, и физиологическое изменение во время беременности в мочеполовой системе способствует росту инфекционного агента.

Изучение осложнения течение беременности показал, что женщины с жалобами на преждевременное излитие околоплодных вод были госпитализированы в 24% случаев (у 6 пациенток), что демонстрирует признаки инфекционных агентов урогенитального тракта.

**Выводы.** Вышеизложенные результаты исследования показали, что биоценоз влагалища у женщин с акушерским ОПП имеет весьма широкий спектр патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Экстрагенитальная патология мочеполовой системы как пиелонефрит и

гломерулонефрит являющиеся генезами хронической инфекции имеет негативное воздействие на гестационный период и на перинатальные исходы. Локальная ,нелеченая патогенная микробиота имеет тенденцию к распространению инфекционного агента и этиологией неблагоприятных исходов как ДРПО, преждевременных родов, также гнойно-воспалительных заболеваний и ОПП. На фоне воспалительных заболеваний МПС гипертензивные нарушение транзитируется на более тяжелые его клинические формы и следует их отнести на группу риска по ОПП. Раннее распознавание и лечение инфекционных агентов имеют решающее значение в профилактике ОПП.

### **Литература**

1. Krane, N.K. Kidney disease and pregnancy //Drug and diseases. Obstetrics and Gynecology.– 2023.– Online Open Access
2. Correlations between Maternal and Fetal Outcomes in Pregnant Women with Kidney Failure. Meca, D-C., Varlas, N.V., Mehedintu, C., Cirstoiu, M.M. // J.Clin.Med. –2023.– V.12, № .3.– P.832.
3. WHO U,UNFPA, World BANK Group, and the United Nations Population Division (2019) Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary
4. Epidemiology of acute kidney injury in hospitalized pregnant women in China. Liu, D, ., He, W., Xiong, M., Wang, L., Huang, J. et al. //BMC Nephrol. –2019. – V.20, №1.– P.67.
5. Etiology of pregnancy-related acute kidney injury among obstetrics patients in India: a systematic review obstetrics Gautam, M., Saxena, S., Saran, S., Ahmed, A., Pandey A. //Indian J. Crit. Care Med.–2022.– V. 26, №10.– P.1141-1151.
6. Cockwell, P., Fisher, L.A. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet.– 2020.– V.395, №10225.– P.709-733.
7. Kidney health for everyone everywhere: from prevention to detection and equitable access to care. Li, P.K-T., Garcia-Garcia, G., Lui, S-F., Andreoli, S., ung, W.W. et al. //World J.Nephrol.Urol. –V.9, №1.– P.1-10.

**УДК 618.1**

**Дастанбек Арайлым Максатқызы, Төлеш Жанайым Төлешқызы, Кунчинова Лаура  
Амангелдиевна, Музарханова Шырын Еркінқызы  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК  
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО МЕТОДА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ В РУБЦЕ ПОСЛЕ  
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО МВА  
Акылжанова Жансулу Егизбаевна*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана», ГКП на  
ПХВ «Многопрофильная городская больница №1» город Астана, Казахстан. Отделение  
гинекологии*

**Актуальность.** Кесарево сечение (КС) стало одним из ключевых методов родовспоможения в современной акушерско-гинекологической практике. Всемирная организация здравоохранения рекомендует, чтобы частота кесаревых сечений составляла 10-15% от общего числа родов, поскольку эта операция может приводить как к немедленным, так и к отдаленным осложнениям. Одним из серьезных отдаленных последствий является рубцовая беременность.

После кесарева сечения около 60-80% женщин имеют хороший рубец, однако 10-15% сталкиваются с проблемами заживления. Риск разрыва матки при естественных родах у женщин с рубцом составляет 0,5-1%, что существенно выше, чем у тех, кто не подвергался КС (0,1%). Вероятность предлежания плаценты и плацентарной инвазии у таких женщин может достигать 3-10%.

Несостоятельный рубец встречается у 1 из 500 женщин, подчеркивая важность контроля состояния рубца. Статистика показывает, что около 4% внематочных беременностей происходит в области рубца, что может привести к серьезным осложнениям, включая разрыв матки и обильное кровотечение. Внематочная беременность в рубце выявляется у 1-2% женщин после КС и сопряжена с высоким риском разрыва матки (25-50%).

Имплантация плодного яйца в рубце была впервые описана в 1978 году и стала важным шагом к пониманию этой патологии. Рубцовая беременность увеличивает риск осложнений в будущих беременностях, таких как преждевременные роды, а также может вызывать страх и беспокойство у женщин относительно их следующих беременностей.

При выборе метода лечения рубцовой беременности важно учитывать индивидуальные особенности пациентки, срок беременности и наличие осложнений. Комбинация медикаментозной терапии, эмболизации маточных артерий (ЭМА) и хирургических методов может предоставить наилучшие результаты с минимальными рисками для здоровья женщины и сохранением фертильности.

На сегодняшний день не существует идеального метода лечения имплантации в рубце матки. Каждый подход имеет свои плюсы и минусы, и важно учитывать их при выборе тактики. Медикаментозное прерывание может быть длительным и требует наблюдения, что удлиняет восстановление. ЭМА также имеет свои осложнения, такие как посттромботический синдром, что может повлиять на кровообращение и функцию яичников, особенно у женщин, планирующих будущие беременности.

Ни медикаментозная терапия, ни ЭМА в сочетании с кюретажем не могут устранить расслоение рубца, что представляет собой серьезную проблему для женщин, ожидающих последующих беременностей. Ранняя диагностика рубцовой беременности критически важна для выбора оптимального метода лечения, включая малоинвазивные и органосохраняющие операции. Ультразвуковое исследование (УЗИ) помогает оценить состояние рубца и степень деструктивных изменений миометрия, что является важным для принятия решения о вмешательстве.

**Ключевые слова:** Рубцовая беременность, эмболизация маточных артерий (ЭМА), органосохраняющий метод, кесарево сечение, кровотечения, фертильность.

**Цели исследования.** Оценка эффективности и безопасности эмболизации маточных артерий, как органосохраняющего метода при имплантации в рубце после кесарева сечения.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в гинекологическом отделении ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница № 1». С 20 октября 2023 года по 20 октября 2024 года. Обратились в МГБ №1 г.Астана 64 женщины, которым была выполнена эмболизация маточных артерий. Среди них 27 женщин имели рубцы после кесарева сечения. Из этой группы 20 (74%) поступили экстренно, у 7 (26%) — плановая госпитализация. Каждой пациентке было проведено полное клинико-лабораторное обследование.

Ультразвуковое исследование выполнялось с использованием вагинального датчика в режиме «серой шкалы». Основные задачи УЗИ и дуплексное картирование включали подтверждение беременности, определение гестационного срока, оценку остаточного миометрия в области рубца и выявление признаков врастания хориона, а также оценку состояния миометрия и шейки матки.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием Microsoft Excel и Statistica.

**Результаты исследования.** В исследовании приняли участие 27 женщин, что формирует основу для анализа различных видов прерывания беременности и связанных состояний. Средний возраст пациенток составляет 36 лет, что может указывать на особенности репродуктивного здоровья женщин данной возрастной группы, включая повышенные риски для ряда состояний.

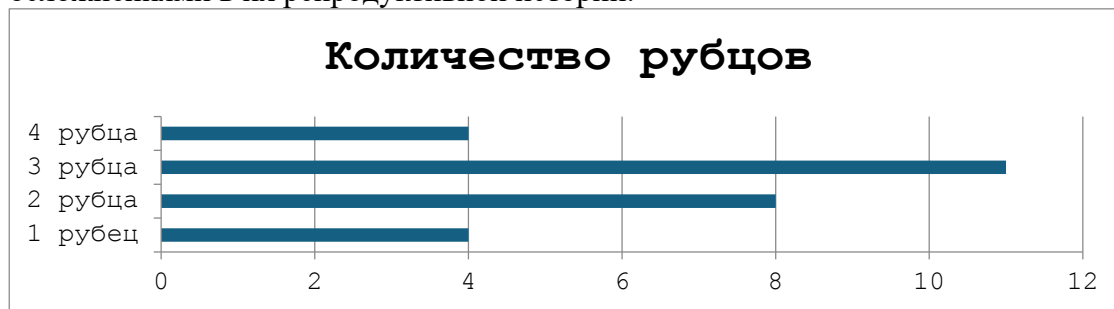
У 7 пациенток (26%) зафиксирован медицинский аборт, что может свидетельствовать о распространенности планового медицинского вмешательства для прерывания беременности в этой группе. 10 женщин (37%) столкнулись с несостоявшимся выкидышем, что является наиболее распространенным диагнозом среди выборки. Это может указывать на значительные

риски невынашивания в этой возрастной группе. У 4 пациенток (15%) зафиксирован угрожающий аборт, который требует медицинского вмешательства для предотвращения дальнейших осложнений. Замершая беременность была диагностирована у 5 пациенток (19%), что также подчеркивает необходимость мониторинга состояния беременности. Только 1 случай (3%) был зарегистрирован как аборт в ходу, что является наименее распространенным состоянием в этой выборке.



**Диаграмма 1. Диагнозы, которые были поставлены у пациенток с имплантацией по рубцу после кесарева сечения.**

Все 27 женщин в выборке имеют рубцы на матке, что свидетельствует о ранее проведенных операциях или медицинских вмешательствах, повлиявших на структуру матки. У 4 пациенток (15%) выявлен один рубец на матке, у 8 пациенток (30%) обнаружено два рубца, у 4 пациенток (15%) зарегистрированы четыре рубца. Наиболее распространенной категорией являются пациентки с тремя рубцами (11 человек, 40%). Это может указывать на высокую вероятность наличия предыдущих многократных вмешательств, которые, возможно, связаны с осложнениями в их репродуктивной истории.



**Диаграмма 2. Количество рубцов**

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания отмечены у 8 женщины. У 6 (22%) выявлена железодефицитная анемия. Среди гинекологических заболеваний у 1 (3%) пациентки был эндометриоз и у 1 (3%) — миома матки. Сроки диагностики внематочной беременности составили: 3-4 недели — у 3 (10%), 4-5 недель — у 5 (15%), 5-6 недель — у 10 (35%), 7-8 недель — у 7 (25%), 10-11 недель — у 2 (5%) пациентки. Размеры плодного яйца колебались от 3 до 11 недель (в среднем 7 недель).

С учетом возраста и анамнеза пациенток, для предотвращения органоуносящей операции и с целью гемостаза была проведена эмболизация маточных артерий, после чего выполнено удаление плодного яйца путем выскабливания полости матки для прерывания беременности. Во всех случаях (100%, n=20) при ЭМА использовались микросферы. Ультразвуковое исследование органов малого таза выполнялось до и после эмболизации маточных артерий как основной метод динамического наблюдения за структурой и размерами матки. Серьезные осложнения после ЭМА и дилатации не наблюдались. Показатели технической и клинической эффективности составили 97% и 85% соответственно.

**Таблица 1: Время восстановления (дни)**

Диагнозы	Среднее время восстановления (дни)
- Медицинский аборт	5 ± 1
- Несостоявшийся выкидыш	6 ± 1

Диагнозы	Среднее время восстановления (дни)
- Угрожающий аборт	5 ± 1
- Замершая беременность	5 ± 1
- Аборт в ходу	5

**Заключение.** Эмболизация маточных артерий показала высокую эффективность в лечении рубцовой беременности, особенно при выявленных признаках нестабильности рубца. Однако проведение этой процедуры должно основываться на тщательной оценке состояния пациентки и возможных рисков. Следует учитывать, что ЭМА не является универсальным методом, поэтому каждый случай требует индивидуального подхода.

#### Литература

1. Endovascular treatment of cesarean scar pregnancy: a retrospective multicentric study  
Giovanni Failla, Federica Libra, Francesco Giurazza, Nicola Maria Lucarelli, Giovanni Coniglio, Francesco Vacirca, Serafino Maria Santonocito, Cristian Dell'Atti, Francesco Camerano, Stefano Palmucci, Raffaella Niola, Antonio Basile, Domenico Patanè  
Radiol Med. 2022 Sep 27.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36167883/>
2. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А., Пучкова Н.В., Земскова Н.Ю., Торобаева М.Т. Беременность в рубце после кесарева сечения: возможности хирургической коррекции. Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20(6):65–70.  
<https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa/2020/6/1172661222020061065>
3. Clinical Efficacy and Safety of Uterine Artery Embolization (UAE) versus Laparoscopic Cesarean Scar Pregnancy Debridement Surgery (LCSPDS) in Treatment of Cesarean Scar Pregnancy BD 1 Junhong Guo AC 2 Jiangtao Yu EF 1 Qing Zhang EF 1 Xiaojie Song  
<https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/907404>
4. Б. Чжан , З. Цзян , М. Хуан Эмболизация маточных артерий в сочетании с метотрексатом при лечении рубцовой беременности при кесаревом сечении: результаты серии случаев и обзор литературы J Vasc Interv Radiol , 23 ( 2012 ) , стр. 1582 - 1588 гг.  
<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84869997389&origin=inward&txGid=212ff2e951fb0510fc135bd40f470415>

УДК: 004.9: 618.3: 612.6

**Есболатова Г. Е., Кабыл Ш. К., Смагулова Л. Т., Бошанова Ә. М., Шуленова А.Т.  
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНЫХ И МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ  
КОНТРОЛЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ И ПОДБОРА МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ НА  
УРОВНЕ ПМСП**

*Научные руководители: Искаков Серик Саятович, к.м.н. (PhD), заведующий кафедрой,  
Шегенов Галым Амиржанович, PhD, доцент кафедры,*

*Билялова Гульшат Турсуновна, к.м.н., доцент кафедры, Нурмагамбетова Дана  
Муратбековна, магистр медицины, ассистент кафедры*

*НАО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №2, ГКП на  
ПХВ «Городская поликлиника №9», ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница  
№2», акушерский блок, г.Астана*

**Актуальность темы.** Проведение реформ для решения проблемы защиты материнства и детства обозначены в стратегических государственных документах Республики Казахстан как ключевой элемент формирования устойчивого социального устройства общества. Данный аспект является одним из долгосрочных приоритетов «Стратегии «Казахстан-2050». В последнее время резко возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин, но, однако, аборт остается одним из распространенных способов контроля рождаемости. 1,1 млрд женщин из общего числа в мире 1,9 млрд женщин фертильного

возраста (15–49 лет) нуждаются в услугах в области планирования семьи. В мире 164 миллиона женщин не имеют доступа к средствам контрацепции. Современные контрацептивные методы используют 874 миллиона человек. По оценкам, в 2022 году среди женщин в браке или с постоянным партнером 65% использовали контрацептивы, из них 58,7% – высокоэффективные современные методы.

В период с 2015 по 2022 год уровень удовлетворенности потребностей в планировании семьи с использованием современных методов в среднем по миру остается около 77%, однако в странах Африки к югу от Сахары он увеличился с 52% до 58% (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022).

Анализ тенденций использования услуг по планированию семьи в Казахстане имеет важное значение для понимания спроса на современные контрацептивы и определения приоритетов в области политики обеспечения доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья. По данным Министерства здравоохранения, в стране отмечается устойчивое снижение числа абортов с 2007 года. Однако эти данные не учитывают аборты, проведенные в частных клиниках, и, возможно, не отражают полную картину медицинских абортов, сделанных вне медицинских учреждений. Подтверждением тому является увеличение объема продаж мифепристона и мизопростола в Казахстане в шесть раз выше, чем количество зарегистрированных медицинских абортов в 2019 году, согласно данным консалтингового агентства «Ви-ОРТИС Мониторинг», которое провело учет вышеуказанных препаратов и выявило, что даже учитывая другие способы использования этих препаратов, в итоге все еще остается 80 000 упаковок, которые могут быть применены для медикаментозного аборта, не учтенного в официальной статистике. Результаты мульти-индикаторного кластерного исследования (МИКС-2015) показали, что, несмотря на практически полное знание о контрацепции (99,9%), лишь 54% женщин фертильного возраста в Казахстане, состоящих в/не официальном браке, фактически используют методы планирования семьи. Применение различных средств контрацепции дает возможность людям самостоятельно решать, сколько детей они хотят иметь и с каким интервалом.

Решением данной проблемы являются: активная просветительская работа среди населения, создание компьютерного и мобильного приложения для мониторинга, оценки эффективности и управления фертильностью на уровне первичной медицинской помощи. Интеграция мобильных технологий в систему первичной медицинской помощи, автоматизация анализа данных могут значительно снизить нагрузку с медицинских работников, что, в свою очередь, позволит медицинским учреждениям оперативно реагировать на возникающие вызовы и потребности.

Существует множество мобильных приложений, предназначенных для отслеживания менструального цикла. Они позволяют пользователям записывать данные о цикле, симптомах, а также предсказывать фертильные дни. Исследования показывают, что такие приложения могут повышать осведомленность женщин о своем репродуктивном здоровье и способствовать планированию беременности или ее предотвращению (Fowler et al., 2020). Некоторые приложения используют алгоритмы на основе календарного метода, температурного метода и методики наблюдения за слизью шейки матки. Они могут помочь в определении наиболее благоприятных дней для зачатия или наоборот — дней с низким риском зачатия (Schneider et al., 2021). Это делает их полезными как для женщин, планирующих беременность, так и для тех, кто хочет избежать ее.

Мобильные приложения могут предоставлять персонализированные рекомендации по выбору метода контрацепции, основываясь на введенных пользователем данных, таких как возраст, здоровье, предпочтения и образ жизни. Некоторые приложения даже интегрируют алгоритмы, которые анализируют информацию и предлагают наиболее подходящие методы (Miller et al., 2022).

Приложения также служат источником информации о различных методах контрацепции, их преимуществах и недостатках. Это способствует повышению осведомленности пользователей о доступных вариантах и может уменьшить распространенность нежелательной беременности (Levy et al., 2023).

Несмотря на потенциал цифровых решений, существуют и ограничения. Некоторые приложения могут не обеспечивать необходимую конфиденциальность данных пользователей, а также могут не иметь научной обоснованности своих рекомендаций. Кроме того, есть риск, что пользователи могут неправильно интерпретировать данные или игнорировать медицинские советы (Thiel et al., 2022).

**Цель исследования.** Повышение эффективности контроля фертильности путем использования компьютерного веб-сайта и мобильного приложения на уровне первичной медицинской санитарной помощи с персонализированным подходом.

**Материал исследования.** Исследование является проспективным, когортным, поперечным с 1200 участниками исследования. Данное количество обосновано на расчетах рентабельной выборки, согласно данным Национального бюро статистики РК. Все участники будут распределены путем выборки (женщины репродуктивного возраста с 18 до 49 лет) в 2 исследуемые группы, при этом одна группа (ГП №12) будет являться контрольной (А, n=600), вторая группа (ГП №2) – основной (В, n=600). Распределение внутри каждой групп женщин фертильного возраста будет проводиться согласно приказу МЗ РК №92 от 26.08.2021 г на 5 подгрупп: 1. здоровые женщины; 2. имеющие экстрагенитальную патологию; 3. имеющие гинекологическую патологию; 4. имеющие экстрагенитальную и гинекологическую патологии; 5. группа социального риска. В каждой группе участники будут предоставлять информацию по вопросам паспортной части, анамнеза жизни, акушерско-гинекологического анамнеза и использования методов контрацепции. В каждой группе будет проведен анализ эффективности применяемого метода контрацепции: в основной группе (В) с помощью компьютерного веб-сайта и мобильного приложения, в контрольной группе (А) – традиционными методами на приеме у акушера-гинеколога и на консультировании в кабинете планирования семьи и контрацепции. В данном проспективном когортном поперечном исследовании будет проводиться сравнение показателей в обеих группах с помощью программ статистической обработки. Компьютерный веб-сайт и мобильное приложение, проанализировав полученные данные, предложит наиболее подходящий метод контрацепции. Эти данные будут выходить на веб-сайте и в мобильном приложении у врача с возможностью написать комментарий. Врач может следить за эффективностью назначенного метода контрацепции, получить своевременную обратную связь от пациентов. И все данные будут сохраняться в общей базе данных.

**Критерии включения:** женщины в возрасте от 18 до 49 лет из клинических баз кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана»: ГКП на ПХВ «ГП г Астана № 2, 12»

- контрольная группа – 600 женщин;
- основная группа – 600 женщин;

**Критерии исключения:** Пациентки до 18 лет, менопауза, аднексэктомия, гистерэктомия тотальная/ субтотальная, женщины с первичным/вторичным бесплодием, нейроэндокринными патологиями (синдром истощения яичников, СПКЯ, синдром Шерешевского-Тернера, гипогонадотропный гипогонадизм), беременные женщины.

Оценка результатов будет основана на:

Для статистического анализа будет использована вариационная статистика с расчётом среднего арифметического, ошибки среднего, 95% доверительного интервала, размаха колебаний. А также будет решен ряд статистических задач для выявления корреляционной связи между состоянием здоровья по возрасту, полу. Для характеристики каждой группы по всем полученным параметрам будет произведена описательная статистика. Далее будет проведен сравнительный анализ по всем группам. Количественные данные с нормальным распределением будут сравниваться с использованием t-критерий Стьюдента для двух групп или дисперсионного анализа (ANOVA), когда число групп больше двух. Для количественных данных с ненормальным распределением - непараметрические критерии Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса для независимых групп и критерий Уилкоксона для зависимых групп. Для сравнения категориальных данных будет использован критерий Хи-квадрат или точный критерий Фишера при необходимости (когда ожидаемая частота меньше 5 в одной из ячеек).

Конечные точки будут включать эффективность контрацепции выбранной индивидуально для пациентки учитывая ее группу динамического наблюдения, а также анализ частоты незапланированных и нежелательных беременностей и случаев абортов в сравнении с контрольной группой.

**Заключение.** Результаты планируемого исследования позволят снизить основные показатели ПМСП: число абортов, перинатальную и материнскую смертность, сократить экономические издержки, связанные с прерыванием беременности, а также облегчить работу врача ПМСП. Реализация проекта будет способствовать доступности медицинской помощи женщинам, проживающим в отдаленных населенных пунктах.

В условиях перегруженности системы здравоохранения, особенно в регионах с ограниченными ресурсами, данное направление является перспективным для ПМСП. Возможность сбора и анализа данных через мобильные приложения предоставляет ценную информацию как для пользователей, так и для медицинских специалистов. К ним относятся вопросы конфиденциальности и безопасности данных, которые необходимо решать для того, чтобы пользователи могли с уверенностью делиться личной информацией.

Компьютерные и мобильные приложения для контроля фертильности и подбора методов контрацепции открывают новые горизонты для первичной медико-санитарной помощи. Их использование способствует повышению уровня осведомленности женщин улучшить доступ к услугам и способствовать более осознанному выбору методов контрацепции. Тем не менее, важно продолжать исследования в этой области для оценки их эффективности и воздействия на репродуктивное здоровье женщин.

#### **Список литературы**

1. Закон Республики Казахстан от 9 февраля 2015 года № 285-V «О государственной молодежной политике». Ст. 1.
2. Закон Республики Казахстан от 6 апреля 2016 года № 482-V «О занятости населения». Ст. 14. П. 1.
3. Концепция Государственной молодежной политики Республики Казахстан до 2020 года «Казахстан 2020: путь в будущее».
4. Национальный доклад «Молодежь Казахстана – 2016». Научно-исследовательский центр «Молодежь».
5. Молодежь и риски для здоровья (доклад секретариата). Всемирная организация здравоохранения. 64-я сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения А64/25, 28 апреля 2011.
6. Планирование семьи. Информационный бюллетень ВОЗ №351, май 2015г.
7. Fowler, C. et al. (2020). "The role of mobile applications in menstrual cycle tracking." *Journal of Women's Health*.
8. Schneider, J. et al. (2021). "Methods of fertility awareness: A review of mobile applications." *Reproductive Health*.
9. Miller, K. et al. (2022). "Personalized contraceptive recommendations via mobile apps." *Contraception*.
10. Levy, J. et al. (2023). "Improving contraceptive knowledge through digital tools." *Health Education Research*.
11. Thiel, M. et al. (2022). "Privacy concerns in fertility tracking applications." *Journal of Medical Internet Research*.
12. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222:134.
13. Pleasants E, Whitfield B, Pleasure ZH, et al. Adolescents and Young Adults' Sources of Contraceptive Information. *JAMA Netw Open* 2024; 7:e2433310.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women, Contraceptive Equity Expert Work Group, and Committee on Ethics. Patient-Centered Contraceptive Counseling: ACOG Committee Statement Number 1. *Obstet Gynecol* 2022; 139:350.
15. Goueth RC, Maki KG, Babatunde A, et al. Effects of technology-based contraceptive decision aids: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 227:705.

16. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittziel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception* 2017; 95:452.
17. Effectiveness of Telehealth for Women's Preventive Services, Cantor A, Nelson HD, Pappas M, Atchison C, Hatch B, Huguet N, Flynn B, McDonagh M. (Eds), Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD) 2022
18. Набиева Л.В., Григорьева Н.В., Василькова Г.А. Современные проблемы гормональной контрацепции. *Вестн. Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2019; 2 (25): 43–7. [Nabieva L.V., Grigorieva V.V., Vasilkova G.A. Modern problems of hormonal contraception. *Vestn. Soveta molodykh uchenykh i spetsialistov Chelyabinskoy oblasti*. 2019; 2 (25): 43–7 (in Russian).]
19. Дикке Г.Б. Потребности, ожидания и сомнения у пользователей гормональными контрацептивами. *Гинекология*. 2020; 22 (1): 33–7. DOI: 10.26442/20795696.2020.1.200044 [Dikke G.B. Needs, expectations and doubt users of hormonal contraceptives. *Gynecology*. 2020; 22 (1): 33–7 (in Russian).]
20. Аганезов С.С., Гугало Т.В. Отношение пользователей к гормональной контрацепции. Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины – 2019: Сб. тез. LXXX науч.-практ. конф. с междунар. участием. Под ред. Н.А. Гавришевой. СПб., 2019. [Aganezov S.S., Gugalo T.V. User attitudes towards hormonal contraception. *Topical Issues in Experimental and Clinical Medicine – 2019: Sat. thesis*. In: Gavrishcheva N.A. (ed.) LXXX scientific and practical conf. with int. participation. Saint Petersburg, 2019 (in Russian).

УДК 618.2-06

**Есжанова А.А., Космуратова Ш.Б., Искакова А.М.**  
**ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛТРОМБОПАГА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С**  
**ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*Научный руководитель: Есжанова А.А., Космуратова Ш.Б.*

*Кафедра акушерство и гинекологии №2.*

*НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана*

**Актуальность.** Иммунная тромбоцитопения (ИТП) встречается у 1–2 на 1000 беременностей. За исключением подготовки к родам, показания к лечению ИТП во время беременности аналогичны показаниям к лечению ИТП вне беременности; в среднем по крайней мере одной трети беременных женщин с хронической ИТП потребуется лечение во время беременности. Использование глюкокортикостероидов (ГКС) отдельно или в сочетании с внутривенным иммуноглобулином безопасно как для матери, так и для плода, и их можно использовать в качестве поддерживающего и/или экстренного лечения на любом сроке беременности, но особенно при подготовке к родам. И наоборот, многие методы лечения ИТП либо не рекомендуются во время беременности (ритуксимаб) либо противопоказаны (микофенолата мофетил, алкалоид барвинка). Другие иммуносупрессоры не являются тератогенными, но их применение ограничивается либо медленным механизмом действия (азатиоприн), либо риском гипертонии (циклоспорин). Данные о безопасности и эффективности спленэктомии во время беременности ограничены. Агонисты тромбоцетиновых рецепторов элтромбопаг и ромиплостим, одобрены для лечения ИТП у взрослых, но не рекомендуются во время беременности, поскольку они могут проникнуть через плаценту, и их безопасность не установлена. Таким образом, ведение женщин с ИТП во время беременности с плохим ответом на кортикостероиды и внутривенные внутривенные инъекции (ВВИГ) является сложной задачей.

**Материалы и методы исследования.** В данной статье описан случай использования элтромбопага у первобеременной 22 лет с хронической ИТП в анамнезе. Беременность осложнилась уменьшением тромбоцитов  $15 \cdot 10^9$  на сроке беременности 6 недель. Она не реагировала на лечение кортикостероидами, внутривенным иммуноглобулином (IV Ig), поэтому на 22 неделе был начат элтромбопаг, и было достигнуто клиническое улучшение.

Оперативные роды произошли в сроке 39 недель, по поводу угрожающего состояния плода в первом периоде родов. На момент родов уровень тромбоцитов составил  $224 \cdot 10^9$ . Родился плод мужского пола, весом 3620 гр, ростом 54 см, с оценкой по Апгар 6/7 баллов. После родов у обоих было нормальное количество тромбоцитов.

**Выводы.** В нашем описании случая подчеркивается успешное применение элтромбопага во время беременности и родов, без ожидаемых геморрагических осложнений (послеродовое кровотечение, ДВС и т.д.). Отчет о данном случае дополняет научную литературу, однако мы не можем доказать это с помощью нашего отчета о случае и предлагаем дальнейшие исследования для изучения данной патологии.

УДК-618.172-039.12

**Ибраимова Нодира Отабековна**  
**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ**

*Научный руководитель: Бекбаулиева Гулистан Ниетбаевна. д.м.н. доцент  
Кафедра акушерства и гинекологии, Ташкентская медицинская академия, Ташкент*

**Актуальность.** В Узбекистане дети и подростки в возрастной структуре общего населения составляет чуть менее 40%. Здоровье подрастающего поколения находится в центре внимания нашего Президента. Свидетельством этому является принятия ряда государственных программ, направленных на повышению медицинской культуры подростков, всестороннему развитию подрастающего поколения и их оздоровлению, так как сохранение здоровья в этом возрасте считается перспективным вкладом в репродуктивный, интеллектуальный, экономический и социальный резерв общества.

**Целью исследования** явилась изучение диагностических критериев задержки полового развития девушек-подростков с данных обзора литератур.

**Результаты исследования.** Половое созревание девочек сложный процесс, который с одной стороны осуществляется в результате сложного взаимодействия гипоталамо-гипофизарных систем и яичников, а с другой стороны щитовидной и надпочечниковой системы с последующей установкой менструальной функции и способностью воспроизводства поколения. Следовательно, реализация репродуктивных планов или же наличие бесплодие у женщин закладывается в раннем детском и подростковом периоде на фоне задержки полового развития, в виде полового инфантилизма, первичного и вторичного гипогонадизма. Основными диагностическими критериями ЗПС у девочек считаются отсутствие менархе в возрасте 15 лет и старше, отсутствие пубертата в 13 лет и старше; и/или отсутствие менархе в течение 3 лет и более от начала появления развития молочных желез и полового оволосения; несоответствие показателей роста и массы тела хронологическому возрасту. Основными жалобами являются аменорея и отсутствие появления вторичных половых признаков у девочек в возрасте старше 13 лет. При подозрении на ЗПС тщательно собранный анамнез с учетом степени родства родителей, сроков начала полового развития у ближайших родственников, выяснения особенностей неонатального периода, текущей или проводимой ранее химиотерапии, приема лекарственных средств, перенесенных ранее заболеваний, сопутствующей эндокринной и системной патологии, хронической патологии печени, почек, органов половой системы, хирургических вмешательств в гипоталамо-гипофизарной области и в области половых органов дает возможность первоначальное представление о форме данной патологии. У девочек признаками начала полового созревания является увеличение молочных желез, степень развития которых оценивается по шкале Таннер. Согласно классификации Таннера: 1-я стадия соответствует до пубертату (вторичные половые признаки отсутствуют), началом пубертата (полового созревания) считается 2-я стадия по Таннеру. Появление аксиллярного и лобкового оволосения, без увеличения молочных желез у девочек не является маркером начала истинного полового созревания, так как характерно для продукции андрогенов. Чаще увеличение продукции адреналовых андрогенов по срокам

совпадает с началом полового созревания, однако до 20-30% детей могут иметь раннее начало (с 6-7 летнего возраста) повышение синтеза андрогенов надпочечников без активации гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси.

**Выводы.** Таким образом, ЗПС полиэтиологическая патология, имеющий не только медицинское, но и социальное значение у потенциального генофонда девушек-подростков снижая возможность репродукции и качества жизни. К сожалению, своевременная диагностика опаздывает в силу менталитета населения, из-за большого объема диагностики, дороговизны и многогранности обследования. Следовательно, для своевременной диагностики ЗПС среди девушек-подростков необходимо поиск новых методов скрининга, проводимые в школах.

УДК 618.7-002

**Искалиева С.С., Кашкинбаева М.С, Искакова А.М., Жангазина Ю.Н.  
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ  
ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

*(научный руководитель Искалиева С.С., PhD, профессор)*

*Кафедра акушерство и гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана»,  
г.Астана*

**Актуальность.** По данным мировой литературы, около 25% беременных женщин рожают с помощью кесарева сечения, и у 20% из них после операции возникают осложнения. Увеличение количества абдоминальных родов привело к возникновению новой глобальной проблемы — управлению пациентками с несостоятельным рубцом на матке. Одной из главных причин появления этого осложнения после кесарева сечения, а также распространения инфекции, является послеродовой эндометрит.

**Цель работы.** Определить тактику ведения родильниц с развитием несостоятельности рубца на матке в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы исследования.** Ретроспективное исследование законченных клинических случаев на базе Городской Многопрофильной больницы №2 города Астана. В период 2020 г по 2023 год.

**Результаты исследования.** Было проанализировано 15 случаев несостоятельности рубца в послеродовом периоде. Во всех случаях начата консервативная терапия, с оценкой ответа на нее, 9 случаев были (60%) с положительным ответом от консервативного лечения, остальные 6 случая закончены оперативным лечением. Из них 4 случая закончились релапаротомией, метропластикой. В 2-х случаях (13%) учитывая наличие несостоятельности рубца на матке, явлений диффузного перитонита, отсутствие эффекта от проводимой антибиотикотерапии проведена тотальная гистерэктомия.

Во всех случаях фактором риска являлся послеродовой эндометрит. Также имело место быть нарушение техники при наложении 2-х рядного шва на матку с образованием гематомы.

Алгоритм при консервативном лечении:

- адекватная санация полости матки;
- инфузионная терапия;
- антибактериальные препараты широкого спектра действия, с учетом чувствительности;
- аспирационно-промывное дренирование полости матки;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- утеротоническая терапия в сочетании со спазмолитиками (окситоцин, дротаверин);
- профилактика тромботических осложнений, антиагрегантная терапия.

В ситуации купирования эндометрита заживления швов на матке возможно вторичным натяжением.

Показания на оперативное лечение:

1. Толщина шва миометрия от 1,5 до 2,5 мм.

2. Безэффективность консервативной терапии (сохранение повышенной температуры тела, повышение уровня лейкоцитов в крови)

**Выводы.** Все 15 случаев шли по данному алгоритму. Хороший терапевтический эффект лечения был в 60%, частичный эффект у 26,6%, что позволило провести метропластику. В 2 случаях 13,4% эффекта не было.

Ранняя диагностика эндометрита позволит своевременно начать адекватную комплексную терапию, направленную на получение терапевтического эффекта. Однако в случаях явного дефекта, проведение метропластики дало хороший терапевтический эффект. А в двух случаях, когда процесс был достаточно распространен, закончился оргоуносящей операцией.

УДК 618.2.617.5

**Искалиева С.С., Қартбаева Ж.Р.**

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕХНИКИ УШИВАНИЯ РАЗРЕЗА НА МАТКЕ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ:СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ**

*Искалиева Сайра Сисенбаевна к.м.н., доктор PhD, профессор кафедры Акушерства и гинекологии №2.Кафедра Акушерства и гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана*

#### **Актуальность:**

Кесарево сечение является одной из самых частых хирургических процедур в мире, представляя собой метод родоразрешения в 30% случаев. Несомненно, данная операция в современном акушерстве приводит к улучшению исходов беременности как для матери, так и для плода[1, 2].

Несмотря на все достоинства операции, есть определенные последствия — это вынужденное повреждение миометрия в ходе оперативного вмешательства, что непреодолимо приводит к дальнейшему формированию рубца на матке. В ходе репаративных механизмов в органе происходит образование рубцовой ткани, которая замещает нормальный миометрий [3, 4]. Соединительная ткань рубца не способна полностью по функциональным и структурным свойствам заменить мышечную ткань матки, что может привести в дальнейшем к таким осложнениям, как разрыв матки, аномальное прикрепление плаценты и имплантация плодного яйца в области рубца во время беременности [5—7].

Страх разрыва рубца является одним из рисков, связанных с беременностью после кесарева сечения. Это привело к увеличению частоты повторных кесаревых сечений в наши дни. Закрытие разреза матки является ключевым этапом кесарева сечения, и крайне важно, чтобы для закрытия рубца на матке применялась оптимальная хирургическая техника. Эта техника должна выдерживать нагрузку последующих родов. Во время кесарева сечения шов на матке может быть выполнен с использованием одно- или двухрядной техники. В существующих методах закрытия матки, однослойных или двухслойных, правильное сближение краев разреза, то есть децидуальной оболочки к децидуальной оболочке, миометрия к миометрию, серозной оболочки к серозной оболочке, не гарантируется[8].

Растущее количество доказательств свидетельствует о том, что хирургическая техника закрытия матки влияет на заживление рубца на матке, но до сих пор нет единого мнения об оптимальном закрытии матки. Взаимосвязь между различными типами зашивания матки и распространенностью дефектов рубца после кесарева сечения в настоящее время неясна, ввиду разновидности шовного материала и высокой вариабельностью между хирургами.

#### **Цель работы:**

- 1) Сравнить влияние техники ушивания матки (включая однослойное и двухслойное ушивание разреза матки) на здоровье женщины.
- 2) Выявить наиболее рациональный метод ушивания матки после операции кесарево сечение.

#### **Материалы и методы исследования:**

Были проведены систематический обзор и метаанализы. Исследования проведены по статьям опубликованных в электронных базах данных PubMed, Up to Date, Web of Science, Embase, Cochrane Central Register, Russian Journal of Human Reproduction и списках литературы всех выявленных статей.

Критериями отбора были все опубликованные, неопубликованные и текущие рандомизированные контролируемые исследования, сравнивающие различные типы и способы закрытия разреза матки во время кесарева сечения. Мы не применяли никаких языковых ограничений.

Собраны информации о следующих результатах: 1) формирование несостоятельного рубца на матке после операции кесарева сечение; 2) техника наложения шва на матку при операции кесарева сечения; 3) Взаимосвязь между различными типами зашивания матки; 4) распространенностью дефектов рубца после кесарева сечения; 5) свойство шовного материала; 6) продолжительность хирургической процедуры.

### **Результаты исследования:**

Один конкретный вопрос о технике, используемой для закрытия матки, заключается в том, следует ли закрывать ее одним слоем швов или двумя. Традиционно поперечный разрез нижнего сегмента матки зашивается двумя слоями (Enkin 2006). Сторонники двойного закрытия матки ссылаются на улучшение гемостаза и заживления ран, а также, возможно, на снижение риска разрыва матки при последующей беременности. По результатам исследования S. Roberge и соавт. (2016), двухслойная техника с первым непрерывным неблокирующим швом, за которым следует второй непрерывный неблокирующий шов, приводит к лучшим отдаленным результатам и формированию состоятельного рубца [9-11].

Однослойное закрытие может быть связано с сокращением времени операции, меньшим разрывом тканей и меньшим введением инородного шовного материала в рану. Эти потенциальные преимущества могут привести к снижению операционной и послеоперационной заболеваемости у женщин. Однако недавнее наблюдательное исследование, проведенное в Канаде, показало, что однослойное закрытие нижнего сегмента матки при кесаревом сечении связано с четырехкратным увеличением риска разрыва матки при последующей беременности по сравнению с двухслойным закрытием матки (коэффициент шансов 3,95, 95% доверительный интервал от 1,35 до 11,49) (Vujold 2002) [12]. Краткосрочные материнские результаты схожи для однослойных и двухслойных закрытий, за исключением того, что однослойное закрытие занимает меньше времени. В систематическом обзоре и метаанализе сравнительных исследований 2014 года однослойное и двухслойное закрытие гистеротомии привело к схожим показателям общей материнской инфекционной заболеваемости, эндометрита, раневой инфекции и переливания крови, но время операции было на шесть минут короче при однослойном закрытии (20 исследований, включающих почти 15 000 пациентов) [13].

Однако в долгосрочной перспективе разрыв матки при следующей беременности является теоретической проблемой при однослойном закрытии. В систематическом обзоре и метаанализе девяти рандомизированных исследований (3969 беременностей) 2017 года однослойное и двухслойное закрытие разреза матки привело к схожей частоте дефектов рубца после кесарева сечения (25 и 43 процента соответственно; RR 0,77, 95% ДИ 0,36–1,64), расхождения швов на матке (0,4 и 0,2 процента соответственно; RR 1,34, 95% ДИ 0,24–4,82) и разрыва при последующей беременности (0,1 процента для обоих случаев; RR 0,52, 95% ДИ 0,05–5,53), но однослойное закрытие привело к более тонкой остаточной толщине миометрия по данным послеродового ультразвукового исследования (средняя разница -2,19 мм, 95% ДИ -2,80 до -1,57) [13]. Однако имеющиеся данные были низкого качества из-за неточности и косвенности и, таким образом, не предоставляли убедительных доказательств безопасности или вреда. В последующем многоцентровом рандомизированном исследовании однослойного и двухслойного закрытия с использованием неблокируемых швов, включавшем почти 2300 пациенток, перенесших первое кесарево сечение, гинекологические и акушерские результаты были схожими при трехлетнем наблюдении (например, любые кровянистые выделения: 30,6 против 31,9 процентов; дни кровянистых выделений/цикл: 4 дня для обеих групп;

последующая беременность: 84,5 против 86,7 процентов; разрыв матки, обнаруженный во время экстренного кесарева сечения: 4/353 [1,1 процента] против 5/339 [1,5 процента], RR 0,77, 95% CI 0,21-2,84) [13]. Ограничениями исследования стали отсутствие статистической мощности для редких акушерских исходов, отсутствие информации о последствиях множественных кесаревых сечений и установление результатов с помощью анкет[13].

Существует ряд шовных материалов и методов, используемых в хирургических процедурах, при этом выбор часто зависит от предпочтений оператора. Например, некоторые выступают за один непрерывный шов для закрытия матки, который может быть закрытым или незакрытым. Другие выступают за множественные или прерывистые швы. В зависимости от местных ресурсов и предпочтений, для закрытия матки могут использоваться различные типы швов, включая монофиламентные и полифиламентные/мультифиламентные [14].

Ключевым фактором свойств шовного материала считают его реактивность по отношению к тканям, а также скорость биодegradации [5, 15]. При использовании длительно рассасывающегося материала формируется «канал» на всем протяжении шва до момента образования полноценной соединительной рубцовой ткани, т.е. происходит «канализация» области рубца на матке. В дальнейшем происходит «эпителизация канала». Это нарушит полноценное формирование и связи соединительной ткани и, возможно, регенерацию ткани, затруднит новообразование сосудов и в дальнейшем приведет к ишемизации и формированию неполноценного рубца из-за недостаточной прочности новообразовавшейся рубцовой соединительной ткани. Ярким примером формирования эпителизации «каналов» можно назвать результат длительного нахождения шовного материала в толще дермы, который проявляется в дальнейшем эффектом «пирсинга». Более того, образовавшиеся «каналы» могут создать основу для врастания плаценты по их ходу, поскольку при эпителизации «каналов» изнутри они выстилаются эндометриальной тканью, что создает, согласно нашей гипотезе, более вероятные условия инвазии плаценты при последующей беременности[16].

В одном исследовании, сравнивавшем хромированный кетгут с полигактином-910, с участием 9544 женщин, сообщалось, что ушивание кетгутом по сравнению с ушиванием полигактином было связано со значительным снижением потребности в переливании крови (одно исследование, 9544 женщины, RR 0,49, 95% ДИ от 0,32 до 0,76) и значительным снижением осложнений, требующих повторной лапаротомии (одно исследование, 9544 женщины, RR 0,58, 95% ДИ от 0,37 до 0,89)[14].

#### **Выводы:**

Кесарево сечение — распространенная процедура, которую проводят женщинам по всему миру. Все больше доказательств того, что для многих методов краткосрочные материнские результаты эквивалентны. Пока не станут известны долгосрочные последствия для здоровья, хирурги должны продолжать использовать те методы, которые они предпочитают и используют в настоящее время.

Однако оптимальной техникой восстановления матки с точки зрения выбора типа шва, предотвращения образования «ниш» и связанных с этим последствий на сегодняшний день остается за двухслойным закрытием матки.

#### **Литература:**

1. Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. Mar 2007;21(2):98-113.
2. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Сmaj*. Feb 13 2007;176(4):455-460.
3. 2018;24(6):46-50. Malysheva AA, Matyukhin VI, Reznik VA, Rukhlyada NN, Taits AN. Experience of operative correction of scar failure on the uterus after cesarean section at the stage of pre-gravidar preparation. *Problemy reprodukci*. 2018;24(6):46-50. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/repro20182406146>
4. Stegwee SI, Jordans IPM, van der Voet LF, Bongers MY, de Groot CJM, Lambalk CB, de Leeuw RA, Hehenkamp WJK, van de Ven PM, Bosmans JE, Pajkrt E, Bakkum EA, Radder CM, Hemelaar M, van Baal WM, Visser H, van Laar JOEH, van Vliet HAAM, Rijnders RJP, Sueters M, Janssen

- CAH, Hermes W, Feitsma AH, Kapiteijn K, Scheepers HCJ, Langenveld J, de Boer K, Coppus S PJ, Schippers DH, Oei ALM, Kaplan M, Papatsonis DNM, de Vleeschouwer LHM, van Beek E, Bekker MN, Huisjes AJM, Meijer WJ, Deurloo KL, Boormans EMA, van Eijndhoven HWF, Huirne JAF. Single-versus double-layer closure of the caesarean (uterine) scar in the prevention of gynaecological symptoms in relation to niche development — the 2Close study: a multicentre randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19(1):85. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2221-y>
5. Schepker N, Garcia-Rocha GJ, von Versen-Höynck F, Hillemanns P, Schippert C. Clinical diagnosis and therapy of uterine scar defects after caesarean section in non-pregnant women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2015;291(6):1417-1423. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3582-0>
  6. CORONIS Collaborative Group, Abalos E, Oyarzun E, Addo V, Sharma JB, Matthews J, Oyieke J, Masood SN, El Sheikh MA, Brocklehurst P, Farrell B, Gray S, Hardy P, Jamieson N, Juszczak E, Spark P. CORONIS — International study of caesarean section surgical techniques: the follow-up study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13:215. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-215>
  7. Бирюкова Е.И., Рухляда Н.Н., Крылов К.Ю. Аденомиоз: хирургический подход и репродуктивные исходы. *Акушерство и гинекология*. 2019;5:30-34. Biryukova EI, Rukhlyada NN, Krylov KYu. Adenomyosis: surgical approach and reproductive outcomes. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2019;5:30-34. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2019.5.30-34>
  8. KM Babu, Navneet Magon - Uterine Closure in Cesarean Delivery: A New Technique 2012 Aug;4(8):358–361. doi: 10.4103/1947-2714.99519
  9. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accrete —summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta*. 2002; 23(2-3):210-214. <https://doi.org/10.1053/plac.2001.0764>
  10. Roberge S, Demers S, Girard M, Vikhareva O, Markey S, Chaillet N, Moore L, Paris G, Bujold E. Impact of uterine closure on residual myometrial thickness after cesarean: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;214(4):507.e1-507.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.916>
  11. Wang CJ, Huang HJ, Chao A, Lin YP, Pan YJ, Horng SG. Challenges in the transvaginal management of abnormal uterine bleeding secondary to cesarean section scar defect. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. 2011;154(2):218-222. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.10.016>
  12. Bujold E, Goyet M, Marcoux S, Brassard N, Cormier B, Hamilton E, et al. The role of uterine closure in the risk of uterine rupture. *Obstet Gynecol*. 2010;116:43–50. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e41be3. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
  13. Chantale Vachon-Marceau , Suzanne Demers , Emmanuel Bujold, Stephanie Roberge, Robert J Gauthier, Jean-Charles Pasquier , Mario Girard , Nils Chaillet , Michel Boulvain , Nicole Jastrow - Single versus double-layer uterine closure at cesarean: impact on lower uterine segment thickness at next pregnancy 2017 Jul;217(1):65.e1-65.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.042. Epub 2017 Mar 3.
  14. Jodie M Dodd, Elizabeth R Anderson, Simon Gates, Rosalie M Grivell - Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jul 22;2014(7):CD004732. doi: 10.1002/14651858.CD004732.pub3
  15. Vervoort AJ, Uittenbogaard LB, Hehenkamp WJ, Brölmann HA, Mol BW, Huirne JA. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. *Human Reproduction*. 2015;30(12):2695-2702. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev240>
  16. Матухин В.И., Малышева А.А., Резник В.А., Рухляда Н.Н., Тайц А.Н., Крылов К.Ю., Новицкая Н.Ю. Гипотеза формирования несостоятельного рубца на матке после операции кесарева сечения как возможного фактора риска развития вставания плаценты. *Проблемы репродукции*. 2020;26(6):114–121. <https://doi.org/10.17116/repro202026061114>

Камзина З.Г.<sup>1</sup>, Баубекова А.Ш.<sup>2</sup>, Куштекова А.Т.<sup>1</sup>, Аумолдаева З.М.<sup>1</sup>

### НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО (обзор литературы)

*Кафедра акушерства и гинекологии, Казахстанско-Российского Медицинский Университет. г.Алматы, Казахстан. Кафедра акушерства и гинекологии №1, НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан.*

**Актуальность.** Несмотря на большой объем знаний, которыми владеет современная медицина для диагностики, лечения, прогнозирования преждевременного прерывания беременности, самопроизвольные выкидыши, в том числе замершие беременности, являются наиболее частым осложнением беременности и составляют 10–20% от всех клинических случаев [1,2]. Впервые экстракорпоральное оплодотворение было успешно применено в Великобритании в 1977 году, в результате чего в 1978 году родилась Луиза Джой Браун — первый человек, «зачатый в пробирке». Первый ребёнок (девочка), зачатый с помощью ЭКО в Советском Союзе, был рождён в феврале 1986 года. Процедура была выполнена в Москве, в Центре охраны здоровья матери и ребёнка. Данным событиям предшествовали серьёзные исследования, которые начинают целенаправленно проводиться в Советском Союзе с 1965 года. В это время создаётся группа раннего эмбриогенеза, которая в 1973 году переросла в лабораторию экспериментальной эмбриологии. В 1990 году на нашей планете насчитывалось свыше 20 тыс. детей, зачатых в пробирке. В 2010 году — около 4 млн. В 2018 году, выступая с докладом на Международном конгрессе ESHRE, Дэвид Адамсон — один из организаторов Международного комитета по мониторингу вспомогательных репродуктивных технологий (ICMART) — сообщил, что по состоянию на 2014 год в мире насчитывалось более 7 миллионов людей, рождённых с помощью ЭКО.

