



ASTANA MEDICAL
UNIVERSITY

**«Ана мен баланы қорғаудағы заманауи
трендтер»**

**V халықаралық ғылыми-практикалық
конференциясының материалдар жинағы**

Сборник материалов

**V международной научно-практической
конференции**

**«Современные тренды в охране
материнства и детства»**

Collection of materials

**V International Scientific and Practical
Conference**

**«Modern trends in Maternal and Child
Health»**

22-23 мамыр 2025 жыл, Астана қаласы

УДК 343.1

ISBN 978-601-244-479-7

A56

ББК: 51.14

Редакционная коллегия:

**Искаков С.С., Смаилова Л.К., Абжанова Г.М., Қабыл Ш.Қ.,
Есетова А.Б., Есболатова Г.Е., Каирова А.Б., Копенова З.Е.,
Исамиддинова Э.И.**

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

**Сборник материалов V международной научно-практической
конференции «Современные тренды в охране материнства и детства»**

**Collection of materials V International Scientific and Practical Conference
«Modern trends in Maternal and Child Health»**

22-23 мамыр 2025 ж. Астана:

**«Астана медицина университеті» КеАҚ,
2025г. – 166 бет. – қазақ, орыс, ағылшын тілдерінде**

Жинаққа «Ана мен баланы қорғаудағы заманауи трендтер» (2025 жылғы 22-23 мамыр) V халықаралық жас ғалымдар, докторантар, магистранттар, резиденттер, бакалаврлар «Астана медицина университеті» КеАҚ, Өзербайжан, Қазақстан, Қырғызстан, Өзбекстан, Тәжікстан, Түрікменстан, Түркия Республикаларының басқа да жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдарының V халықаралық ғылыми практикалық конференциясының материалдары кірді.

Конференция материалдары ғылыми бағыттардың кең ауқымын қамтиды.

Жарияланған жұмыстар белсенді студент жастардың, жас ғалымдардың, бакалаврлардың, интерндердің, 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 V международной научно-практической конференции «Современные тренды в охране материнства и детства» (22-23 мая 2025 года) молодых ученых, докторантов, магистрантов, резидентов, интернов, бакалавров НАО «Медицинский университет Астана», других медицинских организаций высшего и послевузовского образования Республики Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турции, Узбекистан.

Материалы конференции охватывают широкий спектр научных направлений.

Опубликованные работы представляют огромную ценность для широкого круга активной студенческой молодежи, молодых ученых, бакалавров, интернов, резидентов, магистрантов, докторантов, ассистентов, младших научных сотрудников, занимающихся научно-исследовательской деятельностью, а также для молодых специалистов.

The collection includes materials of the V international scientific and practical conference «Modern trends in the protection of motherhood and childhood»

(May 22-23, 2025) of young scientists, doctoral students, master's students, residents, interns, bachelors of the NAO «Astana Medical University», other medical organizations of higher and postgraduate education of the Republic of Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, Turkey, Uzbekistan.

The conference materials cover a wide range of scientific areas.

The published works are of great value for a wide range of active students, young scientists, bachelors, interns, residents, master's students, doctoral students, assistants, junior research fellows engaged in research activities, as well as for young specialists.

МАЗМУНЫ

СОДЕРЖАНИЕ

1	Айдинов Р.Б., Омарова Г.К., Михайлова М.М., Мустафин И.А., Бекетай А., Бакдаулет А.Б., Избасарова Ж. Р., Мамедова Н.Е. Сравнительная оценка эффективности механической и фармакологической преиндукции родов	7-8
2	Амонова З.Д. Вирус папилломы человека и беременность: клинические алгоритмы и инновационные методы лечения	8-9
3	Ахмадалиева Н.Ж., Ахмедов Ф.К., Ахмаджонова Г.М. Цитокиновый профиль сыворотки крови женщин с привычным невынашиванием беременности	9-10
4	Ахмедова А.Т. Персонафицированное ведение первобеременных с гипертензивными расстройствами на основе телеметрического мониторинга артериального давления	10-11
5	Бакдаулет А.Б., Бекетай А.Б., Айдинов Р.Б. Упущенные возможности ранней диагностики аномалий развития женских половых органов	11-15
6	Агабабян Л. Р., Исраилова З. Ш. KI-67 как маркер рецептивности эндометрия при бесплодии: иммуногистохимический и гормональный анализ	15-17
7	Агабабян Л.Р., Исраилова З.Ш. Корреляция пролиферативной активности эндометрия с гормональным статусом пациенток с бесплодием	17-24
8	Агабабян Л.Р., Раббимова Н.У. Особенности тактики ведения беременных женщин с патологией шейки матки	24-30
9	Бердиев А.Ш., Ахмедов Ф.К. Роль биохимических маркеров у беременных, осложненных ревматизмом	30-31
10	Джуманова С.Т., Муминова Н.Х., Ахмедов Ф.К. Роль клинико-anamnestических данных в развитии аденомиоза на современном этапе	32-34
11	Есболатова Г.Е., Кабыл Ш.Қ., Каирова А.Б., Башимова А.К. Факторы риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты рожениц наблюдавшихся на втором уровне регионализации	34-38
12	Әділова Д. Ә., Мекебаева Д.Ж. Особенности менструальной функции и полового развития у девочек с расстройствами аутистического спектра.	38-40
13	Әйтенова Ә. Ә., Әбілғазиева А.М. Синдром майера-рокитанского-кюстера-хаузера. литературный обзор	40-43
14	Имирова Д.К., Малгаждарова Б.С., Тулемисова А.А. Психологические и психосоматические состояния в период беременности и родов: обзор литературы	44-49
15	Имирова Д.К., Малгаждарова Б.С., Тулемисова А.А. Босанғаннан кейінгі депрессияның клиникалық ерекшеліктері	49-59
16	Малгаждарова Б.С., Тулемисова А.А. Экология и репродуктивное здоровье женщин	59-64
17	Насирова З.А. Железодефицитная анемия, обусловленная обильными менструациями:	64-73