Российская ассоциация репродукции человека ведёт Регистр вспомогательных репродуктивных технологий — собирает сведения о проведённых в России процедурах ЭКО. Согласно этому Регистру в России с 1995 по 2017 год было рождено 225354 ребёнка после процедуры ЭКО. Но около 3 % пациентов не предоставляют информацию о рождении детей, поэтому данные в Регистре немного занижены [3,4].

Процент беременности после ЭКО в Казахстане зависит от множества факторов, включая возраст женщины, состояния ее здоровья, качество спермы партнера и методы, применяемые в процессе ЭКО. В среднем, успех ЭКО в Казахстане составляет около 30-40 %. Это означает, что примерно каждая третья или четвертая попытка ЭКО приводит к беременности. Однако стоит помнить, что каждый случай уникален, и результаты могут сильно различаться [5].

**Цель исследования.** провести анализ доступной информации о влиянии множества факторов на ЭКО, приводящие к замиранию плода.

**Материалы и методы исследования.** проведен поиск информации первичных и вторичных исследований в базах данных PubMed, Google, Scholar, Embase.

**Результаты исследования.** К причинам, вызывающим преждевременное прерывание беременности на ранних сроках после ЭКО, относят:

- Генетические нарушения у плода. Считается, что даже в естественных условиях больше половины (а по некоторым данным до 75%) оплодотворенных яйцеклеток (зигот) уже имеют хромосомные нарушения, большинство из которых не совместимы с жизнью. Вспомним основные моменты, которые нужно учитывать при осуждении этого вопроса. Овариальный запас женщины содержит определенную часть непригодных к оплодотворению ооцитов: с нарушениями в хромосомах, с неправильной морфологией и прочими «поломками». Процент непригодных ооцитов в возрасте до 35 лет — до 50-60% [6]. С возрастом негативные изменения в ооцитах накапливаются и процент непригодных возрастает. К 38 годам он может составить 80%, а после 42-43х лет достигнет 90-95%. Этот процесс протекает на фоне общего снижения овариального запаса (запаса яйцеклеток) [7]. Таким образом, с возрастом снижается возможность получения «здоровых» эмбрионов. Добавим к имеющимся цифрам возможность оплодотворения «неправильными» сперматозоидами и ошибки во время деления эмбриона, и

станет понятно, почему проблема генетических нарушений занимает ведущее место в причинах невынашивания генные и хромосомные мутации.

- Структурные аномалии половых путей (врожденные и приобретенные дефекты матки)
- Патологические состояния эндометрия, характеризующиеся его неполноценностью и неспособностью обеспечить процессы гестации, в том числе в связи с хроническими заболеваниями матери.
- У 42% мужей женщин с привычным невынашиванием выявляются нарушения сперматогенеза: олигоспермия, полиспермия, тератоспермия, лейкоцитоспермия, снижение белков фертильности. Клинически диагностируется хронический простатит, уретрит, имеют место эпизоды перенесенных в анамнезе инфекций, передающихся половым путем.
- Иммунные нарушения сопровождаются гиперпродукцией и гиперактивностью децидуальных естественных киллерных клеток, оказывающих цитотоксическое действие на клетки трофобласта [8,9].
- После того как эмбрион после переноса попадает в полость матки, наступает важнейший этап — инвазия бластоцисты и децидуальная трансформация эндометрия (первый критический период беременности). Децидуализация эндометрия совпадает во времени с «окном имплантации» и является прогестеронзависимым процессом [10].
- Причины 17% случаев невынашивания беременности связаны с гормональными сбоями, среди которых до 50% приходится на гиперандрогению надпочечникового, яичникового или смешанного генеза, 23% — на патологии щитовидной железы. Эндокринные нарушения зачастую приводят к недостаточности лютеиновой фазы, структурно-функциональной несостоятельности желтого тела, неспособности женского организма адаптироваться к гестации, первичной плацентарной недостаточности. При повышенной концентрации андрогенов (тестостерона) и гипоэстрогении сократительная активность миометрия матки подавляется, вследствие чего не происходит экспульсии плодного яйца — после гибели эмбриона оно продолжает находиться в полости матки, сохраняется секреция прогестерона и трофобластов [11].
- Нарушения свертываемости крови — наследственные тромбофилии и антифосфолипидный синдром (АФС).

Также широко обсуждаются такие факторы, как:

- возраст матери;
- курение;
- эндометриоз;
- высокий индекс массы тела (ИМТ) и ожирение;
- десинхронизация созревания эндометрия, фолликулогенеза и эмбриогенеза в протоколах ЭКО;
- низкий овариальный резерв;
- синдром гиперстимуляции яичников;
- качество яйцеклеток и переносимых эмбрионов;
- морфофункциональные особенности спермы пациентов;
- применение ИКСИ (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит) и других дополнительных эмбриологических методик.

Общее количество беременностей после ЭКО, заканчивающихся прерыванием по разным причинам, составляет от 15 до 30%, в зависимости от возраста. И треть (6-9% от общего числа) из них являются замершими [12]. Определение частоты данной патологии достаточно сложная задача, так как не всегда учитываются биохимические беременности, которые могут быть подтверждены документально только при определении в крови бета-хорионического гонадотропина человека. Анализ крови на ХГЧ проводится в динамике, с концентрацией в 3-9 раз ниже нормы и отсутствием прироста каждые 48 часов.

**Вывод.** В отечественной и зарубежной литературе частота невынашивания беременности после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов варьирует от 18,5% до 32% по данным различных авторов. При этом существенных различий между частотой выкидышей в «свежих» и криопротоколах выявлено не было. Таким образом обзор литературных данных

показывает, что влияние различных факторов на ЭКО замирание плода представляется актуальным на раннем триместре беременности. Прекращение развития беременности на стадии доклинических проявлений нуждается в тщательном анализе и изучении. Медицинское наблюдение на ранних сроках позволяет предотвратить осложнения и снизить замирание плода.

#### **Литературы:**

1. Бодыков Г.Ж., Исенова С.Ш., Ким Н.В., Каргабаева Ж.А., Анализ особенностей течения беременности и родов у пациенток с бесплодием в анамнезе после применения программ вспомогательных репродуктивных технологии “ВРТ”//Репродуктивная медицина – Алматы,2019- №3(40). С45-49
2. Бодыков Г.Ж., Жубанышева К.Б., Ахметова Э.А., Чалова Л.Р., Состояние здоровья и качество жизни детей первого года жизни, родившихся после ЭКО//Наука о жизни и здоровье-Алматы, 2020-№2-С.73-79
3. Lokshin V., Omar M., Karibaeva Sh. Assisted Reproductive Technologies in the Republic of Kazakhstan: A 6-Year Trend Analysis from Efficacy to Availability // J. Reprod. Infertil. – 2022. – 23(1). – P. 61-66. <https://doi.org/10.18502/jri.v23i1.8454>.
4. Локшин В.Н., Ахметова Э.А. Вспомогательные репродуктивные технологии в Республике Казахстан по данным регистра 2011 года // Репрод. Мед. – 2013. – №3(16). – С. 5–10 [Lokshin V.N., Axmetova E.A. Vspomogatel'nye reproduktivnye tehnologii v Respublike Kazaxstan po dannym registra 2011 goda // Reprod. Med. – 2013. – №3(16). – S. 5–10 (in Russ.)]. <https://repromed.kz/index.php/journal/issue/view/3/13>
5. Локшин В.Н., Омар М., Карибаева Ш.К. Доступность лечения бесплодия с помощью ВРТ в различных социально-экономических группах. Обзор литературы // Репрод. мед. – 2019. – №3(40). – С. 8-12 [Lokshin V.N., Omar M., Karibaeva Sh.K. Dostupnost' lecheniya besplodiya s pomoshh'yu VRT v razlichnyx social'no-e'konomicheskix gruppax. Obzor literatury // Reprod. med. – 2019. – №3(40). – S. 8-12 (in Russ.)]. <https://repromed.kz/index.php/journal/issue/view/27>
6. Сидельникова В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. М., 2013. С. 20–21.
7. Macklon и соавт. ESHRE 2013. Oral 098.
8. Соколов Е. И., Манухин И. Б., Мочалов А. А., Невзоров О. Б. Нарушения в системе гемостаза у беременных с метаболическим синдромом // Лечащий Врач. 2011, № 3. С. 43–47.
9. Сидорова И. С., Унанян А. Л. Первый триместр беременности и роль витаминно-минеральных комплексов // РМЖ. 2011, № 20. С. 1223–1227.
10. Bodykov G., Kurmanova A., Analysis of Critical Obstetrical Conditions in a megapolis, Bulletin of Science and Practice. Scientific Journal, 2021, T.7, №10. Pp193-197
11. Митюрин Е. В., Перминова С. Г., Дуринян Э. Р. Преждевременная лютеинизация в программах вспомогательных репродуктивных технологий в протоколах с аналогами гонадотропин-рилизинг гормона//Акушерство и гинекология. 2012, № 8–2. С. 26.
12. Bodykov G., Kurmanova A., Concepts of improving perinatal care in the modern world, Bulletin of Science and Practice. Scientific Journal, 2021, T.7, №10. Pp203-213

**УДК 618.4-089.163**

**Суяркулова М.Э.**

#### **ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ И ПРЕГНАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА**

*Директор Ферганского филиала Республиканского научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка, PhD, доцент.*

**Аннотация.** Демографическая политика нашей страны в воспроизводстве здорового и трудоспособного поколения является одной из важнейших задач государства. Несмотря на позитивные сдвиги в демографической ситуации, сохраняется низкий уровень здоровья женщин. Остается актуальной проблема репродуктивного здоровья. Репродуктивное здоровье, как важнейший индикатор состояния здоровья общества и государства, возведено в

Узбекистане в рамки государственной политики и отражено в важнейших правительственных документах. Улучшение основных демографических показателей населения связано, прежде всего, с решением проблем охраны материнства и детства. Женщины относятся к той части населения, которая, наряду с детьми, наиболее чувствительно реагирует на все изменения в общественной, экономической и социальной жизни страны, прежде всего состоянием репродуктивного здоровья, репродуктивным поведением и качеством здоровья своих детей. В то же время врач любой специальности, в особенности семейный врач, медицинская бригада, которым стало известно о репродуктивных намерениях пациентки, должен сообщать ей о необходимости выбора контрацептивного метода и рекомендовать соответствующую консультацию.

**Ключевые слова.** репродуктивное здоровье, предгравидарная подготовка, интергенетический интервал, протогенетический интервал, осложнения течения беременности.

**Цель исследования.** провести анализ течения беременности в зависимости от продолжительности интергенетического и протогенетического интервалов.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 265 карт родов (форма № 096) за 2022-2023 гг. по отделению «Репродуктивного здоровья» Ферганского филиала РСНПМЦЗМИР. Обследование больных проводилось с оценкой жалоб, анамнеза, менструальной и репродуктивной функций, общего состояния, данных общего и акушерского исследований. Ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез проводилось на аппарате «mindray». При эхографии органов малого таза применялись трансабдоминальное и трансвагинальное сканирование. По продолжительности интергенетического интервала, были сформированы три исследовательские группы:

1. 1-ую группу составили женщины, у которых интергенетический интервал составил 3 и более лет.
2. 2-ую группу составили женщины, у которых интергенетический интервал составил 2-3 года
3. 3-ую группу составили женщины, у которых интергенетический интервал составил 1 год и менее.

При соблюдении интергенетического интервала более 3х и более лет наблюдается снижение осложнений течения беременности в 2 и более раз. Соблюдение интергенетического интервала и принципов прегравидарной подготовки, позволяет снизить риск осложнений беременности, и тем самым повлиять на перинатальные и младенческие потери.

**Результаты исследования и их обсуждение:** В I группу исследования вошли 80 беременных, что составило 30%, во II группу - 95 беременных (36%) и III группу составили 90 женщин (34%). Средний возраст исследуемых беременных I группы составил 20-30 лет. Распространенность заболевания ОРВИ в исследуемых группах в зависимости от срока беременности приведена в таблице 1.

Таблица 1 - Случаи заболевания беременных ОРВИ.

	Всего заболевших		до 12 недель		С 13 до 27 недель	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
	76		31		45	
I группа	9	11,25	3	33,4	6	66,6
II группа	26	27,36	11	42,3	15	57,7
III группа	41	45,56	17	41,5	24	58,5

Заболевания беременных ОРВИ имеет очень опасные последствия: именно эти беременные входят в группу высокого риска по нарушению эмбриогенеза и развитию ВПР плода; а ОРВИ в период активного процесса плацентации может быть причиной плацентарной недостаточности. Как видно из представленной таблицы, ОРВИ чаще других беременных болеют женщины III группы, где интергенетический интервал был 1 год и менее, где этот показатель составил 45,5%, в то же время в I и II группах данный показатель составил 11,25%

и 27,36% соответственно. Во всех трех группах беременных более высокая заболеваемость наблюдается во втором триместре, что несомненно может привести к различным негативным последствиям, таким как: невынашивание, фетоплацентарная недостаточность, пороки развития плода и т.д. Во всех трех группах исследования наблюдались осложнения течения беременности как угроза прерывания беременности в ранние и поздние сроки — в 133(50,2%) случаях, в том числе в III группе 63 (70,0%) (таблица 2). Из них 14,4% беременных были дважды госпитализированы. В 2 (2,22%) случаев беременность закончилась самопроизвольными выкидышами. У 9 (10,0%) пациенток беременность осложнилась ЗВУР плода.

Таблица 2-Характеристика течения беременности в группах исследования.

Осложнения гестации	I группа (80)	II группа (95)	III группа(90)
Анемия:	29 - 36,25%	38 - 40,0%	57 - 63,3%
В том числе средне тяжелая	21 - 72,4%	21 - 55,2%	19 - 33,3%
В том числе тяжелая:	8 - 27,6%	17 - 44,7%	38 - 66,7%
Угроза прерывания беременности	21 - 26,25%	49 - 51,6%	63 - 70,0%
Повторная госпитализация	9 - 11,25%	12 - 12,63%	13 - 14,4%
Самопроизвольными выкидышами	1 - 1,25%	-	2 - 2,22%
Преждевременные роды	1 - 1,25%	4 - 4,21%	8 - 8,89%
32 до 34 нед,	-	1 - 25,0%	3 - 37,5%
35 до 37 нед,	2 - 1,25 %	3 - 75,0%	5- 62,5%
ЗВУР плода	5 - 6,25%	8 - 8,42%	9 - 10,0%
Плацентарная недостаточность	12 - 15,0%	21 - 22,1%	31 - 34,4%

Как видно из представленной таблицы течение беременности в исследуемых группах сопровождалось экстрагенитальной патологией, в основном анемией различной степени тяжести, невынашивание, преждевременные роды, ЗВУР и плацентарная недостаточность. Все перечисленные осложнения течения беременности отмечались в каждой группе беременных, но более высокие показатели наблюдались у беременных III группы. Анемия, в том числе тяжелое течение у женщин с интергенетическим интервалом менее года встречалась в 66,7% случаев против 27,6% и 44,7% соответственно. В этой же группе беременных в 8 случаях наблюдались преждевременные роды, что составило 8,89%. Преждевременные роды отмечались при сроках беременности с 32 до 34 нед, в 3 (37,5%), с 35 до 37 нед, в 5 (62,5%) случаях, что также выше, чем в I и II группах, Самопроизвольные выкидыши встречались редко в 2 (2,22%) случаях, при сроке беременности одна в 15 недель, вторая в 24 недели беременности. Случаев антенатальной гибели плода не зарегистрировано. Хроническая плацентарная недостаточность характеризовалась наличием гипотрофии плода (рождение детей с малой массой тела) и наблюдалась достоверно выше в III группе в 31 (34,4%) случаев.

**Заключение.** Во второй и третьей группе исследования осложнения встречались чаще, чем в первой группе. Особенно такие значимые осложнения как: ЗВУР, преждевременные роды и другие, больше отмечалось и тяжелая анемия, что говорит о немаловажности соблюдения интергенетического интервала и прегравидарной подготовки. Не зря современные установки ВОЗ (2015) регламентируют оптимальный интергенетический интервал между двумя последовательными родами длительностью 24+9 мес. (промежуток времени между родами и следующим зачатием плюс 9 мес. гестации). Этот срок достаточен и после оперативного родоразрешения для стабилизации рубца на матке и снижения риска разрыва матки в ходе следующей беременности, а также для уменьшения вероятности врастания плаценты в рубец (placenta accreta). В этот срок рекомендуется проведение прегравидарной подготовки - комплекса профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции. Главная задача прегравидарной подготовки — корректировать имеющиеся нарушения здоровья родителей с тем, чтобы пара вступила в гестационный период в наилучшем состоянии здоровья и полной психологической готовности. Согласно бюллетня ВОЗ «Политика прекоцепционной подготовки», прегравидарное консультирование необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу, семейному врачу

если пациентка не использует надёжную контрацепцию, либо не против беременности (не будет её прерывать).

Системно проводимая предгравидарная подготовка обеспечивает:

- снижение уровня материнской смертности и заболеваемости;
- уровня перинатальной смертности и заболеваемости, в том числе недоношенных новорождённых;
- распространённости ВПР, хромосомных аномалий и нарушений функционального развития плода (включая синдром Дауна), сформировавшихся на фоне дефицита фолатов и микроэлементов (йода, железа и др.);
- частоты преждевременных родов, особенно ранних и сверхранних;
- социальных и экономических последствий для общества, связанных с выхаживанием и реабилитацией детей-инвалидов;
- количества осложнённых беременностей, требующих госпитализации;

Оптимальный микронутриентный статус женщины перед зачатием благоприятно отражается на соматическом здоровье, когнитивных способностях и продолжительности жизни будущего ребёнка.

**Предгравидарное консультирование по вопросам профилактики возможных рисков для беременности следует осуществлять как минимум за 3 месяца до планируемого зачатия. Предгравидарное консультирование, как частный случай репродуктивного просвещения, осуществляет акушер-гинеколог, при отсутствии семейный врач!**

*Интергенетический интервал*, или промежуток времени между рождением ребенка и наступлением следующей беременности, по данным ВОЗ, должен составлять не менее 2 лет. Впрочем, стоит отметить, что этот показатель может отличаться у разных пар. На это влияет несколько факторов: как прошли предыдущие роды, было ли кесарево сечение, состояние здоровья женщины, социально-экономические моменты.

После КС применяют общую рекомендацию ВОЗ: подождать нужно не менее 2 лет. Этого времени хватит, чтобы организм мамы успел восстановиться — за это время формируется полноценный рубец на матке, что снижает вероятность разрыва или вставания плаценты в рубец при следующей беременности. Если женщина перенесла кесарево сечение и забеременела меньше чем через 6 месяцев после родов, возрастает риск разрыва матки. Если меньше, чем через 12 месяцев, — возникает риск предлежания и отслойки плаценты.

Перед применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ и прочее) перерыв должен быть не менее 12 месяцев, иначе повышается риск преждевременных родов с низкой массы тела ребенка при рождении.

Шансы на успешное зачатие (в том числе и с применением ВРТ), вынашивание беременности и рождение здорового ребенка повышают следующие факторы:

- поддержание здорового образа жизни (снижение стрессовой нагрузки на организм, умеренная физическая нагрузка, прогулки на свежем воздухе, нормальная продолжительность сна — минимум 7–8 часов; сбалансированное питание);
- нормализация массы тела;
- устранение дефицитов витаминов и микроэлементов;
- коррекции уровня гормонов;
- лечение имеющихся заболеваний.

Особенно это касается пациенток с преэклампсией или преждевременными родами в анамнезе, а также родов путем кесарева сечения и другими осложнениями при предшествующей беременности и родах, наличием экстрагенитальной патологии.

Все это возможно организовать только при планировании беременности и проведении предгравидарной подготовки. И на все это нужно время. Таким образом, наиболее благоприятный интервал между родами и последующей беременностью составляет от 2 до 5 лет.

Есть только один гарантированный способ обеспечить оптимальный интергенетический интервал — правильная контрацепция после родов. Организму необходимо дать хотя бы

полтора года (перед зачатием), чтобы окончательно восстановились работа всех органов, сосудистая система, кровоток, пришел в норму гормональный фон.

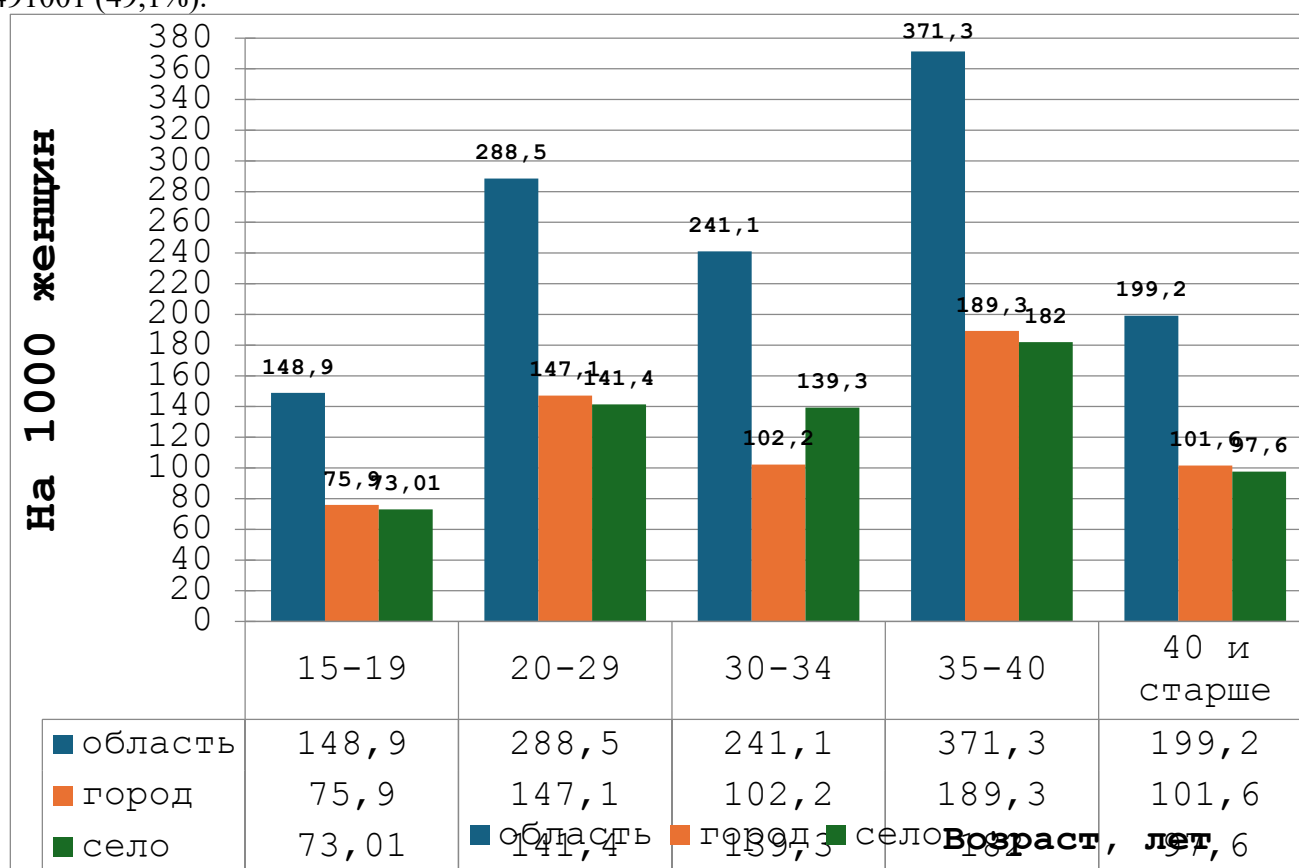
Реабилитация женщин после родов нужна и крайне важна, она помогает женщине адаптироваться после родов и улучшает качество жизни. Комплексный подход к послеродовой реабилитации может дать наибольший эффект, чем отдельно взятая проблема и ее решение.

Поэтому очень важно, чтобы именно на амбулаторном этапе, уже после выписки, женщина находилась под наблюдением акушера-гинеколога, семейного врача, а также других специалистов, психолога, эксперта по грудному вскармливанию, терапевта. Психологическое состояние родильницы в послеродовом периоде важно не только для самой мамы, но и для новорожденного малыша.

Важными показателями репродуктивного поведения, являются протогенетический и интергенетический интервал, которые характеризуют планирование деторождения и темпы формирования семьи.

В классическом определении, протогенетический интервал, это интервал времени между вступлением в брак и рождением первого ребенка и, как правило, составляет не менее 9 месяцев. Величина протегенетического интервала оказывает существенное влияние на течение беременности, распространенность заболеваний и патологических состояний, предшествующих или возникших во время беременности.

Численность женщин фертильного возраста (16-49 лет) по Ферганской области в 2022-2023 годы составляет 1000040 человек, из них городских жительниц – 509039 (50,9%), сельских 491001 (49,1%).



**Рис. 3. Сравнительная характеристика женщин фертильного возраста по Ферганской области, в зависимости от территории проживания (на 1000 женщин соответствующего возраста)**

В области за 2023 год 105500 женщин закончили свою беременность родами. Анализ суммарного коэффициента рождаемости (19,9 промилль) показал, что первое место в возрастной структуре рожениц области, приходится на группу женщин 20-29 лет. Второе место

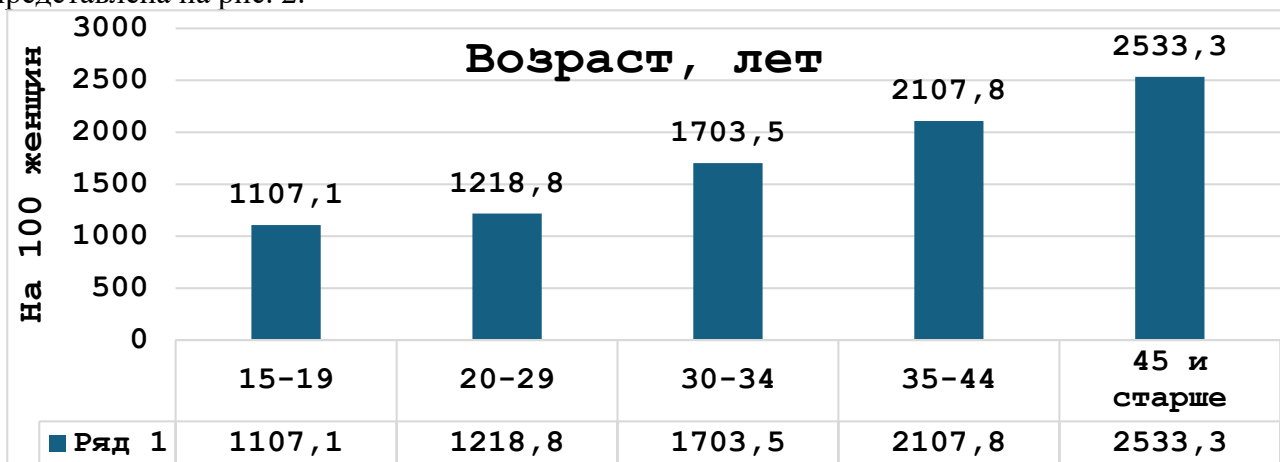
соответственно на группу женщин 30-34 года, Третье место, у женщин области приходится на возрастную группу 35-40 лет.

Учитывая поставленную цель, предусматривающую разделение женщин на возрастные группы и паритет родов, нами было опрошено 1200 женщин Ферганской области, у которых беременность закончилась родами.

Для проведения анализа, женщины были разбиты на 6 возрастных групп:

- 1-я группа – 56 (4,5 %) женщин в возрасте 15-19 лет;
- 2-я группа – 288 (23,3 %) женщин в возрасте 20-29 года;
- 3-я группа – 363 (29,4 %) женщин в возрасте 30-34 лет;
- 4-я группа – 317 (25,6 %) женщин в возрасте 35-40 лет;
- 5-я группа – 167 (13,5 %) женщин в возрасте 40 лет и выше;

Следует отметить, что распространённость заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, увеличивается с возрастом, и в 5-й группе этот показатель в 2,3 раза превышает аналогичный показатель 1-й группы. Динамика нарастания показателя распространённости заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности с увеличением возраста, представлена на рис. 2.



**Рис. 4. Сравнительная характеристика показателя распространённости заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности по возрастным группам у женщин фертильного возраста по Ферганской области (на 1000 женщин соответствующего возраста)**

Анализ показал, что протогенетический интервал (рассчитанный от момента заключения брака до рождения первенца), в первой группе составил 9-11 месяцев, во второй группе от 1 года до 3 лет, в третьей группе от 3-5 лет, в четвертой группе от 5 лет и более.

#### **Обсуждение**

Проведённое исследование показало высокий удельный вес рождаемости у ЖФВ в возрастных группах 20-29 лет и старше 30 лет, при этом во всех группах отмечается значительная доля первых родов, что свидетельствует об отсроченном рождении, обусловленными различными причинами, как социального, так и экономического характера, что подтверждается данными и других исследователей.

Отложенное деторождение, создание семьи и ее структурное формирование, вызывает необходимость предохраняться от нежелательной беременности, и нередко заканчивается прерыванием беременности. Об этом свидетельствуют полученные нами данные из социологического опроса, согласно которым 6,7 % первородящих женщин, закончили первую беременность медицинским абортom. Основная масса женщин для предохранения от нежелательной беременности использовали прерванный половой акт и барьерные методы, только 3,1 % использовали гормональные контрацептивы, а 29,8 % первородящих женщин, вообще не предохранялись. В тоже время, отсрочка деторождения, оказывает существенное

влияние на репродуктивное здоровье женщин, за счет возрастного накопления соматической патологии и перенесенных гинекологических заболеваний.

Анализ состояния здоровья женщин, у которых протогенетический интервал составлял 10 лет и больше показал, что беременность у них, только в 12,5 % протекала без осложнений, а у имеющих интервал от 20 лет и старше, нормального течения беременности не отмечалось.

Распространенность заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, соответственно в 1,4 и 1,9 раза превышала показатель для всей выборочной совокупности. Среднее число заболеваний и патологических состояний на 1 женщину с патологией беременности составило соответственно 2,9 и 4,0.

Изучение причин отсроченного деторождения, изменения темпов формирования структуры семьи показало на комплекс причин социально-бытового и экономического характера (на которые указывают и другие исследователи), из которых основными являлись:

1. Отмечалось бесплодие мужское (чаще) и женское, сочетанное, время ушло на лечение.
2. Сделать карьеру (женщине).
3. Необходимость получить или закончить соответствующее выбранной профессии образование и т.д.
4. Приобрести дом, машину.

#### **Список использованной литературы:**

1. WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO, 2017. Russian <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789241549912>
2. Радзинский В.Е., Пустотина О.А., Верижникова Е.В., Дикке Г.Б., Иловайская И.А., Курмачёва Н.А. и др. Прегравидарная подготовка: клинический протокол. М.: Status Praesens, 2016.
3. Sentilhes L, Sénat MV, Ancel PY, Azria E, Benoist G, Blanc J, et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 210: 217-224. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.12.035. Epub 2016 Dec 30.
4. Harding KB, Peña-Rosas JP, Webster AC, Yap CM, Payne BA, Ota E, et al. Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy, and postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3: doi:10.1002/14651858.CD011761.pub2
5. Committee Opinion No. 638: First-Trimester Risk Assessment for Early-Onset Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(3): e25-e27. 10.1097/AOG.0000000000001049 №3 (90) 2022 163 [www.mednauki.ru](http://www.mednauki.ru)
6. Wolf HT, Hegaard HK, Huusom LD, Pinborg AB. Multivitamin use and adverse birth outcomes in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217(4): 404. e1-404.e30. doi:10.1016/j.ajog.2017.03.029
7. Johansson K, Hutcheon JA, Bodnar LM, Cnattingius S, Stephansson O. Pregnancy weight gain by gestational age and stillbirth: a population-based cohort study. *BJOG.* 2018; 125(8): 973-881. doi:10.1111/1471-0528.15034.
8. Tan C, Zhao Y, Wang S. Is a vegetarian diet safe to follow during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2019; 59(16): 2586-2596. doi:10.1080/10408398.2018.1461062.
9. Здоровое питание: информационный бюллетень. Женева: ВОЗ, 2018. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
10. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (12): doi:10.1002/14651858.CD007950.pub3.

**Әділова Диляра Әділқызы, Мекебаева Дана Жамбуловна, Смагулова Ляззат  
Турсуновна, Абдығалиева Алия Жаншиевна, Бошанова Әсел Мейрамқызы  
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В  
ДОНОШЕННОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.**

*Научные руководители: Билялова Г.Т. к.м.н доцент кафедры, Нурмагамбетова Д.М.  
магистр медицины, ассистент кафедры*

*НАО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №2, ГКП на  
ПХВ «Городская поликлиника №9», ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница  
№2», акушерский блок, г.Астана*

**Актуальность**

В клинической практике термином «асфиксия новорожденных» обозначают клинический синдром, проявляющийся в первые минуты жизни затруднением или полным отсутствием дыхания у ребёнка. Причина асфиксии - острая или хроническая гипоксия плода, развивающаяся как антенатальной, так и во время родов. Острые или хронические нарушения деятельности дыхательной, сердечно-сосудистой и кроветворной системы матери, изолированные нарушения маточно-плацентарного кровообращения или сочетание нескольких патологических изменений в организме беременной женщины приводят к ограничению поступления кислорода к плоду. [1].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в мире 4–9 млн новорождённых ежегодно рождаются в состоянии перинатальной асфиксии. В переложении на 1000 доношенных живорождений эти цифры составляют 1–8 в экономически развитых странах и 25 — в экономически слабо развитых [2]

Отягощённый акушерский и соматический анамнез матери могут внести существенный негативный вклад в развитие последующей асфиксии. Так, преэклампсия, гестационный или эссенциальная гипертензия, повышение внутрибрюшного давления (ожирение, многоводие), гестационный сахарный диабет, заболевания сосудов, хроническая бронхо-легочная патология, анемии и другие заболевания с нарушением транспорта кислорода, воспалительные заболевания во время беременности и др. могут быть факторами риска хронической внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении. [4]

**Цель исследования:** Оценить наиболее распространенные факторы риска возникновения асфиксии новорожденных при доношенном сроке беременности, родившихся в родильном зале акушерского блока ГКП на ПХВ «Городская Многопрофильная больница №2» г.Астана.

**Задачи:** 1. Изучить анамнез жизни, течение беременности и родов женщин, дети которых были рождены в асфиксии.

2. Выявить наиболее часто встречающиеся факторы риска развития асфиксии новорожденных умеренной, тяжелой степени в антенатальном и интранатальном периоде.

3. Провести сравнительный анализ соотношения факторов риска исследуемой группы с группой без асфиксии

3. Определить модифицируемость факторов риска в группе матерей и новорожденных, рожденных в асфиксии.

**Материалы и методы:** В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ данных из обменных карт, историй, стационарных дневниковых записей женщин, родивших в перинатальном центре № 1 города Астана, в период с января 2023г по август 2024г, детям которых была диагностирована асфиксия новорожденного. Изучены данные 50-ти женщин и детей, рожденных в асфиксии. Контрольная группа включает 50 новорожденных без асфиксии, родившихся в том же промежутке времени. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Excel, SPSS.

**Критерии включения:** - женщины, родившие в ПЦ №1 г.Астана в период с января 2023г по август 2024г, чьим детям был поставлен диагноз «Асфиксия новорожденного»; самопроизвольные роды в доношенном сроке беременности, индуцированные роды в доношенном сроке беременности.

**Критерии исключения:** роды с применением вакуум-экстрактора, оперативные роды посредством операции кесарева сечения, преждевременные роды

**Результаты:** Из 50-ти исследуемых новорожденных у 39-ти (78%) была диагностирована асфиксия умеренной степени, у 11-ти (22%) - тяжелая асфиксия. Средний возраст матерей в обеих группах на момент родов составил 29 лет, при этом максимальный возраст в группе асфиксии - 41 год, в контрольной- 42года, минимальный -21 и 19 соответственно. (табл.1). Число индуцированных родов в контрольной группе составило 14 родов, 16 из которых индуцированы простагландинами, посредством балонной дилатации - 2, а также преиндукция простагландинами с последующей балонной дилатацией - 2, родоусиление окситоцином и амниотомия проводилась в 8 случаях соответственно. В контрольной группе самопроизвольные роды преобладали (76.6%), индуцированы простагландинами - 12.8%, родоусиление окситоцином проводилось в 8.5% случаев. (табл.2). Первостепенно были изучены наиболее часто встречающиеся факторы риска асфиксии вне зависимости от степени тяжести. Таким образом, было выявлено, что со стороны материнского организма преобладающей патологией послужила Анемия, встречающаяся в 16 случаях из 50-ти, что составляет 32%. Ожирение встречалось в 13-ти случаях (26%). Артериальная гипертензия (с учетом ГАГ, ХАГ,Преэклампсии) – 20%.Варикозное расширение вен наблюдалось у 9-ти женщин (18%). Патологии щитовидной железы (Субклинический гипотиреоз) и Зуд беременных– по 12 % соответственно. Отягощенный акушерский анамнез (в т.ч. самопроизвольный выкидыши, мед.аборты, замершая беременность) был выявлен у 5-ых женщин (10%). Для наименьшего количества исследуемых женщин характерно наличие ОРВИ и Резус-отрицательного фактора без титра антител – по 2 случая соответственно (по 4 %).

Наряду с этим, были изучены существующие факторы риска во время, наиболее приближенное к интранатальному периоду (дородовый разрыв плодных оболочек, маловодие, хориоамнионит), и непосредственно в интранатальном периоде со стороны плодово-плацентарной составляющей. Выяснено, что преобладающим фактором является Выход мекония в амниотическую жидкость, встречающийся в 20 случаях, что составляет 40% из всех случаев асфиксий. Обвитие пуповиной наблюдалось в 16 случаях родов (32%). Дородовый разрыв плодных оболочек- 12 (24%). Избыточный вес плода наблюдался в 10 случаях (20%). Плацентарные нарушения по данным доплерометрии - 8 (16%). Маловодие - в 6 случаях (12%). Дистоция плечиков - в 4-х случаях (8%). Реже всего встречались следующие факторы: Короткая пуповина наблюдалась у 3-х новорожденных (6%), Хориоамнионит - в 3-х случаях (6%). В контрольной группе со стороны матери у 18-ти женщин на фоне беременности наблюдалась Анемия - 36%, Артериальная гипертензия - 22%, Варикозное расширение вен - 20%, Патологии щитовидной железы и Отягощенный акушерский анамнез - по 14% соответственно. Со стороны плодово-плацентарной составляющей превалирует также такой фактор риска, как Выход мекония в амниотическую жидкость (16%).Избыточный вес плода зарегистрирован у 12%. По 10% из 50-ти случаев составляют Обвитие пуповиной, Плацентарные нарушения по Допплерометрии, ДРПО.

**Выводы:** 1. Таким образом, выполненное изучение анамнеза жизни, акушерско-гинекологического анамнеза, протекающих на фоне беременности патологий, особенностей процесса родов у исследуемых позволило определить значимые факторы риска развития асфиксии новорожденных. Наиболее часто встречаемыми факторами со стороны материнского организма являются: ожирение, анемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, варикозное расширение вен, отягощенный акушерский анамнез, патологии щитовидной железы, резус-изоиммунизация, зуд беременных, ОРВИ. Со стороны плодово-плацентарной составляющей: выход мекония в амниотическую жидкость, обвитие пуповиной, дородовый разрыв плодных оболочек, избыточный рост плода, плацентарные нарушения, маловодие, дистоция плечиков, хориоамнионит, короткая пуповина.

2. Выяснено, что такой признак гипоксии плода, как выход мекония в амниотическую жидкость является превалирующим показателем тяжёлой асфиксии. Анемия является предиктором гипоксии плода, но поскольку она имеет одинаковые показатели в обеих

группах, можно предположить незначительное влияние на развитие асфиксии. Высокий показатель влияния обвития пуповины, выявленный в исследуемой группе, указывает на важность установления данного фактора с помощью УЗИ-диагностики, а также компетентности акушерок в ситуациях с многократным, тугим обвитием. 3.

Значительное место занимают такие модифицируемые факторы риска, как ожирение, анемия, артериальная гипертензия. Учитывая средний возраст пациенток, следует сделать вывод, что именно такие взаимосвязанные патологии, как ожирение, гестационный сахарный диабет, артериальная гипертензия имеют тенденцию к омоложению. Анемия сопровождает почти каждую беременность, что требует незамедлительного подбора индивидуальной терапии с учетом динамики показателей крови. Это свидетельствует о важности коррекции данных патологий ещё на амбулаторном уровне посредством настоятельных рекомендаций беременным о коррекции образа жизни, исключения фактора переизбытка, а также о важности регулярности антигипертензивной, антианемической терапии по показаниям с целью повышения приверженности. Отсутствие значительной разницы между показателями в двух группах стимулируют дальнейший поиск проблем в данной области, в том числе уделяя внимания индукции родов, учитывая высокий показатель самопроизвольных родов в группе без асфиксии.

#### **Список литературы:**

1. Я.Я. Володин. Неонатология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа-2018. с.227 <https://dgp18.ru/wp-content/uploads/2020/04/Володин-НЕОНАТОЛОГИЯ-Национальное-руководство.pdf>
2. Петрова А.С., Зубков В.В., Захарова Н.И., Лаврентьев С.Н., Кондратьев М.В., Грызунова А.С., Серова О.Ф. Перинатальная асфиксия доношенных новорождённых: от патофизиологии к долгосрочным исходам. Неврологический журнал им. Л.О. Бадаляна. 2023; 4(2): 88–96. <https://doi.org/10.46563/2686-8997-2023-4-2-88-96> <https://elibrary.ru/dxflzb>
3. Клинический протокол диагностики и лечения «Асфиксия при рождении» от «17» марта 2023 года Протокол №180 Министерства здравоохранения Республики Казахстан
4. Таранушенко Т.Е., Паршин Н.А., Ваганов А.А., Овчинникова Т.В. Факторы риска развития асфиксии при рождении. Медицинский совет. 2022;16(19):21–28. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-19-21-28>.

УДК: 618.14-007.66

**Пахманова Б.Е., Серік Н.С., Смаил Қ.Н.**

### **ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКА РАЗВИТИЯ МАТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

*Научный руководители : PhD, ассистент кафедры Космуратова Ш.Б.,*

*PhD, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 Исаков С. С.,*

*ассистент кафедры Есжанова А. А.*

*Кафедра «Акушерство и гинекология» №2, НАО «Медицинский Университет Астана»,  
г. Астана*

**Актуальность:** Внутриматочная перегородка – это продольная или поперечная перегородка внутри матки, состоящая из фиброзно-мышечной ткани. Такая патология является врожденной, она возникает в период формирования женских половых органов на 5-20 неделе беременности и встречается примерно у 3% женщин. Перегородчатая матка - наиболее распространенная аномалия Мюллера типа, встречающаяся в клинической практике, хотя у многих пациенток с перегородчатой маткой протекает бессимптомно. Врожденная аномалия Мюллера, которая может привести к неблагоприятным репродуктивным исходам, таким как бесплодие, повторное прерывание беременности или преждевременные роды. Множественные определения того, что представляет собой перегородчатая матка, усложняют диагностику и принятие управленческих решений.

**Цель работы:** Изучить исходы беременности с неполной перегородкой полости матки.

**Материалы и методы исследования:** Пациентка Д., 23лет, поступила в экстренном порядке в гинекологическое отделение 27.09.2024 г. с диагнозом: Замершая беременность в сроке 9 недель.(по гестации 12 недель 1 день). Врожденный порок развития. Неполная перегородка полости матки, с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Анамнез заболевания: УЗИ ОМТ от 03/09/2024 Заключение: Беременность 7 недель 6 дней. Неполная перегородка полости матки. Субамниотическая гематома. Назначена сохраняющая терапия: Дюфастон 10 мг Зр\*д внутрь. В динамике прошла УЗИ ОМТ от 27.09.24 - Заключение : замершая беременность в сроке 9 недель. Госпитализирована в гинекологическое отделение. Гинекологический анамнез: Менструальная функция: менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 04.07.2024 г. Паритет: беременностей – 2, Р- 1 (2023г преждевременные индуцированные роды по поводу преждевременного излитие околоплодных вод в сроке 35 недель 1 день, женского пола, весом-2350, рост-46, жив, б/о) В-0, А-0 данная беременность -2. На Д учете по беременности не состоит .

**Результаты исследования:** Учитывая замершую беременность в сроке 9 недель в экстренном порядке назначено хирургическое лечение в объеме: мануальная вакуум аспирация полости матки. На утро 28.09.2024 г для контроля проведен УЗИ ОМТ, заключение: На момент осмотра эхо-признаки замершей беременности в сроке 8 недель.

Учитывая заключение УЗИ ОМТ проведена повторное хирургическое лечение в объеме: мануальная вакуум аспирация полости матки под контролем УЗИ аппарата.

После проведенной манипуляции УЗИ ОМТ Заключение : Постабортный период. Остатки плодного яйца. ВПР половой системы : мышечная перегородка в полости матки.

Проведен комиссионный осмотр, заключение, хирургическое лечение в объеме гистероскопии. Интраоперационно: Обнаружено перегородка матки, в правом роге эндометрий прослеживается на всем протяжении. в левом роге визуализируются остатки хориальной ткани и сгустки. При помощи щипчиков введенных в операционный канал гистероскопа остатки были удалены из полости матки. Слизистая цервикального канала без особенностей, складчатость сохранена. Устья маточных труб визуализируются. Послеоперационный период без осложнений. Пациентка была выписана на 6 сутки с рекомендациями.

Рекомендовано плановое оперативное лечение в объеме гистерорезектоскопии для дальнейшего планирования беременности

**Выводы:** На примере данного клинического случая были показаны трудности диагностики и особенности с неполной перегородкой матки. Перегородку матки, как врожденный порок развития матки, следует подозревать у любых женщин с высоким риском акушерских осложнений, таких как выкидыш, преждевременные роды и неправильное предлежание. Перегородчатая матка связана с неблагоприятными акушерскими исходами, такими как повторные выкидыши, преждевременные роды, неправильное положение плода, задержка внутриутробного развития, послеродовое кровотечение. У 9-35 % женщин с этим пороком развития может возникнуть бесплодие.