	акушерские осложнения и состояние новорождённого	
18	Рахмонкулва Н.Г., Туксонова Д.И. Сравнительный анализ морфометрических показателей печени при беременности с экспериментальной хронической болезнью почек	73-74
19	Тлеужан Р.Т., Акбердиева Г.У., Салимбаева Б.Т., Өмірқұлова С.Н. Сүт бездерінің онкопатологиясы бар пациенттердегі контрацепция (әдебиеттерге шолу)	74-77
20	Туксанова Д.И., Гуломова Д.А., Ахмедов Ф.К. Интерлейкина -8 как маркеры для неинвазивной диагностики генитального эндометриоза	77-78
21	Ходжаева А.С. Гемостатическая терапия маточных кровотечений пубертатного периода	78-79
22	Ходжаева А.С. Новые лекарственные технологии в лечении функциональных кист яичников у девочек-подростков.	79-82
23	Kobilova Zarina Khamzaevna A modern view of the features of the occurrence of arrhythmias in pregnant women (Samarkand)	82-83
24	Боборахимова У.М. Ожирение как фактор риска репродуктивной дисфункции у женщин	83-87
25	Абдуллаева М.Д., Пахомова Ж. Е. «Послеродовое кровотечение: анализ эффективности методов лечения на основе ретроспективных данных»	87-89
26	Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р. Репродуктивные перспективы при бесплодии маточного генеза	89-90
27	Раджабова З.А., Каримова Ф.Д. Морфогистологические особенности плацентарной ткани у рожениц с тяжёлой степени преэклампсии	90-92
28	Курбанова Г.Х., Икромова П.Ф. Медицинские и социальные аспекты пациенток с рвотой беременных с учетом степени тяжести осложнения	92-94
29	Уразалина Д.А., Токтарова А., Тимирбаева А., Турсынбаева А., Шаймуханова З. Особенности ведения женщин в перименопаузальном периоде в современных условиях	94-99
30	Уразалина Д.А., Токтарова А., Тимирбаева А., Турсынбаева А., Шаймуханова З. Особенности ведения женщин в перименопаузальном периоде в современных условиях	99-100
31	Идизода Ш.Х., Додхоева М.Ф., Икромова П.Ф. Некоторые медико-социальные аспекты аномалии развития матки у беременных женщин и рожениц	100-102
32	Акимжанова А.Э., Мүслім М.Н., Мақанбаева Ж.Д., Алжанова Ұ.А. Ұрықтың кіндік бауы патологиясы кезінде жүктілік пен босануды жүргізудің заманауи аспектілері	102-106
33	Radjabova N.Sh., An A.V. Morphological insufficiency of placental tissue with cytomegalovirus infection	106-108
34	Атымтай А.А Когда время торопится: что важно знать о раннем климаксе	108-111
35	Гафурзода Н.Г., Абдуллаева Р.А., Салохиддинова Г.Н. Медико-социальные факторы риска острого жирового гепатоза	111-113