УДК: 618.11-089

**Серік Н.С., Смайл Қ.Н., Пахманова Б.Е.**

### **ЭФФЕКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КИСТОМЫ ЯИЧНИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

*Научный руководители: PhD ассистент кафедры Космуратова Ш.Б.,*

*ассистент кафедры Есжанова А. А.*

*ассистент кафедры Халмуратова К. Ж.*

*Кафедра «Акушерство и гинекология» №2, НАО «Медицинский Университет Астана»,  
г. Астана*

**Актуальность.** Киста яичника – это доброкачественная опухоль, которая развивается из тканей эпителия и обладает способностью к быстрому росту. При длительном существовании и отсутствии адекватного лечения киста яичника может давать осложнения: возникает

"перекрут" ее ножки, кровоизлияния и разрывы, плохое самочувствие. Киста яичника во время беременности не представляет опасности, если женщина пребывает под пристальным врачебным контролем. Опасность для беременной представляют кисты большого размера и кисты "на ножках" (потому что ножка может перекрутиться, в результате чего может развиваться некроз кисты, проявляющийся сильными болями в области живота). Также существует вероятность разрыва кисты, в результате чего ее содержимое (слизь, водянистая жидкость или кровяная субстанция) попадает в брюшную полость. Эта ситуация уже относится к категории неотложных и требует экстренного вмешательства врачей! Операции по удалению кисты яичника во время беременности назначают по строгим показаниям.

**Цель работы:** Изучение клиники, диагностики, определение тактика ведения кисты у беременных.

**Материалы и методы исследования:** В данной статье представлен клинический случай кистомы яичника, диагностированный во время беременности. В акушерский блок ГМБ №2 поступила по скорой помощи беременная Д., 27 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота, однократную рвоту. В течение беременности проведены следующие обследования: МРТ от 12.09.2023г: Признаки объемного образования (кистомы?) брюшной полости. Размерами около 14,4x14x16,2 см. Выше описанное образование отесняет матку, ближайшие органы и ткани вправо.

Утром во время обхода беременная пожаловалась на распирающие боли внизу живота, слабость. В стационарном уровне назначено УЗИ ОБП. Учитывая жалобы, заключение УЗИ ОПБ, проведен консилиум. Учитывая разрыв кистомы яичника рекомендовано оперативное лечение в экстренном порядке. Операция: Лапаротомия. Цистэктомия. Послеоперационный материал: капсула кистомы яичника отправлена на гистологическое исследование. Беременная была выписана в сроке 36 недель, для дальнейшего наблюдения на амбулаторном уровне.

**Результаты исследования:** Через 13 суток повторно обратилась в приемно-диагностическое отделение акушерского блока с диагнозом: Беременность 38 недель. Преэклампсия. Состояние после операции цистэктомии слева (20.10.2023 г). Госпитализирована в ОАРИТ. Учитывая срок гестации, зрелые родовые пути решено провести индукцию родов путем амниотомии. Через 2 часа после амниотомии началась регулярная родовая деятельность. На фоне индукции родов произошли роды, весом 3360 гр, ростом 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. ОКП 300 мл.

Выписана домой с ребенком в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

**Выводы:** Представленный клинический случай описывает сочетание кисты яичника и беременности. Учитывая быстрый рост данного вида кистомы яичника, можно сделать предположение о наличии достаточного ее кровоснабжения.

При правильном подходе, своевременной диагностике и лечении киста яичника – лишь временное явление. И даже если врачу пришлось прибегнуть к хирургическому вмешательству, благодаря современным органосохраняющим технологиям и оборудованию беременность после удаления кисты яичника успешно наступает.

ӘОЖ: 618.3-06

Смаил Қ.Н., Серік Н.С., Пахманова Б.Е.

## ЖҮҚТІЛЕРДЕ РЕЗУС ТЕРІС ҚАН ТОБЫ КЕЗІНДЕГІ ПЕРИНАТАЛДЫҚ АСҚЫНУЛАРДЫ ТАЛДАУ

*Ғылыми жетекшілер: PhD, кафедра ассистенті Космуратова Ш.Б.,*

*Кафедра жетекшісі, PhD, профессор Искаков С.С.,*

*кафедра ассистенті Сагандыкова Г. А.*

*№2 Акушерия және гинекология кафедрасы, «Астана медицина университеті» КеАҚ,  
Астана қаласы.*

**Өзектілігі:** Резус-сәйкессіздік - Rh-теріс ананың резус-оң ұрықтың эритроциттік антигендеріне гуморальдық иммундық реакциясы, нәтижесінде ана ағзасында резусқа қарсы антиденелердің түзілуімен көрінеді. Резус- сәйкессіздік нәтижесінде баладағы құрсақ ішілік асқынуларға, уақытынан ерте босануға, туылғаннан соң нәрестенің гемолитикалық ауруына әкеп соқтыру ықтималдылығы жоғары.

**Жұмыстың мақсаты:** Зерттеу жұмысының мақсаты резус факторы теріс титрі бар әйелдерде титрдің әйел ағзасына және нәрестеге әсері, резонатив қабылдаған және қабылдамаған әйелдердің босану ерекшеліктері және нәресте жағдайы бойынша асқынуларын анықтап талдау болып табылады.

**Материалдары мен зерттеу әдістері:** Зерттеуде №2 көпбейінді қалалық аурухананың 2023 жылдың қазан айынан - 2024 жыл қазан айы аралығы бойынша 57 әйелдің босану тарихы ретроспективті талдауға алынып, резус- сәйкессіздігі бар 34-41 апта аралығындағы жүкті әйелдердің босану ағымының ерекшеліктері, баладағы мүмкін болған асқынулар бақыланды.

**Зерттеу нәтижелері:** Жалпы 57 әйелдің анамнездік мәліметтері бойынша қан тобы резус факторы теріс антидене титрмен 17 әйел, резус факторы теріс резонатив қабылдаған 20 әйел, резонатив қабылдамаған 20 әйел бақылау тобына алынды.

Зерттеуге босанушы әйелдің жасы, жүктілік паритеті, босану тәсілі және босану аптасы, босанудан кейінгі анаға және балаға қатысты асқынулар, жаңа туылған нәрестенің жағдайы бойынша, Апгар шкаласы бойынша бағалау, бой-салмағы, нәрестенің асқынуы болған жағдайда талдау нәтижелері негізге алынды.

Босану әдісіне келетін болсақ, 57 әйелдің ішінде өздігінен босану 33,3 %, кесарь тілігі арқылы босану -38,5 %, индуцирленген босану әдісі -28 % құрады. Ал нәрестелерде босанудан кейінгі асқынуларға келетін болсақ:

Резус теріс антидене титрмен қан топты әйелдерден туылған нәрестелер ішінен 4-нде (23,5%) нәрестенің гемолитикалық ауруы, 2 нәрестеде (11,7%) жедел респираторлы синдромы диагностикаланған. Резус теріс қан топты антидене титрынсыз резонатив қабылдамаған әйелдерден туылған нәрестелер ішінен 1-нде (5 %) нәрестенің гемолитикалық ауруы, 2 нәрестеде жедел респираторлы синдроммен нәрестелерді күту және патологиясы бөлімшесіне ауыстырылған. Резус теріс қан топты резонатив қабылдаған әйелдерден туылған нәрестелер жағдайлары жақсы, босанудың 3-5 тәуліктерінде үйіне шығарылған. Барлық нәрестелер жағдайының жақсаруымен үйіне шығарылған.

**Қорытынды.** Біздің зерттеуге алған 3 топ ішінде асқынулардың басым бөлігі антидене титры бар топқа тиесілі болып келді. Асқынулардың 66,6 %-ы резус теріс антидене титры бар топқа тиесілі болса, 33,4 %-ы резус теріс антидене титры жоқ, бірақ Резонатив алмаған топқа тиесілі болып келді. Ал резус теріс антидене титры жоқ, Резонатив алған жүктілер босанған нәрестелерде зерттеу бойынша асқыну анықталған жоқ. Алайда, асқынулар бар болуына қарамастан бұл нәрестелер НКП бөлімінде ем алып, қанағаттанарлық жағдайда үйіне шығарылған.

УДК 618.1

Толеш Ж.Т., Ошақбаева Ә.С., Оңал А.Б.

## СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ.

*Научный руководитель:* Акылжанова Жансулу Егизбаевна к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана», «ГКП на ПХВ Многопрофильная городская больница №1» город Астана, Казахстан.

**Ключевые слова:** эмболизация маточных артерий, лейомиома матки, классификация по FIGO,

**Актуальность:** Первые зарегистрированные случаи эмболизации маточной артерии в акушерской и гинекологической практике были осуществлены в конце 1970-х годов. В

последнее время двусторонняя эмболизация маточной артерии стала основным методом лечения миомы. Скрупулезная предоперационная оценка играет важную роль в этом процессе. Метод эмболизации включает катетеризацию обеих маточных артерий и введение микрочастиц поливинилового спирта. После процедуры боль может возникать в течение первых 24 часов, и большинству пациентов рекомендуется отдых в течение одной недели.

В серии наблюдений UCLA и RSCH были зарегистрированы три случая инфекционных осложнений, приводивших к гистерэктомии, а у некоторых пациентов развилась аменорея. Средний размер усадки миомы составил 40%, 64% и 70% в сериях UCLA, RSCH и French соответственно, при этом большинство пациентов отметили исчезновение симптомов и удовлетворенность процедурой.

Скрупулезная предоперационная оценка остается ключевым аспектом. В Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе было эмболизировано 140 пациентов, а в RSCH — 96 пациентов. На данный момент в исследованиях из Великобритании, США и Франции наблюдается стагнация роста миомы, и новые миомы не формировались. Тем не менее, необходимо долгосрочное наблюдение за большим числом случаев, прежде чем можно будет полностью определить роль эмболизации маточной артерии в гинекологическом лечении. Традиционные методы лечения, такие как миомэктомия и гистерэктомия, имеют свои риски и могут повлиять на репродуктивную функцию пациенток. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является минимально инвазивной альтернативой, которая направлена на сохранение фертильности у женщин, желающих иметь детей.

В Многопрофильной городской больнице №1 города Астана успешно применяется эмболизация маточной артерии для лечения пациенток с миомой матки, продемонстрировав высокую эффективность, безопасность и удовлетворенность пациенток.

**Цель:** анализ использования эмболизаций маточных артерий для лечения миоматозного узла.

**Материалы и методы исследования:** В отделении гинекологии ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №1» г. Астана был проведен ретроспективный анализ. В период с октября 2023 года по октябрь 2024 года была проанализирована база данных, в которую вошли 114 женщин, прошедших лечение с помощью ЭМА, у 12 из них была выявлена лейомиома на ножке. Из этой группы 8 (74%) поступили экстренно, у 4 (26%) — плановая госпитализация. Каждой пациентке было проведено полное клинико-лабораторное обследование. В данном исследовании мы предоставили всесторонний обзор литературы, посвященной оценке безопасности и эффективности ЭМА у пациенток с миомой матки, в частности с подслизистой миомой, в соответствии с классификацией миомы матки Международной федерации акушерства и гинекологии (FIGO).

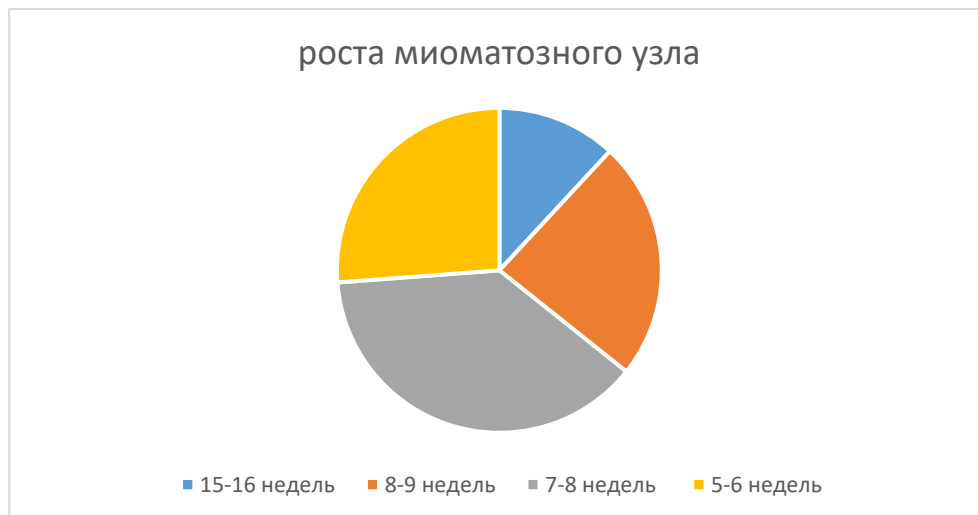
Статистическая обработка данных проводилась с использованием Microsoft Excel и Statistica.

**Результаты исследования:** В исследовании приняли участие 12 женщин, что формирует основу для анализа различных видов прерывания беременности и связанных состояний. Средний возраст пациенток составляет 45 лет, что может указывать на особенности репродуктивного здоровья женщин данной возрастной группы, включая повышенные риски для ряда состояний.

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания отмечены у 8 женщины. У 6 (22%) выявлена железодефицитная анемия. Среди гинекологических заболеваний у 1 (3%) пациентки был аденомиоз. Сроки диагностики роста миоматозного узла составили: 5-6 недели — у 2 (13%), 7-8 недель — у 6 (45%), 8-9 недель — у 3 (35%), 15-16 недель — у 1 (7%).

С учетом возраста и анамнеза пациенток, для предотвращения ординоносущей операции и с целью гемостаза была проведена эмболизация маточных артерий. Во всех случаях (100%, n=12) при ЭМА использовались микросферы. Ультразвуковое исследование органов малого таза выполнялось до и после эмболизации маточных артерий как основной метод динамического наблюдения за структурой и размерами матки. Серьезные осложнения после

ЭМА и дилатации не наблюдались. Показатели технической и клинической эффективности составили 97% и 85% соответственно.



### Выводы:

В результате проведенного ретроспективного анализа 114 женщин, прошедших лечение с помощью эмболизации маточных артерий (ЭМА), было выявлено, что 12 из них имели лейомиому на ножке. Средний возраст пациенток составил 45 лет, что подчеркивает важность учета репродуктивного здоровья женщин данной возрастной группы. Сопутствующие экстрагенитальные заболевания были отмечены у 8 пациенток, а железодефицитная анемия выявлена у 6 из них.

Эмболизация маточных артерий была проведена с целью предотвращения органосохраняющей операции и обеспечения гемостаза. В ходе исследования не было зафиксировано серьезных осложнений, а показатели технической и клинической эффективности составили 97% и 85% соответственно. Данные результаты подтверждают безопасность и эффективность ЭМА как метода лечения пациенток с миомой матки, особенно в контексте подслизистой миомы, что делает его важным инструментом в гинекологической практике.

### Список литературы:

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35435818/>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36049839/#:~:text=Safety%20of%20Uterine%20Artery%20Embolization%20for%20Subserosal%20Pedunculated%20Fibroids%3A%20Sufficient%20Data%20or%20More%20Studies%20Are%20Needed%3F>
3. FIGO. (2018). Classification of Uterine Fibroids. International Federation of Gynecology and Obstetrics.
4. Lethaby, A., Vail, A., & Sowter, M. (2013). Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
5. Spies, J. B., & Ascher, S. (2010). Uterine artery embolization for the treatment of uterine fibroids: A review of the literature. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 21(1), 1-10.
6. Haimov-Kochman, R., & Shalev, J. (2015). Uterine artery embolization for the treatment of symptomatic uterine fibroids: A review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 195, 1-6.
7. Kahn, R. A., & Kahn, S. (2016). Uterine artery embolization: A review of the literature. *Journal of Clinical Imaging Science*, 6, 1-8.
8. Kadir, R. A., & Kadir, A. (2017). Uterine artery embolization for the treatment of uterine fibroids: A systematic review. *Journal of Interventional Radiology*, 30(2), 123-130.

**Пугоева Хадишат Хамитовна, Музарханова Шырын Еркиновна, Дегтярева Галина Велькимовна, Дастанбек Арайлым Максаткызы**  
**ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

*Научный руководитель: Акылжанова Жансулу Егизбаевна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана», ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1» г.Астана, Казахстан*

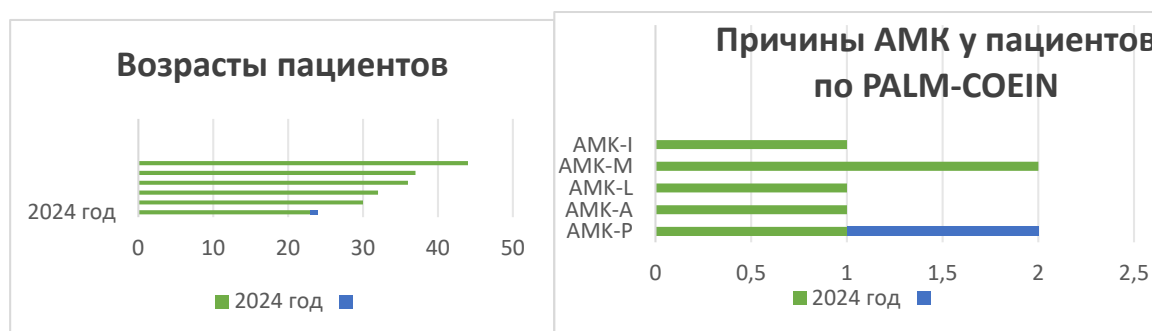
**Актуальность:** Аномальные маточные кровотечения (АМК) – это нарушения менструального цикла, включая частоту, регулярность, продолжительность и объем кровопотери вне беременности. АМК — одна из самых распространенных причин обращения женщин репродуктивного возраста за медицинской помощью. Почти треть из них сталкивается с этой проблемой хотя бы раз в жизни. Чаще всего диагностируются обильные менструальные кровотечения (ОМК). Распространенность ОМК среди женщин репродуктивного возраста варьирует от 10 до 30% и зависит от различных факторов. При этом около половины женщин с ОМК не обращаются к гинекологу, считают их нормой и вынуждены менять свой образ жизни. Это свидетельствует о недостаточном внимании к проблеме АМК как со стороны женщин, так и со стороны врачей амбулаторного звена. **Эмболизация маточных артерий (ЭМА)** является современным высокоэффективным и малоинвазивным методом лечения, который обеспечивает снижение маточного кровотечения и помогает избежать необходимости проведения гистерэктомии и способствует сохранению репродуктивной функции.

Абсолютные противопоказания к ЭМА включают в себе беременность, инфекционный процесс в стадии обострения и злокачественные новообразования в ОМТ. Относительными противопоказаниями являются аллергия на рентгенконтрастное вещество, коагулопатия и нарушение функции почек

**Ключевые слова:** эмболизация маточных артерий, аномальное маточное кровотечение, выскабливание полости матки, вакуум-аспирация полости матки

**Цель исследования:** описание клинического случая применения эмболизации маточных артерий для лечения аномальных маточных кровотечений.

**Материалы и методы исследования:** Был проведен ретроспективный анализ в отделении гинекологии на ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №1» г.Астана. В период с 20 апреля 2024 года по 20 октября 2024 года было проведено 39 эмболизаций маточных артерий (ЭМА), из которых 6 пациентов имели диагноз аномальной маточной кровотечения (АМК). Все пациенты находились в репродуктивном возрасте, средний возраст составил 34 года (в возрасте от 23 до 44 лет).



Пациентам выполнялось ультразвуковое исследование с использованием вагинального датчика. Эндоваскулярную эмболизацию маточных артерий проводили под постоянным рентгенологическим контролем с применением микросфер.

Статистическая обработка данных пациентов проводилась с использованием программ Microsoft Excel, 1с и Statistica.

**Результаты исследования:** В ходе анализа были рассмотрены медицинские и лабораторно-диагностические данные пациентов. Большинство процедур ЭМА были осуществлены в течение первых трех дней после госпитализации. Пятерым из шести пациентов (83%) была проведена гематрансфузия, что свидетельствует о значительной потере крови. Четырем пациентам (67%) было выполнено выскабливание и одной пациентке (17%) вакуум-аспирация полости матки.

Случай 1: Пациентка М 30 лет, с диагнозом АМК-Р. В анамнезе 3 беременностей, 2 родов и 1 замершая беременность. Ранее в августе получила круглосуточное лечение с диагнозом неразвивающаяся беременность в сроке 3-4 недели. Проведена вакуум аспирация полости матки 16.08.24. Через один месяц поступила с жалобами на обильные кровянистые выделения, в связи с усилением кровотечения повторно обратилась в приемный покой МГБ№1. Под постоянным рентгенологическим контролем произведена последовательная эндоваскулярная эмболизация левой и правой маточных артерий микросферами. Далее было выполнено выскабливание полости матки. Общая кровопотеря составила 50 мл. Пациентка была выписана на пятые сутки после операции в удовлетворительном состоянии, без жалоб под наблюдение врача поликлиники по месту жительства. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Случай 2. Пациентка Н 23 года, с диагнозом АМК-І в анамнезе двое беременностей и двое родов. Поступила 20.08.24 с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Ранее три дня назад в экстренном порядке поступила в приемный покой МГБ №1, осмотрена гинекологом, удалена ВМС из полости матки и было рекомендовано дообследование и лечение амбулаторно по месту жительства. В связи с усилением вышеуказанных жалоб обратилась повторно. Была произведена эндоваскулярная эмболизация маточных артерий. Выписана на третий день после операции. Послеоперационный период протекал без осложнений.

После процедуры ЭМА у всех пациентов наблюдалось значительное улучшение и исчезновение симптомов АМК. Они были выписаны в удовлетворительном состоянии, что подтверждает эффективность проведенного лечения.

**Выводы:** В данном клиническом случае ЭМА продемонстрировала свою высокую эффективность в лечении аномальных маточных кровотечений. Полученные результаты подтверждают возможность использования данного метода как альтернативы хирургическому вмешательству, особенно у женщин, желающих сохранить репродуктивную функцию. Эндоваскулярная эмболизация маточных артерий современное решение которое может значительно улучшить качество жизни пациенток, не прибегая к более инвазивным хирургическим вмешательствам.

#### Литература:

1. Чернуха Г.Е. Актуальность проблемы аномальных маточных кровотечений у молодых женщин и её комплексное решение в свете российских рекомендаций 2021. Гинекология. 2022;24(3):198–205. DOI: 10.26442/20795696.2022.3.201683
2. Коробова П.Г., Сулима А.Н., Мкртчян А.А., и др. Актуальные вопросы эффективности и безопасности эмболизации маточных артерий у пациенток с лейомиомой матки // Журнал акушерства и женских болезней. - 2020. -Т. 69. - № 2. - С. 15-22. <https://doi.org/10.17816/JOWD69215-22>
3. <https://diseases.medelem.com/disease/нарушения-менструального-цикла-2019/16441>
4. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2018;143(3):393-408. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>
5. Sun Y, Wang Y, Mao L, et al. Prevalence of abnormal uterine bleeding according to new International Federation of Gynecology and Obstetrics classification in Chinese women of

ЭОЖ: 618.145-007.415-089

**Пугоева Х.Х., Орынбасарова Ж. О., Мұратбек Г. А.**  
**ЖАТЫР МОЙНЫ ЖҮКТІЛГІНДЕ ЖАТЫР АРТЕРИЯСЫНЫҢ**  
**ЭМБОЛИЗАЦИЯСЫ-КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ**

*№ 2 Акушерлік және гинекология кафедрасы, "Астана медицина университеті" КеАҚ,  
"№1 көпсалалы қалалық аурухана " ШЖҚ МКК Астана қ., Қазақстан.*

**Өзектілігі:** Жатыр мойны жүктілігінде жатыр артериясының эмболизациясы (ЖАЭ) салыстырмалы түрде жаңа және перспективалы емдеу болып табылады, ол асқыну қаупін азайтуда және жүктілікті сақтауда жоғары тиімділікті көрсетеді. Жатыр артерияларындағы қан ағымын блоктауға бағытталған бұл процедура қан кетуді бақылауға көмектеседі, бұл жатыр мойны жүктілігінің сирек және күрделі жағдайларын, сондай-ақ қалыптан тыс плацентацияларды басқарудың негізгі аспектісі болып табылады. Бұл тәсілдің өзектілігі асқынуларды түзетудің инвазивті емес әдістерін қажет ететін жүктіліктің көбеюіне байланысты, әсіресе жас пациенттерімен және көмекші репродуктивті технологиялармен байланысты жағдайлардың таралуын ескере отырып. ЖАЭ минималды инвазивті әдіс болып табылады және ана мен ұрық үшін қауіпті азайту арқылы үлкен хирургиялық араласудан аулақ болады. Аз инвазивті әдістерге деген қызығушылықтың жоғарылауы және жүктіліктің асқынуының төмендеуі жағдайында ЖАЭ дәстүрлі хирургияға маңызды балама болып табылады, бұл осы әдісті зерттеу мен клиникалық тәжірибеге енгізудің өзектілігін көрсетеді.  
**Түйін сөздер:** жатыр мойны жүктілігі, эктопиялық жүктілік, жатыр артерияларының эмболизациясы, инвазивті әдіс

**Зерттеудің мақсаты:** Жатыр мойны жүктілігінде жатыр артериясының эмболизациясының (ЖАЭ) тиімділігі мен қауіпсіздігін бағалау және осы әдісті қолданумен байланысты көрсеткіштерді, қарсы көрсеткіштерді және ықтимал асқынуларды анықтау.

**Зерттеу материалдары мен әдістері:** мақалада Астана қаласының №1 көпсалалы ауруханасында жатыр мойны жүктілігін емдеуде жатыр артериясының эндоваскулярлық эмболизациясын қолдану тәжірибесі ұсынылған. Науқас 39 жаста, 4-5 апталық жатыр мойны жүктілігі диагнозымен, қан кетуден кейін, жатыр артериясының эмболизациясы аясында ұрық жұмыртқасы алынды. Артериографиялық бақылау кезінде хорионикалық гонадотропин деңгейінің төмендеуінен кейін ұрық жұмыртқасының қан айналымы тоқтағаннан кейін ұрық жұмыртқасы алынды. Ота кезінде қан ағымы 100 мл-ден аспады. отадан кейінгі кезең 6 күнге созылды. Осылайша, жатыр артериясының эмболизациясы жас әйелдердің ұрпақтарының қан кетуден жаңару қабілетін сақтауға мүмкіндік берді, бұл жатыр мойнындағы жүктіліктің өнімді процедурасына айналды.

**Зерттеу нәтижелері:** 39 жастағы науқас №1 МГБ қабылдау бөліміне 29.09.2024 жылы іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну және жыныс жолдарынан қанды бөліністер болуымен шағымданып түсті. Қабылдау бөліміндегі гинеколог дәрігері гинекологиялық қараудан кейін кіші жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуіне жолдады. Ультрадыбыстық зерттеу 3-4 апталық жатыр мойны жүктілігін, сондай-ақ үш кесарь тілігі операциясынан кейін жатырда тыртықтардың болуын көрсетті. Жатыр қуысында, тыртықтардың астында ұрық жұмыртқасы эмбрионмен және жүрек соғуымен бейнеленген. Науқас гинекология бөліміне шұғыл түрде жатқызылды. Анамнезден: 12 жастан бастап етеккір, тұрақты және ауыртпалықсыз. Босану тарихы: 4 жүктілік, 3 босану (2010, 2017 және 2020 жылдардағы кесарь тілігі) асқынусыз. Гинекологиялық аурулар белгілемейді. Контрацепция-үзілген жыныстық қатынас. Соңғы етеккір-18.08.2024. 21 жастан бастап жыныстық өмір, некеде.



позициядағы жатыр, м-жаңғырық 2-3 біртекті сұйықтық, ерекшеліктері жоқ қосымшалар. Операциядан кейінгі кезең біркелкі өтті және науқас операциядан кейінгі бесінші күні емхана дәрігерінің бақылауымен шығарылды.

**Қорытынды:** Жатыр артериясының эмболизациясы (ЖАЭ) жатыр мойны жүктілігін емдеудің перспективалы және тиімді әдісі болып табылды. Бұл аз инвазивті тәсіл қан жоғалтуды бақылауға ғана емес, сонымен қатар кейбір жағдайларда жатырды сақтауға мүмкіндік береді, бұл әсіресе репродуктивті функцияны сақтауға ұмтылатын науқастар үшін маңызды.

**Қолданылған әдебиеттер:**

1. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии. М: Гоотар-Мед. 2004. 133 с.
2. Корсак В.Г., Коршунов М.Ю., Михайлов А. В. и др. 0 проблеме эктопической беременности после ЭКО // Пробл. репродукции. 1997\_ Т.3. N.2. С.61-64.
3. Abusheikha N., Marcus S. Ectopic pregnancy following assisted reproductive technology. A textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction / Ed. By P.R Brinsden. London: The Parthenon Publishing Group, 1999. P 333-342.
4. Itakura A. Okamura M. Ohta T.. Mizutani S. Conservative treatment of a second trimester cervicoisthmic pregnancy diagnosed by magnetic resonanceAmaging // Obstet Gynecol: 2003. V.101 (5 P21. P 1149-1151
- 5.

ӘОЖ 618.3-06-083.98

**Маратова Т., Мыркасымова А. Т.**  
**АМБУЛАТОРИЯ ДЕНГЕЙІНДЕ ЖОҒАРЫ ҚАУІП ТОБЫНДАҒЫ ЖҮКТІ**  
**ӘЙЕЛДЕРДІ ЖҮРГІЗУДІҢ КЕЙБІР МЕЗЕТТЕРІ**

*Уразова У.М., м.ғ.д., доцент*

*Акушерлік және гинекология кафедрасы, Астана медицина университеті, Астана қ.*

**Өзектілігі:** гинекологиядағы жоғары қауіпті әйелдерді амбулаториялық емдеу қазіргі заманғы медицинаның өзекті міндетіне айналууда. Соңғы жылдары әртүрлі медициналық, әлеуметтік және демографиялық факторларға байланысты жоғары қауіпті деп жіктелген жүктіліктің айтарлықтай өсуі байқалды.

**Жұмыстың мақсаты:** 2В тобындағы әйелдердің амбулаториялық - емханалық әдістерін зерттеу және асқыну қаупін азайтудың негізгі тәсілдерін анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: 2В тобындағы пациенттерді басқаруға арналған әдеби дереккөздерді талдау, сондай-ақ халықаралық клиникалық ұсыныстар.

**Зерттеу нәтижелері:** негізгі тәсілдерге жиі тексерулер, қан қысымын, қандағы қант пен дене салмағын бақылау және жеке емдеу жоспарларын қолдану кіреді.

**Қорытындылар:** 2В тобындағы әйелдерді амбулаториялық басқару асқынулардың алдын алу үшін көпсалалы тәсілді және үздіксіз бақылауды қажет етеді, бұл ана мен баланың нәтижелерін жақсартуға ықпал етеді.

**Кіріспе**

Жоғары қауіп тобындағы әйелдерді амбулаториялық емдеу қазіргі заманғы медицинаның өзекті міндетіне айналууда. Соңғы жылдары әртүрлі медициналық, әлеуметтік және демографиялық түртікілерге (факторларға) байланысты жоғары қауіпті деп жіктелген жүктіліктің қатары айтарлықтай өсуі байқалды.

2В жоғары қауіп тобына созылмалы гипертония, қант диабеті және семіздік сияқты ауыр созылмалы дерті бар науқастар, сондай-ақ мерзімінен бұрын босану мен түсік түсіруді қамтитын күрделі акушерлік анамнез кіреді. Мұндай асқынулар жүктіліктің қолайсыз нәтижелерінің ықтималдығын едәуір арттыруы мүмкін.

2В тобындағы пациенттер амбулаториялық - емханалық көмекке ерекше көзқарасты қажет етеді, өйткені, жекелендіруді немесе дербес түрде және болашақ ананың денсаулығының барлық аспектілері қамтылуы керек.

35 жастан асқан, бірнеше жүктіліктің болуы, көмекші репродуктивті технологияларды қолдану, сондай-ақ асқынулардың дамуына әсер етуі мүмкін әлеуметтік - экономикалық жағдайдың төмендігі сияқты қауіп түрткілерін ескеру маңызды [4][5].

Сондықтан, осы топтағы жүктілерді амбулаториялық – емханалық деңгейде бақылау, емдеу тек акушер – гинеколог мамандары ғана емес, ана мен ұрықтың денсаулығына қауіп төндіретін жағдайлардың алдын алуына өзге сала мамандары - кардиологтар мен эндокринологтар сияқты байланысты саладағы мамандарды қамтитын көпсалалы тәсіл принциптеріне негізделуі керек [6][7].

Амбулаториялық басқарудың негізгі элементтерінің бірі - асқынуларды ерте анықтау және алдын алу. Бұл жүйелі тексерулерді, ультрадыбыстық зерттеулерді, зертханалық зерттеулерді және қан қысымы мен қандағы қант сияқты өмірлік маңызды белгілерді бақылауды қамтиды.

2В тобындағы пациенттерді басқару преэклампсия, гестациялық қант диабеті және мерзімінен бұрын босану сияқты асқынулардың алдын алу үшін жүктіліктің әр кезеңінде үнемі бақылауды қажет етеді. (11[8].

2В тобындағы әйелдерді басқару бойынша әдебиеттерді талдау соңғы жылдары ғылыми басылымдарда жоғары қауіпті пациенттерді амбулаториялық бақылаудың ерекшелігіне аса назар аударылғанын көрсетті. Зерттеулер гипертония, қант диабеті, жасы, генетикалық түрткілер және көпұрықты жүктілік сияқты жүктілік нәтижелеріне әсер ететін түрткілердің (факторлардың) кең ауқымын қамтиды.

ДДҰ (дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы) және басқа ұйымдардың халықаралық клиникалық нұсқауларында әзірленген негізгі тәсілдер 2В тобындағы жүкті әйелдердегі асқынуларды азайтуға бағытталған, соның ішінде көпсалалы тәсілді қолдану, жиі тексерулер және пациенттердің жағдайын бақылау[9] [10].

Әдебиеттерге шолу сонымен қатар медициналық және әлеуметтік аспектілерді ескеретін жеке емдеу жоспарларының маңыздылығын көрсетеді [11][12].

Жоғары қауіпті жүкті әйелдерді басқару тұжырымдамасы пайда болғаннан бері оларды бақылау әдістері айтарлықтай дамыды. XX ғасырда қауіп қатер түрткілері жоғары қауіп тобындағы әйелдерді анықтауға және ауруханаға уақытылы жатқызуға баса назар аударылды, қазіргі уақытта дәлірек диагностикалық әдістер мен жаңа технологияларды қолдана отырып амбулаториялық басқаруға аса назар аударылуда [13][14]. Осы бағыт ауруханаға жатқызу санын азайтуға және медициналық көмектің сапасын жақсартуға мүмкіндік берді, бұл халықаралық зерттеулер деректерімен расталады [15][16]. Жүргізу әдістерін дамытудағы маңызды қадам кардиологтардың, эндокринологтардың және өзге салалық мамандардың қатысуын қамтитын көпсалалы тәсілді енгізу болды.

Зерттеушілер арасында 2В тобындағы әйелдерге дәрігерге бару жиілігі мен бақылау әдістері туралы келіспеушіліктер бар. Кейбір зерттеулер апта сайынғы бақылаудың қажеттілігін көрсетеді, ал өзгелері артық бару пациенттерге стресс тудыруы мүмкін және әрқашан нәтижелердің жақсаруына әкелмейді деп сеніп, жиі емес тәсілді қолданады [17][18].

Асқынуларды диагностикалау және емдеу тәсілдері де әртүрлі, бұл ұлттық клиникалық нұсқаулардағы айырмашылықтарға және әртүрлі елдердің денсаулық сақтау жүйелерінің экономикалық мүмкіндіктеріне байланысты [9][19].

### **Қауіп факторларының / түрткілердің/ жіктелуі және 2В тобы**

Акушерліктегі 2В тобына созылмалы аурулары бар әйелдер кіреді, соның ішінде гипертония, қант диабеті, және семіздік. Негізгі қауіп факторлары медициналық, әлеуметтік және демографиялық болып жіктеледі.

Медициналық факторларға экстрагенитальды аурулардың болуы және күрделі акушерлік тарих, ал демографиялық көрсеткіштерге жасы 35-тен асқан әйелдер және әлеуметтік-экономикалық жағдайдың төмендігі жатады [10][12]. Сонымен қатар, генетикалық бейімділік пациенттерді жіктеу кезінде ескерілетін маңызды қауіп факторы болып табылады [14][20].

Жүкті әйелдердегі қауіп қатер дәрежесін жіктеу үшін Радзинский шкаласы және өзгертілген ВОЗ классификациясы сияқты халықаралық деңгейде танылған жүйелер қолданылады. Бұл

жүйелер пациенттерді бақылау мен емдеуде ерекше тәсілді қажет ететін кіші топтарға бөлуге көмектеседі.

Қауіп дәрежесін бағалау жүйелеріне анамнезді, зертханалық нәтижелерді және ультрадыбыстық зерттеулерді кешенді талдау кіреді [13][15].

2В тобы асқынулардың жоғары қаупімен сипатталады, бұл қарқынды бақылауды және тұрақты тексеруді қажет етеді. Бұл санатқа созылмалы аурулары бар және асқынған акушерлік тарихы бар әйелдер кіреді, бұл амбулаториялық емдеуге және асқынулардың алдын алуға ерекше көзқарасты қажет етеді [11][18]. Бұл топқа жіктеудің негізгі критерийлері-бірнеше жүктіліктің болуы, алдында болған түсіктер және жасы 35тен асқан әйелдер [17][19].

### **2В тобындағы әйелдерді амбулаториялық басқару әдістері**

2В тобындағы әйелдерді амбулаториялық басқарудың халықаралық стандарттары тұрақты қабылдауларды (апта сайын немесе қажет болған жағдайда одан жиі), қан қысымын, дене салмағын және ұрық жағдайын бақылауды қарастырады. Міндетті зерттеулерге зәрдегі қан пен ақуыз деңгейін бақылау үшін зертханалық зерттеулер, сондай-ақ ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуі кіреді [12][15]. Бұл шаралар асқынуларды ерте анықтауға және олардың дамуының алдын алуға бағытталған.

2В тобындағы жүкті әйелдерді бақылаудың және емдеудің жеке жоспарлары денсаулық жағдайы мен жүктілік ағымының ерекшеліктерін ескере отырып әзірленеді. Бұл жоспарлар диетаны, физикалық белсенділікті және ана мен ұрықтың тұрақты жағдайын сақтауға көмектесетін дәрі-дәрмектерді қамтиды [14][16]. Ұрықтың жағдайы үнемі бақыланады, бұл ықтимал өзгерістерге уақтылы жауап беруге мүмкіндік береді [11][13].

2В тобындағы әйелдерді тиімді басқару әртүрлі мамандықтағы дәрігерлердің, соның ішінде гинекологтардың, эндокринологтардың, кардиологтар мен басқа да мамандар қатысуын қамтиды,. Көпсалалы тәсіл асқыну қаупін азайтуға және ана мен баланың болжамын жақсартуға көмектеседі [9][17].

### **2В тобындағы әйелдерді басқару бойынша ұсыныстар.**

2В тобындағы әйелдерді басқаруға арналған халықаралық клиникалық нұсқаулар ДДҰ және басқа жетекші ұйымдардың деректеріне негізделген. Бұл ұсыныстарға тұрақты бақылау, дәрігерге жиі бару және ықтимал асқынуларды анықтау үшін қосымша диагностикалық әдістерді қолдану жатады [10][12].

Алдын алу шаралары преэклампсия мен басқа асқынулардың дамуын болдырмау үшін қан қысымын, қандағы қант деңгейін және басқа параметрлерді бақылауды қамтиды. Сондай-ақ асқыну қаупін азайтатын дәрі-дәрмектерді үнемі қолдану ұсынылады [13][18].

2В тобындағы жүктілерді басқару бойынша шешім қабылдау алгоритмдеріне жағдай нашарлаған кездегі іс-әрекеттер жатады, мысалы, шұғыл госпитализациялау және терапияны түзету. Бұл алгоритмдер жағдайдың өзгеруіне тез жауап беруге және ана мен баланың денсаулығына төнетін қауіптерді азайтуға көмектеседі [15][19].

Асқынуларды басқару және шұғыл госпитализациялау хаттамалары

2В тобындағы әйелдерді амбулаториялық емдеу белсенді бақылауды және преэклампсия, мерзімінен бұрын босану және гестациялық қант диабеті сияқты асқынуларды уақтылы анықтауды талап етеді.

Преэклампсия жағдайы жоғары қан қысымы, ісіну және зәрде ақуыз болған кезде анықталады. Оны амбулаториялық деңгейде алдын алу үшін емдеу тәсілі; қан қысымын төмендететін дәрі-дәрмектерді, тромбоздың алдын алу үшін дәрі-дәрмектерді тағайындауды және зәрдегі ақуыз деңгейін бақылауды қамтиды. Мерзімінен бұрын босанудың алдын алу үшін токолитиктер, демеуші күтім, тұрақты тексерулер қолданылады. Гестациялық қант диабеті - диета, тұрақты глюкоза сынағы және қажет болған жағдайда инсулин терапиясы арқылы бақыланады.

Шұғыл госпитализация науқастың жағдайы нашарлағанда және амбулаториялық емдеу жағдайды тұрақтандыру үшін жеткіліксіз немесе мүмкін емес болған кезде көрсетіледі.

Негізгі критерийлерге қан қысымының біртіндеп жоғарылауы, ауыр преэклампсия белгілері, мерзімінен бұрын босану белгілері, ұрық жағдайының кенеттен нашарлауы және емнің

сәтсіздігі жатады. Егер мұндай асқынулар анықталса, науқас қарқынды терапия алуға және қауіпсіз босануды қамтамасыз ету үшін ауруханаға жіберіледі.

### **Амбулаторлық емдеуді оңтайландыру бойынша ұсыныстар**

2В тобындағы әйелдерді басқарудың халықаралық хаттамалары денсаулық сақтау шарттарының әртүрлі екенін ескерумен әзірленген, және бейімделуі әрбір ұлттың шынайы жағдайын, ресурстардың қолжетімділігін, медициналық персоналдың біліктілігін және медициналық - демографиялық жағдайдың ерекшеліктерін ескеретін өзгерістерді енгізуді көздейді.

Бейімделген хаттамаларды енгізу пациенттерді амбулаторлық - емханалық бақылау және емдеуді тиімдірек қамтамасыз етуге, асқыну қаупін азайтуға және медициналық көмектің қолжетімділігін арттыруға көмектеседі.

Амбулаториялық емдеу әдістерін оңтайландыру үшін телемедицина және қан қысымы мен қант деңгейін бақылауға арналған мобильді қосымшалар сияқты заманауи бақылау технологияларын енгізу ұсынылады. Дәлірек ультрадыбыстық зерттеу әдістер мен зертханалық зерттеулер арқылы диагностиканы жақсарту асқынуларды ертерек анықтауға ықпал етуі мүмкін.

Сонымен қатар, медициналық персонал мен пациенттерді ықтимал қауіптер мен оларды азайту әдістері туралы хабардар ету үшін оқыту бағдарламаларын дамыту ұсынылады.

### **Тұжырым.**

1.2В тобындағы әйелдерді амбулатория жағдайында бақылау және емдеу асқынулардың алдын алу үшін дараландырылған тәсілді және тұрақты бақылауды қажет етеді.

2.Тұрақты қарау, өмірлік маңызды белгілерді бақылау және заманауи диагностикалық әдістерді қолдану, ана мен баланың болжамдарын жақсартуға ықпал етеді.

3.Медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз етуге мүмкіндік беру үшін халықаралық клиникалық ұсыныстарды ұлттық жағдайларға бейімдеу маңызды құрамдас қадам болып табылады.

4. Пациенттерді қашықтықтан бақылау және оқыту технологияларын енгізу амбулаториялық басқаруды оңтайландыру үшін перспективалы бағыт болып қала береді.

**УДК 616-092.9:618.3/616-053.3/616.381**

**Джамалбекова А.Д., Балтабаева Қ.Т., Бекбосын А.М., Смагулова Л.Т., Турлыбаева В.Ж., Бошанова Ә.М.**

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ИСТИННОМ УЗЛЕ ПУПОВИНЫ И ОБВИТИИ ПУПОВИНОЙ**

*Научные руководители: Билялова Г.Т. к.м.н доцент кафедры, Нурмагамбетова Д.М. магистр медицины, ассистент кафедры*

*НАО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №2, ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №9», ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», акушерский блок, г.Астана*

**Актуальность:** Истинные узлы пуповины и обвитие пуповиной представляют собой важные патологии, которые могут осложнять течение беременности и приводить к серьёзным осложнениям вплоть до внутриутробной гибели плода. Эти состояния требуют особого внимания со стороны врачей, поскольку своевременная диагностика и адекватное ведение могут значительно снизить риски для плода. Частота истинных узлов варьируется от 0,3% до 2% всех родов, тогда как обвитие пуповиной встречается у 10-30% всех беременностей. В последние годы улучшение диагностических технологий, таких как 3D и 4D УЗИ, а также доплерография, позволили повысить точность выявления этих состояний на ранних стадиях. В данной научной работе будет проведён обзор современных представлений о диагностике и ведении истинных узлов пуповины и обвития пуповиной, а также сравнение протоколов Казахстана, Канады и других стран.

**Цель работы:** Анализ современных представлений об истинном узле пуповины и обвитии

пуповиной с целью выявления их влияния на течение беременности, родовой процесс и состояние новорожденного, а также обоснование подходов к диагностике и ведению беременности при данных патологиях

**Материалы и методы исследования:** Проведение данного литературного обзора осуществлялось в условиях кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана». При написании данной работы были использованы научные данные с высокими доказательными базами из международных авторитетных баз данных рецензируемых журналов с ненулевым импакт-фактором. К таким онлайн платформам открытого доступа можно отнести следующие: на русском языке – российская научная электронная библиотека «КиберЛенинка», издательство «Медиа Сфера»; на английском языке – NCBI Literature Resources (PubMed, PubMed Central), международный научный журнал PLOS One, журналы Elsevier, MDPI и Frontiers, Google Scholar, Embase, IEEE Xplore, EBSCO и другие. В качестве ключевых слов для поиска материалов послужили следующие слова и словосочетания: истинные узлы пуповины, обвитие пуповиной, пуповина, гипоксия, фетальный дистресс, асфиксия. Таким образом, в общем количестве было проанализировано около 500 статей, посвященных к проблемам истинного узла пуповины и обвитии пуповиной. Среди них были отсортированы около 50 статей для дальнейшего изучения.

**Результаты исследования:** Истинные узлы пуповины и обвитие пуповиной представляют собой две основные патологии, которые могут существенно осложнить течение беременности и родов. Пуповина – важная структура, обеспечивающая связь между матерью и плодом, её аномалии способны приводить к различным осложнениям, начиная от фетального дистресса и заканчивая внутриутробной гибелью плода. Несмотря на относительно редкую встречаемость истинного узла пуповины (0,3–2% случаев), его потенциальная опасность требует особого внимания со стороны акушеров и гинекологов. Обвитие пуповиной встречается гораздо чаще и в зависимости от типа (однократное, многократное, тугое или свободное) также способно вызывать осложнения во время родов.

Истинный узел пуповины образуется, когда плод проходит через петлю пуповины, что может привести к пережатию сосудов и нарушению кровообращения между матерью и плодом. Причины образования истинных узлов разнообразны и включают такие факторы, как повышенная подвижность плода, многоводие, длинная пуповина и многоплодная беременность.

Частота истинных узлов пуповины варьирует от 0,3% до 2% всех беременностей. Наиболее частыми факторами риска образования истинных узлов являются длинная пуповина, многоплодная беременность, а также активные движения плода в утробе. Длинная пуповина, по данным Suzuki (2020), может одновременно служить как фактором риска, так и защитным механизмом, снижая вероятность летальных исходов при наличии узла.

Возраст матери и наличие сопутствующих заболеваний, таких как диабет, также могут влиять на вероятность образования узлов пуповины. Alam et al. (2015) показали, что при диабетических осложнениях частота узлов значительно выше, чем в контрольной группе.

Пренатальная диагностика истинных узлов пуповины остается сложной задачей. Основные методы включают ультразвуковое исследование (УЗИ), доплерографию и трёхмерную визуализацию (3D/4D УЗИ). Однако точность таких методов остается ограниченной. Sherer et al. (2020) подчеркивают, что несмотря на применение современных технологий, доля неверных диагнозов остаётся высокой. Одним из перспективных методов является использование доплерографии для оценки кровотока в сосудах пуповины, что может помочь выявить пережатие и гипоксию плода на ранних этапах.

Наличие истинного узла пуповины может приводить к тяжелым осложнениям, включая гипоксию плода, фетальный дистресс, асфиксию и мертворождение. Исследование Patel и Rajai (2021) показало, что истинные узлы пуповины являются причиной необходимости экстренного кесарева сечения в ряде случаев. В литературе также описаны случаи внутриутробной гибели плода из-за истинных узлов пуповины.

Обвитие пуповиной встречается значительно чаще, чем истинные узлы, и может быть как однократным, так и многократным. Тип обвития (тугое или свободное) напрямую влияет на

клинические исходы. Свободное обвитие редко вызывает серьёзные осложнения, тогда как тугое обвитие может привести к сдавлению сосудов пуповины и, как следствие, к фетальному дистрессу.

Обвитие пуповиной может привести к осложнениям, включая гипоксию, фетальный дистресс и асфиксию. Однако большинство случаев обвития не требует вмешательства, и роды проходят благополучно. Исследование Cohen et al. (2024) показало, что при правильном наблюдении исходы для плода чаще всего благоприятны.

Сравнение протоколов и клинических рекомендаций. Казахстанский протокол ведения беременностей с патологией пуповины, несмотря на то, что он старый (2016 года), акцентирует внимание на регулярном мониторинге состояния плода с использованием УЗИ и КТГ. При выявлении истинных узлов пуповины или многократного обвития рекомендуется усиленный контроль в третьем триместре. В случаях риска гипоксии назначается кесарево сечение. Диагностика на ранних сроках беременности считается затруднительной, поэтому особое внимание уделяется наблюдению в поздние сроки.

В Канаде, согласно рекомендациям SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada), управление патологией пуповины включает регулярное применение УЗИ с доплерометрией для оценки кровотока в пуповине. Особое внимание уделяется случаям многоплодной беременности и длинной пуповины, которые чаще связаны с образованием узлов. В случае выявления узла или обвития рекомендуется тщательный мониторинг плода и, при необходимости, раннее родоразрешение. Протокол также подчёркивает необходимость обсуждения с пациенткой всех возможных рисков.

Другие международные протоколы, такие как британские (NICE) и американские (ACOG), аналогично рекомендуют регулярное УЗИ с доплерометрией для оценки состояния пуповины. В отличие от Казахстана, в США и Великобритании акцент делается на использование 3D/4D УЗИ и новейших технологий для диагностики. В этих странах также активно используется машинное обучение для анализа данных и предсказания риска осложнений на основе индивидуальных особенностей беременности.

**Выводы:** Современные методы диагностики и ведения патологий пуповины, таких как истинные узлы и обвитие, играют ключевую роль в обеспечении благополучного исхода беременности. Протоколы Казахстана, Канады и других стран схожи в своих подходах, но различаются по уровню использования передовых технологий и акцентам на индивидуализированном подходе. В дальнейшем, развитие технологий и их интеграция в акушерскую практику поможет улучшить диагностику и управление этими состояниями, снижая риски для плода.

UDC 618.177-089.888.11

**Yerkinbek U. M., Jetpisbayeva A. I., Yergaliyeva B. K.**

#### **ART OUTCOMES IN COUPLES WITH INFERTILITY**

*Scientific supervisor: Assistant of the department, Master Khalmuratova K. Zh.*

*Assistant of the department, Yeszhanova A.A.*

*AIU "Astana Medical University"*

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 of AIU "Astana Medical University", Astana city*

**Actuality:** According to the World Health Organization, starting from May 22, 2024, infertility is considered a disorder of the reproductive system in men or women, which is characterized by the inability to get pregnant after regular unprotected sexual contact for 12 months or more. Infertility can be caused by problems with the reproductive system, as well as factors that cannot be explained. Some of the causes of infertility can be prevented. In vitro fertilization (IVF) and other methods of assisted reproductive technology are often used to solve this problem.

In Kazakhstan, there is an increase in official statistics on infertility. In 2021, the number of Kazakhstanis registered with such a diagnosis increased by 21.8%, reaching 21.4 thousand people. Of these, 7.9 thousand are primary patients who have experienced fertility problems for the first time. The increase in infertility cases in Kazakhstan continues to be observed in 2023-2024. This prompted

the state to pay attention to this problem, offering free quotas for assisted reproductive technologies (ART) in early 2010. The in vitro fertilization (IVF) program was first included in the guaranteed volume of free medical care in 2010. From 2010 to 2019, the number of conducted cycles increased from 100 to 900 in Kazakhstan. Currently, IVF is included in the package of compulsory social health insurance (OSMI) and is provided to Kazakhstanis free of charge, but only for insured citizens. However, the effectiveness of ART varies each year for various reasons. Our work focuses on analyzing the results of ART and the factors that influence their success.

**Objective:** to analyze the history and outcomes of ART in couples with infertility .

**Materials and methods:** The analysis of 63 outpatient records of women who were observed for infertility in the Women's Health department of the Multifunctional City Hospital No. 2 in Astana was carried out.

**Results of the study:** The age of patients varied: 25-30 years - 23.8% of cases, 30-35 years-36.5% of cases, 35-42 years-36.5% of cases. The duration of infertility ranged from 1 year to 16 years, while in most married couples it exceeded 6 years. The group with primary infertility included 36(57.14 %) couples, and with secondary infertility - 27 (42.86%) couples. Forms of infertility among these couples were distributed as follows: 22 (34.92%) - female form, 15 (23.8%) - male form and 26 (41.26%) - mixed form.

The following diseases were most frequently observed in the anamnesis: endocrinediseases - 36 cases (57.14%), sexually transmitted infections (STIs)( trichomoniasis-11, mycoplasma-6, chlamydia-3) - 20 cases (31.74%), diseases of the female genital organs - 19 cases (30.15%).

Chronic extragenital diseases such as IDA-2, chronic cholecystitis-1, chronic pyelonephritis-1, diffuse cystic mastopathy-1, thrombocytopenia-1, hepatitis B-1 and hepatitis C-2, and Leidin thrombophilia-1 were less common.

Among 36 cases of endocrine diseases, there were: subclinical hypothyroidism-14 (38.8%) cases, subclinical hypothyroidism with hyperprolactinemia-11 (30.55%) cases, hyperprolactinemia-5 (13.8%) cases, autoimmune thyroiditis-4 (11.11%) cases, subclinical hypothyroidism with pituitary microadenoma and hyperprolactinemia-2 (5.5%) of the case.

Among the 19 cases of gynecological diseases, there were: cervical ectopia - 7 (36.8%) cases, genital endometriosis - 6 (31.6%), uterine fibroids - 3 (15.7%), uterine fibroids combined with endometriosis - 1 (5.3%) case, polycystic ovary syndrome (POS) - 1 (5.3%).

From the anamnesis:: non-developing pregnancy-6 cases (9.52%), ectopic pregnancy - 3 cases (4.76%); spontaneous abortions - 1 case (1.59%).

In the study of the causes of female infertility, the largest number of cases was tubo-peritoneal form-34(53.96%) cases, endocrine form - 7 (11.11%) cases, uterine form - 2 (3.17%) cases.

During the male infertility study, 41 cases were analyzed (15 cases of male infertility and 26 cases of mixed type). As a result, the following conditions were observed: asthenoteratospermia-15(36.58%), teratospermia-11(26.82%), teratozospemia-4(9.75%), asthenospermia-4 (9.75%), oligoasthenoterotospermia-3(7.32%), azospermia-2(3.17%), oligoasthenospermia-1 (2.44%), as well as a combination of teratospermia and leukospermia - 1 (2.44%) case.

Of the 63 couples analyzed, 32 cases underwent laparoscopy and hysteroscopy for surgical intervention before the start of ART: tubectomy - 16 (50.00%), salpingoovariolysis - 8 (25.00%), cystectomy - 4 (12.5%), ovarian diathermocauterization - 1 (3.12%). During hysteroscopy in 32 patients:2 endometrial polyps were removed (6.25%) and in 1 case intrauterine synechiae were detected (3.12%).

After a follow-up ART, 41 married couples became pregnant. In 5 (12.2%) cases, non-developing pregnancy occurred, while in 36 (87.8%) cases it was successful. Of the 36 cases, 25 (69.44%) women delivered on time, and 11 (30.55%) had preterm labor. In 25 (69.44%) cases, pregnancy was complicated.

In the antenatal period, preeclampsia was observed in 18 (50%) cases. During labor, complications such as preeclampsia -6 (16.67%), abnormal labor activity - 4 (11.11%) cases, prenatal rupture of the fetal membranes - 2 (5.56%) cases, threatening fetal condition - 1 (2.78%) case were also recorded.

Most women gave birth between 38 and 41 weeks. Preterm labor was observed from 30 to 36.6 weeks.32 (88.8%) women had a singleton pregnancy, and 4 (11.11%) had a dichoreal twin.

**Conclusion:** Due to the use of assisted reproductive technologies in 41 (65.08%) cases, pregnancy occurred and 36 (57.14%) married couples suffering from long-term infertility had children in their marriage.

УДК 618.1:615.851/614.2

Зәкір А.Ш., Камытбек С.К., Кеңесбекова А.Ж.

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ADHERENCE К ЛЕЧЕНИЮ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Уразова У.М. – к.м.н доцент

НАО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №2

**Актуальность:** Эндометриоз – это хроническое воспалительное заболевание, часто сопровождающееся сильными болями и нарушением репродуктивной функции. Для управления симптомами и предотвращения прогрессирования заболевания необходимо длительное и комплексное лечение, включающее медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство и изменения в образе жизни. Однако, по данным исследований, многие пациентки не следуют назначенному лечению, что приводит к ухудшению состояния и снижению качества жизни. Низкая приверженность к лечению (adherence) у пациенток с эндометриозом обусловлена множеством факторов, включая сложность лечения, побочные эффекты препаратов, недостаточную осведомленность о заболевании, а также психологические и финансовые барьеры. По результатам исследований, около 40-60% женщин с эндометриозом испытывают трудности с соблюдением всех рекомендаций врача. Особую актуальность изучение факторов, влияющих на adherence, приобретает для амбулаторных пациенток, так как в условиях амбулаторного лечения контроль врача ограничен, и пациентки несут большую ответственность за выполнение назначений. Повышение приверженности к терапии позволяет не только снизить симптомы эндометриоза, но и улучшить долгосрочные исходы и снизить затраты на здравоохранение, что подтверждается международными исследованиями.

**Цель работы:** изучить факторы, влияющие на приверженность (adherence) к лечению у амбулаторных пациенток с эндометриозом, для выявления барьеров, препятствующих соблюдению назначенной терапии, и разработки рекомендаций по повышению приверженности к лечению.

**Материалы и методы исследования:** Проведение данного литературного обзора осуществлялось в условиях кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана». При написании данной работы были использованы научные данные с высокими доказательными базами из международных авторитетных баз данных рецензируемых журналов с ненулевым импакт-фактором, такие как NCBI Literature Resources (PubMed, PubMed Central), международный научный журнал PLOS One, журналы Elsevier, MDPI и Frontiers, Google Scholar, и реферативные базы Mendeley и Zotero. В качестве ключевых слов для поиска материалов послужили следующие слова и словосочетания: эндометриоз, лечение, амбулаторные пациентки, факторы приверженности, adherence. Таким образом, в общем количестве было проанализировано около 355 статей, посвященных к проблемам приверженности пациенток к лечению эндометриоза. Среди них были отсортированы около 70 статей для дальнейшего изучения.

**Результаты исследования:** Согласно многочисленным исследованиям, эндометриоз встречается у 10-15% женщин репродуктивного возраста и может проявляться различными симптомами, включая хроническую боль, нарушения менструального цикла и бесплодие (Becker et al., 2017; As-Sanie et al., 2019). Симптомы могут существенно влиять на качество жизни пациенток, делая необходимым эффективное лечение.

Низкая приверженность к лечению остается значительной проблемой у пациенток с эндометриозом. Исследования показывают, что 40-60% женщин испытывают трудности с соблюдением рекомендаций врачей, что связано с множеством факторов, включая сложность

схемы лечения и побочные эффекты медикаментов (Denny & Mann, 2007; Karp & Sinaii, 2009). Стресс, депрессия и тревожность могут негативно влиять на приверженность к лечению, что подтверждено исследованиями, показывающими, что женщины с высоким уровнем стресса имеют более низкую приверженность к назначенной терапии (Deguara et al., 2017).

Уровень осведомленности пациенток о своем заболевании и методах лечения также оказывает значительное влияние на adherence. Исследования показывают, что пациентки, получившие достаточную информацию о своем состоянии, более склонны следовать рекомендациям врача (Horne et al., 2013).

Наличие поддержки со стороны семьи и друзей способствует повышению приверженности к лечению. Социальная изоляция может увеличивать чувство безысходности и снижать мотивацию следовать назначенному лечению (Mouton et al., 2017).

Сложные схемы лечения, частые визиты к врачу и побочные эффекты препаратов могут снижать приверженность. Оптимизация схем лечения и упрощение процесса приема лекарств могут повысить adherence (Horne et al., 2013; Deguara et al., 2017).

Разработка индивидуализированных подходов к лечению, улучшение коммуникации между врачом и пациентом, а также внедрение образовательных программ могут способствовать повышению приверженности к терапии у пациенток с эндометриозом (As-Sanie et al., 2019).

Многие исследования подтверждают, что побочные эффекты медикаментов, используемых для лечения эндометриоза, значительно влияют на уровень adherence. Женщины, испытывающие тяжелые или неприятные побочные эффекты, чаще отказываются от лечения или изменяют режим терапии (Horne et al., 2013; As-Sanie et al., 2019). Это подчеркивает важность информирования пациенток о возможных побочных эффектах и возможностях их минимизации.

Финансовая нагрузка на пациенток, связанная с лечением эндометриоза, может существенно снижать приверженность к терапии. Исследования показывают, что высокие расходы на медикаменты и медицинские услуги могут заставить пациенток откладывать или отказываться от лечения (Denny & Mann, 2007).

Эффективное взаимодействие между врачами и пациентками играет ключевую роль в повышении приверженности к лечению. Пациентки, которые чувствуют себя услышанными и поддержанными, более склонны следовать рекомендациям врачей. Исследования показывают, что открытое обсуждение опасений и предпочтений пациенток может повысить уровень adherence (Karp & Sinaii, 2009).

Существуют многообещающие подходы к использованию мобильных приложений и онлайн-платформ для мониторинга состояния здоровья и напоминаний о приеме лекарств. Исследования показывают, что такие технологии могут помочь улучшить adherence, особенно у молодого поколения (Deguara et al., 2017).

Важно учитывать культурные и социальные различия, которые могут влиять на приверженность к лечению. В разных странах и культурах восприятие здоровья, роли женщины и методов лечения может варьироваться, что, в свою очередь, отражается на приверженности к терапии (As-Sanie et al., 2019).

Появление новых методов лечения эндометриоза, таких как гормональная терапия с использованием новых классов препаратов, может повлиять на приверженность. Исследования показывают, что меньшее количество побочных эффектов и более удобный режим приема может повысить вероятность соблюдения рекомендаций (Becker et al., 2017).

**Выводы:** Низкая приверженность к лечению у амбулаторных пациенток с эндометриозом является значительной проблемой, что негативно сказывается на их здоровье и качестве жизни. Основные факторы, влияющие на adherence, включают психологические аспекты, побочные эффекты лечения, уровень осведомленности и поддержку со стороны медицинских работников. Для повышения приверженности необходимо внедрять образовательные программы и улучшать коммуникацию между врачами и пациентами.

**Исамиддинова Э.И., Копенова З.Е.**  
**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО**  
**РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА**

*Есжанова Алия Абдигаливна, ассистент кафедры Акушерства и гинекологии №2.  
 Кафедра Акушерства и гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана»,  
 г.Астана.*

**Актуальность:** в статье анализируется, что миома матки является одним из наиболее распространенных доброкачественных заболеваний женских половых органов. По разным данным, в гинекологических стационарах России по поводу миомы матки проводится до 50-70% хирургических вмешательств, из них 60,9-95,5% - радикальные операции, в том числе в репродуктивном возрасте (24-26,8%). Средний возраст пациенток, перенесших гистерэктомию по поводу миомы матки, более чем у 90% составляет 40± 3,4 года. Ежегодно в Соединенных Штатах Америки проводится 600 000 гистерэктомий, из которых 60% - по поводу миомы матки. В Европейском союзе ежегодно проводится около 300 000 хирургических операций по поводу миомы матки, в том числе около 230 000 гистерэктомий. Если ранее считалось, что миома матки выявляется примерно у 25% женщин старше 30 лет, то недавние масштабные аутопсийные исследования с интервалом разрезов каждые 2 мм указывают на возможность ее распространения среди женщин детородного возраста до 80%.  
**Ключевые слова:** матка, миома, операции, женщина.

Хирургическое удаление по-прежнему остается основным методом лечения миомы матки, чаще всего применяется миомэктомия или экстирпация матки, в зависимости от возраста и репродуктивных планов пациентки. На сегодняшний день медикаментозная терапия не получила широкого распространения и применяется в качестве симптоматической терапии при небольших размерах миомы или предоперационной подготовки. Изучение роли процессов апоптоза и пролиферации в генезе гиперпролиферативных заболеваний, таких как миома матки, аденомиоз и гиперпластические процессы эндометрия, представляет собой новое направление в изучении их патогенеза. Изучение морфологических особенностей миомы матки, выраженности пролиферативной активности и особенностей васкуляризации позволит выявить некоторые новые патогенетические механизмы миомы матки. Это особенно важно для эффективной терапии сочетанной патологии матки.

**Цель исследования:** Повышение эффективности лечения пациенток с миомой матки позднего репродуктивного возраста с использованием селективных модуляторов рецепторов прогестерона, улипристала ацетата в качестве предоперационной подготовки.

**Задачи:**

1. Дать полную клиническую и лабораторную характеристику женщин позднего репродуктивного периода с миомой матки.
2. Сравнить эффективность и безопасность различных схем предоперационной подготовки женщин позднего репродуктивного периода с миомой матки.
3. Оценить побочные эффекты и нежелательные явления при использовании различных видов консервативной терапии

**Материалы и методы исследования.** В настоящее исследование были включены 215 пациенток с миомой матки, которые были госпитализированы в период с 2017 по 2019 год. Во всех случаях диагноз миомы матки был подтвержден гистологически. Ретроспективно было проанализировано 145 историй болезни, а проспективно - 70. Возраст обследованных пациентов варьировался от 35 до 45 лет. 60 пациентов получали гормональную терапию в качестве предоперационной подготовки. В качестве группы сравнения были использованы данные десяти пациенток, которые предпочли хирургическое вмешательство без предварительного гормонального лечения. Впоследствии всем им была выполнена миомэктомия или удаление матки по показаниям. Пациенты были полностью проинформированы обо всех известных преимуществах, недостатках и различиях между вариантами лечения. Перед началом гормонального лечения пациенткам всех групп была

выполнена пункционная биопсия эндометрия или отдельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии с целью исключения гиперпластических процессов эндометрия. Лечение начинали в течение первых 4 дней менструации. Критерии включения: поздний репродуктивный возраст (35-45 лет); наличие узла миомы матки размером более 3 см (по данным вагинального УЗИ и МРТ); наличие типичных симптомов, связанных с миомой (меноррагия - показатель РВК >100, признаки давления в малом тазу, постгеморрагическая анемия - уровень гемоглобина < 100 г/л или ниже). Критерии исключения: общий размер матки, превышающий 16-ю неделю беременности; наличие в анамнезе хирургических операций на матке; показания в анамнезе к заместительной гормональной терапии и гормональной контрацепции или другому гормональному лечению в течение последнего месяца перед началом исследования; воспалительные заболевания органов малого таза; атипичный эндометрий. гиперплазия; злокачественные новообразования; тяжелая хроническая экстрагенитальная патология; отказ пациентов от участия в исследовании. Все пациенты подписали форму информированного согласия. Исследование включало предоперационное стандартное обследование пациенток с интервалом один раз в месяц в течение 3 месяцев, а также послеоперационный контроль основных лабораторных показателей (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол), гинекологический осмотр, трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое исследование с помощью доплерографии. Всем пациенткам, принимавшим SMRP в качестве предоперационной подготовки, была проведена МРТ органов малого таза до начала лечения и на 13-й неделе. Критерии оценки эффективности включали объем кровопотери, изменения размеров матки и миоматозных узлов по сравнению с исходными показателями (на основании данных УЗИ, проводимого каждые 4 недели, и данных МРТ органов малого таза, полученных до и после лечения), также учитывались симптомы миомы матки и побочные эффекты терапии. оцененный. Уровень гемоглобина измерялся при каждом посещении. Критерии эффективности оценивались каждые 4 недели. Тяжесть болевого синдрома оценивали с помощью "Визуальной аналоговой шкалы боли" (ВАШ). Интенсивность боли: 1-2 балла - легкая боль; 3-4 балла - умеренная боль; 5-6 - умеренная боль; 7-8 - сильная; 9-10 - невыносимая боль. Критерием оценки безопасности было подтверждение превосходства профиля побочных эффектов улипристала ацетата по сравнению с бусерелина ацетатом с точки зрения уровня эстрадиола в сыворотке крови на 13-й неделе и процента пациентов с умеренными или сильными приливами жара во время лечения. Частота и тяжесть нежелательных явлений (согласно спонтанным сообщениям или выявленным с помощью общих вопросов) регистрировались в специальных бланках при каждом посещении. Толщину эндометрия и состояние яичников оценивали с помощью ультразвукового исследования до начала лечения, а также через 5, 9 и 13 недель. Продолжительность операции была определена нами как промежуток времени между началом хирургического разреза и наложением последнего шва на операционную рану. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ Windows 10 и MS Excel 2010 и Statistica 8. Достоверность различий в группах определялась с помощью t-критерия Стьюдента, различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . Корреляции оценивались методом ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ результатов обследования 215 пациенток показал, что возраст пациенток колебался от 35 до 45 лет, средний возраст составил  $40,2 \pm 1,8$  года. При общем обследовании всех обследованных нами женщин выраженных отклонений от нормы выявлено не было. Конституциональное строение большинства пациентов было правильным. Оценка образа жизни выявила его активный характер более чем у половины пациентов. ИМТ обследованных пациенток до 26 был выявлен у 19,1% женщин, в пределах средних значений 26-30 - у 140 женщин, что составило 65,1%, а 15,8% обследованных имели ИМТ более 30. При оценке соматического статуса обследованных женщин мы обнаружили, что заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарного комплекса были наиболее распространенными в структуре

экстрагенитальной патологии, что составило 31,7% наблюдений. Сердечно-сосудистая патология была выявлена у 7,3% женщин, в основном это была артериальная гипертензия 2-й степени. Заболевания мочевыделительной системы также были выявлены в 13% случаев, а заболевания органов дыхания - у 16,7% женщин. Сахарный диабет был отмечен у 1,3% обследованных женщин. Анализируя анамнестические данные, мы выявили наличие неблагоприятных факторов, вызывающих рост опухоли. Наиболее частыми из них были: хронические воспалительные заболевания органов малого таза (в 30% случаев), отсутствие родов и лактации в анамнезе (в 12% случаев), показания к прерыванию беременности в анамнезе (в 16% случаев), наличие кистозных образований и кист яичников (в 12% случаев). Согласно литературным данным, раннее начало менструации увеличивает риск развития миомы матки. Раннее начало менструального цикла может увеличить количество клеточных делений, которые происходят в миометрии в репродуктивный период, что приводит к повышенному риску мутаций в генах, контролирующей пролиферацию миометрия. Более чем у половины пациенток, участвовавших в нашем исследовании, возраст наступления менархе составлял 11-13 лет - 127 наблюдений (59%). 37 (17,3%) Пациентки отметили раннее начало менструации; 51 (23,7%) пациентка была старше 14 лет. У подавляющего числа пациенток менархе наступило вовремя. Также имеются данные об увеличении заболеваемости миомой матки с возрастом, что было продемонстрировано в эпидемиологических исследованиях. Согласно различным источникам, быстрое увеличение частоты диагностирования миомы матки наблюдается у женщин после 40 лет. Очевидное увеличение частоты возникновения миомы матки в поздний репродуктивный период может свидетельствовать о накопленном росте миомы за 20-30 лет стимуляции эстрогенами и прогестероном. Уменьшение размеров миомы матки у женщин в постменопаузе может быть связано с отсутствием гормональной стимуляции после менопаузы. По данным нашего исследования, средний возраст пациентов составил  $40,2 \pm 1,8$  года и достоверно не отличался от среднестатистических показателей по популяции ( $p < 0,05$ ), что согласуется с данными отечественной и зарубежной литературы. Согласно результатам нашего исследования, обе схемы предоперационной консервативной терапии способствовали уменьшению максимального размера миоматозных узлов. На 13-й неделе среднее снижение составило 23,9% в группе, получавшей улипристал в дозе 5 мг, и 11,25% в группе, получавшей бусерелина ацетат. Диапазон размеров самых крупных узлов в группе улипристала составлял от 8% до 68%, а в группе aGnRG - от 5% до 35%. В группе улипристала ацетата было зарегистрировано 4 случая миграции узлов и 3 случая увеличения размера узлов. Анализ данных, полученных в ходе нашего исследования, показывает, что наиболее частыми показаниями к хирургическому лечению были: рецидивирующие циклические и ациклические кровотечения, приводящие к различной степени анемии (80%), стойкий болевой синдром (55%) и нарушение функции органов, прилегающих к матке (16%). Таким образом, при анализе объема, сроков проведения операций и кровопотери можно сделать вывод, что препарат улипристал с ацетатом создает условия для проведения органосохраняющих операций, минимизируя объем хирургического вмешательства. Улучшается зрение во время операции за счет уменьшения кровотечения, что помогает сократить продолжительность операции. Результаты нашего исследования подтверждаются данными зарубежных авторов, которые также отметили этот факт.

**Выводы.** Таким образом, молекулярно-биологические механизмы подавления роста и уменьшения размеров лейомиом под влиянием нового селективного модулятора улипристала заключаются в снижении пролиферативной и митотической активности опухолевых клеток в сочетании с индукцией их апоптоза и нарушением выработки внеклеточного матрикса, а также в снижении степени их от гипертрофии. Выявленная тенденция к увеличению экспрессии RH опухолевыми клетками, вероятно, является компенсаторным процессом. Сохранение высокого уровня экспрессии Bcl-2 в сочетании с незначительным повышением экспрессии Bax при выраженной индукции апоптоза позволяет предположить влияние улипристала на различные способы его регуляции.

## Литература

1. Shamugia N.M., Adamyan J.I.B., Sonova M.M., Arslanyan K.N., Loginova O.N., Laskevich A.B. New in the treatment of uterine fibroids // Journal "Russian bulletin of obstetrician-gynecologist". - 2017. - No. 3. - pp. 76-80.
2. Adamyan L.V., Sonova M.M., Shamugiya N.M. The experience of using selective progesterone receptor modulators in the treatment of uterine fibroids (literature review) // Problems of reproduction. - 2016. - No. 4. - pp. 34-38.
3. Extragenital pathology and pregnancy [Text] : textbook.- the method. handbook / comp.: V.A. Aksenenko, L.N. Mozheiko, N.A. Zhernovaya, T.A. Nazarova, P.I. Chumakov. - Stavropol: Publishing house of StGMA, 2019. - 68 p.
4. Scheme of the gynecological patient's medical history [Text] : textbook. a student's manual. 5 courses of treatment. fac. / comp.: O. I. Nekhaeva, E. M. Koshel, K. K. Kuyumcheva; edited by V. A. Aksenenko. - Stavropol: Publishing house of StSMU, 2019. - 39 p.
5. The scheme of the birth history (explanatory note to it) [Text] : studies. the manual / comp.: V.A. Aksenenko, R.V. Pavlov, L.N. Mozheiko, T.A. Nazarova. - Stavropol: Publishing house of StSMU, 2019. - 120 p.

УДК: 618.33-001.8

**Boltaeva M.M.**

### **THE MAIN CAUSES OF PERINATAL DAMAGE TO THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN NEWBORNS**

*Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology N<sup>o</sup>2, Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino, Bukhara Perinatal Center Bukhara, Uzbekistan.*

*Scientific consultant: Negmatullayeva M. N. D.M.I. Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology.N<sup>o</sup>2, Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibi Sino*

**Introduction:** Central nervous system damage in neonatology and pediatric neurology in neonatal newborns is the main etiological factor in the development of the pathological process, predicting the further development of children and their individual characteristics. According to World Statistics, the detection of hypoxic-ischemic encephalopathy in full-born babies is 2.0-9.0 to 100, antenatal hypoxia lies as the main etiopathogenetic factor in babies and is the main cause of the development of hypoxic-ischemic encephalopathy at birth.

**The purpose:** of our retrospective analysis is to identify risk factors for the development of fetal hypoxia and the formation of ischemic-hypoxic encephalopathy in newborns, and to study its withdrawal characteristics in the neonatal period. The purpose of the study. Study of risk factors for the development of ischemic - hypoxic encephalopathy in newborns.

**Materials and Methods of Research:** We in this study analyzed the health status of 100 mothers and newborns from the history of the disease, the specifics of the course of pregnancy and the process of childbirth, methods of childbirth, data on obstetrics-gynecological and genealogical Anamnesis. The study was conducted at the Bukhara Regional Perinatal Center. Retrospectively, newborns diagnosed with " fetal growth delay syndrome " " perinatal brain damage "and" hypoxic-ischemic encephalopathy " - included single fetuses, gestational age 20 to 35 years, with fetal hypoxia suspected at 36 weeks or older. In our study, special attention was paid to the condition of the fetus, the presence of nodules or folds in the umbilical system to Received: May 19, 2024; Accepted: Jun. 10, 2024; Published: Jun. 13, 2024 Published online at <http://journal.sapub.org/ajmms> determine its indicators.

**Research Results:** In the main observation groups 1 and 2, various obstetric and somatic pathologies were identified during pregnancy. 35 (34.3%) women in labor were diagnosed with various extragenital disorders. Group 1 was dominated by the following pathologies: anemia-62 (60.8%) diseases of the urinary system-40 (39.2%), diseases of the cardiovascular system-10 (9.8%), thyroid diseases-17 (16.6), diseases of the gastrointestinal tract-11 (10.7%). In Group 2, anemia occurs in 51 (50.0%) patients, in diseases of the urinary system — 32 (31.3%), in diseases

of the cardiovascular system-12 (11.7%), in diseases of the thyroid gland-13 (12.7%), diseases of the gastrointestinal tract-10 (9.8%). The ratio of pathologies encountered by systems in both major groups, in% The two groups of women had Level 1 obesity in 15 (14.7%), with 7 in Group 1 (6.8%) and 8 in Group 2 (7.8%), while Level 2 obesity accounted for 11 overall (10.7%) in Group 1 and 2 respectively, with 6 in Group 1 (5.8%) and 5 34.3 50 39.2 31.3 9.8 16.6 10.7 11.7 12.7 9.8 1-group 2-group Anemia Urinary tract infections Cardiovascular tract infections Thyroid system pathologies Digestion system diseases in Group 2. Obesity in the 3rd degree was diagnosed in the 1st group with 3 (2.9%) and in the 2nd group (3.9%) with a total of 7 (6.8%). In 7 out of 10 pregnant women with increased body weight, labor activity was complicated by anomalies. It should be noted that in most cases, a combination of several diseases has been noted, which significantly complicates the process of pregnancy and childbirth. The ratio of the identified obesity levels in the main group Chronic fetoplacental insufficiency accounted for 92 (90.1%) of all examined pregnant women, and was distributed in groups of 52 (56.5%) to 40 (44.5%). At the same time, fetal growth retardation syndrome (HOOQS) was found to be 10 (9.8%) respectively, compared to 6 (5.8%) and 4 (3.9%) in groups. In addition, UTT (ultrasound examination) found that 12 patients in Group 1 (11.7%) and 10 in Group 2 (9.3%) had low water in the third trimester of pregnancy, with the exception of polyhydramnios in Group 1, 10 (9.8%) and 9 (8.8%) were found in pregnancies. In patients, umbilical cord wrapping as a result of UTT was 21.3% overall. In this case, this situation was distributed in both groups in a ratio of 11.3% and 10%. This condition causes fetal hypoxia to deepen again. The analysis did not reveal statistically significant differences between the groups. Dopplerometry performed in patients revealed a slow circulation in the right artery of the placenta, the uterus. It is also indicated by the fact that the rate of mining leakage in the fetal midbrain artery also increases relative to the norm indicators of resistance.

In patients, umbilical cord wrapping as a result of UTT was 21.3% overall. In this case, this situation was distributed in both groups in a ratio of 11.3% and 10%. This condition causes fetal hypoxia to deepen again. The analysis did not reveal statistically significant differences between the groups. A vacuum extractor was used in Group 1, 12 (11.7%), and Group 2, 10 (9.8%), due to worsening fetal condition. Caesarean section surgery was performed in Group 1, with 15 cases (14.7%) and Group 2 in 18 cases (17.6%).

**Conclusions:** When using the combined method of fetal hypoxia diagnosis, acute fetal hypoxia is significantly less diagnosed ( $p < 0.05$ ) - 21.0 and 35.2% in Group 1 and 20% in Group 2, respectively, with impaired First-Order fetoplacental complex.

УДК 618.14

**Искаков С.С., Сагандыкова Г.А., Абенова Ж.Ш., Есжанова А.А.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗРЫВА МАТКИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ  
МИОМЭКТОМИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ**

*НАО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №2. г.  
Астана*

**Актуальность:** Миома матки является широко распространенной опухолью женской половой системы. В структуре гинекологической заболеваемости занимает второе место, уступая воспалительным заболеваниям органов малого таза. Данная патология репродуктивной системы затрагивает примерно от 35 до 77% женщин репродуктивного возраста. В последние годы многие исследователи наблюдают тенденцию к «омоложению» миома матки, чаще выявляя у женщин в возрасте 20-30 лет и моложе.

В силу социально-экономических условия многие женщины откладывают рождение детей на более старший возраст, что приводит к увеличению количества прооперированных по поводу миомы матки, в том числе и с целью прегравидарной подготовки. Остается неясным прогноз по поводу состоятельности рубца после лапароскопической миомэктомии, обусловленный применением различных видов энергий для гемостаза и методиками ушивания раны матки.

В последнее время увеличилась частота разрывов матки после миомэктомии. По данным метаанализа, риск разрыва матки после миомэктомии составляет 0,3–0,5% случаев реже во 2-

м, чаще в 3-м триместре беременности, и как правило, заканчивается антенатальной гибелью плода, кровотечением, удалением матки. Главная причина осложнения- формирование неполноценного рубца вследствие дефектов при ушивании раны матки, а также избыточная коагуляция тканей. Клинические проявления разрыва матки по рубцу на фоне изменений миометрия могут иметь невыраженный, стертый характер, что затрудняет своевременную диагностику. Так как разрыв матки при беременности является редким, но грозным осложнением.

**Цель данного исследования:** анализ разрывов матки во время беременности и родов после миомэктомии.

**Материалы и методы:** Были проанализированы 2 клинических случая разрыва матки в Многопрофильной городской больнице №2 за апрель месяц 2022 года. 1клинический случай: Пациентка Е.Р. 36 лет, повторнобеременная, повторнородящая. Из анамнеза: 2005г. проведена лапароскопия, по поводу апоплексия левого яичника, 2013г – лапароскопия, миомэктомия.

Поступила в приемный покой МГБ №2 АБ с жалобами на периодические боли по всему животу, больше в нижних отделах, спастического, схваткообразного характера, был однократно жидкий стул. Срок гестации 34-35недель. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, чистые. АД 89/56 мм.рт.ст., ЧСС-78 уд.в мин. Матка при пальпации тонизирует. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода 148уд. в мин.

Было проведено экстренное кесарево сечение: Ткани передней брюшной стенки рубцово изменены, мало податливы. Острым и тупым путем рассечены ткани передней брюшной стенки, выполнен гемостаз. Отмечается спаечный процесс в левой и боковой стенке висцеральная брюшина подпаяна к передней стенке матки. При вскрытии брюшной полости отмечается серозная жидкость в количестве 300 мл. На 9 мин. извлечен живой недоношенный плод мужского пола, массой 2590 гр, рост 48 см, по шкале Апгар 7/8 баллов. При осмотре левая ножка плода отечная, синюшно-багрового цвета. При осмотре матки обнаружен полный разрыв задней стенки матки размером 4,0х3,0 см. ближе к дну матки с краями багрового цвета. Решено объем операции завершить ушиванием разрыва задней стенки. Полость матки осушена салфеткой. На нижний сегмент матки наложен двухрядный викриловый шов (мышечно-мышечный и мышечно-серозный), по задней стенке края разрыва иссечены, произведено восстановление стенок матки двурядным швом монокрилам. Клинических симптомов ДВС синдрома нет. Матка сократилась, плотная. Общая кровопотеря составила 800 мл. Послеоперационный период протекал без осложнения. Выписана на 4-е сутки с ребенком.

2 клинический случай: Пациентка А. 27 лет, первобеременная, первородящая.

Поступила в приемный покой МГБ №2 АБ с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Срок гестации 37недель. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, чистые. АД 100/70 мм.рт.ст., ЧСС- 78уд.в мин. Матка при пальпации тонизирует. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода 150уд. в мин.

Из анамнеза в 2020 г. была проведена –лапароскопи, консервативная миомэктомия.

Было проведено экстренное кесарево сечение: В брюшной полости выраженный спаечный процесс. Доступ к нижнему сегменту матки затруднен ввиду выраженного спаечного процесса: сальник подпаян к передней и боковым стенкам матки, в виде шварт. Спайки, с трудом, частично разъедены острым и тупым путем, лигированы. За подмышечные впадины извлечен живой доношенный плод мужского пола без видимых пороков развития, весом 3460 гр, рост 53 см, по шкале Апгар 8/9 баллов. Плацента расположена по передней стенке матки, удалена осторожным потягиванием за пуповину. Матка выведена из брюшной полости. Полость осушена салфетками. В брюшной полости отмечается свободная жидкая кровь в количестве 500 мл. При ревизии имеет место разрыва матки в области дна, с переходом на заднюю стенку матки, размером 8,0х2,0 см. Разрыв ушит отдельным двурядным швом. Гемостаз достигнут. Дополнительно на область ушитого разрыва установлена гемостатическая губка (тахокомб 4,8х4,8 см). Рана на матке ушита 2-рядным непрерывным

швом. Туалет брюшной полости. Из позадиматочного пространства и правого бокового угла брюшной полости выделены сгустки крови в объеме 1000 мл. Операционная пауза 08:55-09:05. Проведена оценка кровопотери -2200 мл (500 мл жидкая кровь в брюшной полости + 1000 мл сгустки + 700 мл операция). Решено объем операции ограничить ушиванием разрыва матки. Матка при осмотре плотная. Общая кровопотеря составила 2200 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 7-е сутки с ребенком.

**Выводы:** Тенденция миомэктомии в последние годы изменилась с большим преобладанием лапаротомии на лапароскопией. Лапароскопическая миомэктомия сама по себе может увеличить риск разрыва матки по сравнению с открытым доступом.

УДК:618.146

Ахметханова А.А., Аманкараева А.П., Акжан Ә.Р., Болатжан М.

## АНАЛИЗ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

*Научные руководители:*

*Сагандыкова Г.А. - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)*

*Есжанова А.А. - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)*

*Космуратова Ш.Б. – PhD, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)*

*Халмуратова К.Ж. – магистр, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)*

Во всем мире проблема рака шейки матки остается актуальной, так как затрагивает активную в репродуктивном отношении, социально значимую часть женского населения. Рак шейки матки является 2-й по распространенности вид рака у женщин в Казахстане в возрасте от 25 лет до 44 лет. Ежегодно диагностируют более 1900 новых случаев рака шейки матки, 5 новых случаев рака шейки матки выявляется ежедневно. Более 600 женщин умирают от рака шейки матки ежегодно, 2 женщины умирают ежедневно.

Рак шейки матки чаще возникает на фоне доброкачественных процессов, получивших название фоновых заболеваний, которые сами по себе не являются предраковыми состояниями, но на их фоне могут развиваться очаговые пролиферативные изменения эпителия. Эти процессы отличаются большим разнообразием патологических изменений, у каждого из них есть свой морфологические критерии. Они могут иметь дисгормональную, воспалительную и посттравматическую природу. К предраковым процессам относятся дисплазии различной степени. Наиболее часто РШМ выявляют в старшей возрастной группе (60-70 лет и более), однако в последнее время появляются данные возникновения заболевания у женщин репродуктивного возраста.

В связи с этим ранняя диагностика и лечение фоновых и предраковых заболеваний, а также начальных форм рака шейки матки, могут явиться важными мероприятиями, направленными на снижение заболеваемости раком шейки матки и уменьшение числа запущенных форм.

**Цели исследования:** Изучить частоту встречаемости фоновых и предраковых состояний шейки матки, а также их сочетание по результатам цитологического исследования.

**Материалы и методы исследования:** Материалом исследования послужили данные женщин репродуктивного возраста, обратившихся в скрининг кабинет 2021-2023г. Всего в исследование было включено 12792 женщин в возрасте от 18 до 60 лет.

**Цитологическое исследование:** Сбор материала для цитологического исследования осуществлялся в рамках ежегодного скрининга. Методика исследования базировалась на анализе мазков, окрашенных по Папаниколау (РАР-тест), для выявления фоновых и предраковых изменений эпителия шейки матки.

**Анализ и статистическая обработка данных:** Частота встречаемости предраковых заболеваний шейки матки (LSIL, HSIL) и фоновая патология (ASC-US, ASC-H)

анализировались с применением описательной и сравнительной статистики. Также анализировалась взаимосвязь между результатами ВПЧ-тестирования и цитологического анализа.

В настоящее время с учетом этиологической роли ВПЧ в развитии дисплазии и РШМ особое внимание уделяется классификации Бетесда (2014). Ее значимость заключается в разделении цитологических мазков на три категории: норма (NILM); мазки неопределенного значения (ASCUS); внутриэпителиальные поражения низкой и высокой степени (LSIL, HSIL).

Цитологическое исследование мазка с шейки матки проводится для женщин в возрасте от 30 до 60 лет 1 раз в 3 года с целью выявления патологии шейки матки; второй этап – проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза и включает в себя консультацию врачом акушером-гинекологом женщин с аномальными результатами цитологического мазка. Согласно рекомендациям Американского общества рака (ACS, American Cancer Society), Американского общества клинической онкологии (ASCP, American Society for Clinical Pathology), скрининг РШМ проводится с 21 года. Женщинам в возрасте от 21 до 29 лет цитологическое исследование должно проводиться 1 раз в 3 года. Женщинам от 30 до 65 лет рекомендовано проведение комбинированного теста (co-test), который включает в себя ВПЧ-тестирование 1 раз в 5 лет и цитологический мазок каждые 3 года. Доказано, что при применении co-test по сравнению с цитологическим исследованием риск заболеваемости РШМ снижается. Цервикальный скрининг следует проводить женщинам до 65 лет при условии, что в течение последних 10 лет результат цитологического исследования соответствовал норме и предыдущий скрининг был проведен не более 5 лет назад.

Результаты настоящего исследования показали, что фоновые изменения эпителия шейки матки, такие как атипичные клетки железистого эпителия неопределенного значения (AGC NOS), атипичные клетки железистого эпителия (AGC) и атипичные клетки железистого эпителия, подозрительные на новообразование (AGC-FN), были выявлены лишь у 0,03% обследованных женщин. В то же время предраковые изменения, включая плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой и высокой степени (LSIL и HSIL) выявлены 1,04% у обследованных женщин и атипичные плоскоклеточные клетки неопределенного значения (ASCUS), диагностированы у 2,8% женщин, что подчеркивает высокую распространенность предраковых состояний на амбулаторном уровне.

Эти данные свидетельствуют о значительной частоте выявления предраковых состояний, требующих пристального наблюдения и своевременного вмешательства. Важно отметить, что такие показатели указывают на высокую диагностическую значимость регулярного скрининга и необходимость расширения программ профилактики и раннего выявления предраковых заболеваний шейки матки в амбулаторной практике.

**Результаты исследования:** Частота встречаемости фоновых и предраковых заболеваний: результаты показали, что среди обследованных женщин 4,3% были выявлены предраковые изменения (LSIL, HSIL, ASCUS).

**Выводы:** Частота встречаемости предраковых заболеваний шейки матки среди женщин на амбулаторном уровне свидетельствует о необходимости регулярного цитологического скрининга, так как сочетание фоновых и предраковых заболеваний встречается достаточно часто и требует комплексного подхода к наблюдению и лечению.

УДК 618.146:578.827

Ахмедова К.А.

## ИЗУЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ

*Алиева Д.А., д.м.н., профессор*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья  
матери и ребенка  
Ташкент, Узбекистан*

### **Актуальность.**

Ежегодно смертность среди женщин с раком шейки матки возрастает. Причиной этому - несвоевременная профилактика, диагностика и лечение заболеваний, ассоциированной с вирусом папилломы человека. Длительная персистенция вируса папилломы человека (ВПЧ) создает условия для неоплазии шейки матки. Среди всех инфекций, которые передаются половым путем - самым распространенным считается вирус папилломы человека. Учитывая ее канцерогенный эффект, изучение вируса папилломы человека имеет огромную медицинскую и социальную значимость.

### **Цель исследования.**

Определение возможности элиминации вируса папилломы человека высокоонкогенного типа при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях I степени.

### **Материалы и методы исследования:**

Обследовано 103 женщин, обратившихся в научно-консультативную поликлинику Центра. Возраст обследованных женщин варьировал от 22 до 49 лет. Материал для исследования забирали путем соскоба эпителиальных клеток цервикального канала одноразовыми цито щеточками. Выделения ДНК ВПЧ высокого онкогенного риска осуществлялись методом ПЦР, использовали метод жидкостной цитологии и оценивали результат в соответствии с классификацией Bethesda. Из всех женщин, динамическое наблюдение вели за женщинами до 30 лет в течение 2х лет с ВПЧ положительным тестом.

### **Результаты исследования и их обсуждение:**

Возраст обследованных женщин с CIN1, ассоциированных ВПЧ, составил 26,4% с 18-25лет (27 женщин), 37,6% с 26-29лет (39женщин) 28,9% с 30-39 лет (30 женщин) 7,1% с 40-49 лет (7 женщин). Через 12 месяцев динамического наблюдения ВПЧ 16 типа элиминировал у четырех (3,8%) женщин в возрасте с 18 до 25 лет, типа 18 у трех (2,9%) женщин и типа 31 у 6 шести (6.4%) с 26-29 лет. У десяти пациентов наблюдалась элиминация вируса типа 51 пациентов (9,7%), у трех пациентов элиминация типа 45(2,9%). Спустя 12 месяцев вирусная нагрузка снизилась у 35 (33,9%) пациенток до 29 лет, из них в возрасте с 23-25 лет элиминация вируса составила (13%).

### **Выводы:**

У молодых и планирующих беременность с подтвержденным диагнозом LSIL\CIN1 с ВПЧ положительным тестом, учитывая элиминацию вируса рекомендуется выжидательная тактика с динамическим наблюдением за состоянием шейки матки в течение 18-24 месяцев в виде цитологического контроля и ВПЧ тестированием один раз в 12 месяцев.

Хирургическое лечение рекомендуется в случае отсутствия регрессии ВПЧ.

УДК 618.146:578.827

Ахмедова К.А.

## **ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ НЕОПАЗИИ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКООНКОГЕННОГО РИСКА: ОСОБЕННОСТИ КОЛЬПОСКОПИИ**

*Алиева Д.А., д.м.н., профессор*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья  
матери и ребенка*

*Ташкент, Узбекистан*

### **Актуальность.**

Инвазивный рак есть результат упущенных возможностей диагностики и лечения цервикальной плоскоклеточной интраэпителиальной неоплазии. Современная диагностика и правильный выбор тактики ведения неоплазии низкой степени с вирусом папилломы человека значительно снижает степень риска прогрессирования заболевания.

### **Цель работы.**

Изучения кольпоскопических признаков при расширенной кольпоскопии в диагностике вирус папилломы человека (ВПЧ) положительной интраэпителиальной неоплазии многослойного плоского эпителия (МПЭ) шейки матки.

**Материалы и методы исследования:**

Обследовано 913 женщин, обратившихся в научно-консультативную поликлинику Центра, акушер гинекологу как на профилактический прием, так и с предъявлением неспецифических жалоб. Проведено определение инфекции, передающееся половым путем (ИППП) методом ПЦР, типирование на ВПЧ с оценкой вирусной нагрузки, жидкостная цитология, расширенная кольпоскопия через 24 месяца. Пациенткам с ИППП проведено этиотропное лечение совместно с половым партнером. Отобраны 97 пациенток в возрасте от 29-40 лет, с цитологическим заключением ASC-US с наличием ВПЧ ВР. Расширенная кольпоскопия проводилась традиционно.

**Результаты исследования:**

Через 24 месяца кольпоскопическая картина проявилась атипическими кольпоскопическими признаками, из них удовлетворительная кольпоскопическая картина у 71 (73,2%), неудовлетворительная картина у 26 (26,8%), эктопия у 17 (17,5%) женщин. Атипическая кольпоскопическая картина в зоне трансформации (ЗТ) у 39 (40,2%) и вне зоны трансформации у 27 (27,8%), с признаками как ацетобелый эпителий (АБЭ) и йоднегативные зоны (ЙНЗ). Так же регистрированы атипические сосуды, мозаика и пунктация различной частоты.

**Вывод.**

По результатам цитологии через 24 месяца обнаружено NILM у 58 (59,7%), ASCUS у 16 (16,4%), из них LSIL у 18 (18,5%), HSIL у 5 (5%) ВР. У 39 (40,2%) пациенток наблюдалось ухудшение кольпоскопической картины женщин, у которых определен ВПЧ.