	беременных в акушерстве	
36	Каримзода У.А., Абдуллаева Р.А., Узакова У.Д., Махмудова Ш. Состояние фетоплацентарного комплекса при сочетании тяжёлой преэклампсии и родового разрыва плодных оболочек	113-115
37	Смаил Қ.Н., Серік Н.С., Пахманова Б.Е. Анализ перинатальных осложнений при резус-отрицательной группе крови у беременных.	115-117
38	Раджабзода Н.Ф., Валиева М. Психоэмоциональное состояния у женщин при неразвивающейся беременности	117-118
39	Кожагапарова А.Г., Алтайбаева С.И., Байтанатова А.Б., Казыбаева А.К, Жантурсынова Г.К. Редкая форма патологии пуповины – разрыв вены пуповины	118-121
40	Алджанова М., Муслимова С., Бабаева Г., Агакишиева Л., Мамедли Г. Актуальность проблемы бактериального вагиноза в современных условиях	121-122
41	Сламова Ә.К., Тыныштықбай І.Б. Ірі салмақты ұрық кезіндегі акушерлік, перинатальды асқынулар	122-126
42	Қуаныш С., Искаков С.С. Факторы риска и предикторы осложнений резус-конфликтной беременности	126-129
43	Муминжонова И.Ф. Абдуллаева Л.М. Перспективное исследование выполнения радиочастотной абляции миомы матки с помощью электродов	129-130
44	Абдуллаева Л.М., Муминжонова И.Ф. Анализ результатов опросника ufs-qol до и после радиочастотной абляции миомы матки	130-135
45	Везирова Р.Ш, Багирова С.К. Акушерские исходы при осложнении беременности преэклампсией	135-136
46	Тагиева В.З. Роль 16 и 18 – го типов вируса папилломы человека в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии	136-137
47	Тілектес А.А. Роль перитонизации при кесаревом сечении: эволюция взглядов и современные тенденции	137-141
48	Muslimova S.A., Taghiyeva V.Z. Treatment of bacterial vaginosis in women	141-145
49	Muslimova S., Vezirova R., Alishova N., Parvana J. Quality of life after cesarean section in women	145-146
50	Ергалиева Б.К., Жетписбаева А.И., Еркинбек У.М. Современные аспекты антенатальной гибели плода	146-152
51	Музарханова Ш.Е., Дастанбек А.М. Этиологические факторы преждевременных родов	152-157
52	Смаилова Л. К. , Искаков С.С., Наримов А. Ф. Соматическое и репродуктивное здоровье детей, рожденных с применением экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – систематический обзор	157-159
53	Багирова С. Экстрагенитальная патология в структуре материнской смертности по г.Баку	159-164
54	Ходжаева А.С. Ретенционные кисты яичников у девочек-подростков	164-165

Айдинов Р.Б., Омарова Г.К., Михайлова М.М., Мустафин И.А., Бекетай А.,
Бакдаулет А.Б., Избасарова Ж. Р., Мамедова Н.Е.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ

Кафедра акушерства и гинекологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан.

Актуальность: Индукция родов является важным звеном в современном акушерстве. С ростом частоты ИР повышаются и риски, связанные с ними. В связи с этим поиск оптимальных стратегий для достижения безопасной и эффективной инициации родов становится особенно актуальным. На сей день в научном и практическом медицинском сообществе методы механической и фармакологической преиндукции родов (ПИР) представляют собой объекты интенсивного исследования и обсуждения.

Цель исследования: сравнить перинатальные исходы индуцированных родов.

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. Беременным основной группы в цервикальный канал вводился баллонный дилататор - катетер Foley (№20-22) на 12-18 часов, контрольной группы - синтетическое производное простагландина Е1 по 25 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).

Выводы: Использование механической преиндукции родов катетером Foley при доношенной беременности оказывается 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.

УДК 616.9/.618.2:616.94

Амонова З.Д.

ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И БЕРЕМЕННОСТЬ: КЛИНИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель: Каттаходжаева М.Х. профессор, д.м.н. заведующая кафедрой акушерства гинекологии ТГСИ

Ташкентский государственный стоматологический институт. Кафедра акушерства гинекологии. г.Ташкент

Актуальность: Вирус папилломы человека (ВПЧ) является одним из наиболее значимых факторов риска цервикальной интраэпителиальной неоплазии и рака шейки матки. У беременных женщин физиологическая иммуносупрессия способствует активации латентной ВПЧ-инфекции, что может повлиять на течение беременности и исход родов. Оптимизация алгоритмов диагностики и ведения ВПЧ у беременных требует учёта особенностей гестационного периода и минимизации инвазивных вмешательств.

Цель исследования: Совершенствование клинической тактики ведения беременных с ВПЧ-инфекцией на поздних сроках гестации с учетом современных методов диагностики и перспективных технологий лечения.

Задачи: Изучить клинко-диагностические особенности ВПЧ-инфекции у беременных на сроке 36–38 недель;

- Сравнить показатели среди ВПЧ-положительных и ВПЧ-отрицательных пациенток;
- Оценить потенциальную эффективность ультразвуковой кавитации как неинвазивного метода лечения ВПЧ-ассоциированных поражений.

Материалы и методы:

В исследование включены 206 женщин, обследованных на сроке беременности 36–38 недель, разделённых на три группы:

1. 1-я группа (n = 67): беременные с подтверждённой ВПЧ-инфекцией;
2. 2-я группа (n = 108): беременные без ВПЧ-инфекции (отрицательный результат ПЦР);
3. 3-я группа (n = 30): условно здоровые небеременные женщины (контрольная группа).

У всех пациенток проводилось ПЦР-типирование ВПЧ высокого онкогенного риска, цитология мазков по Папаниколау, определение онкобелков E6/E7 методом ИФА. При показаниях — кольпоскопия. Отдельно анализировались акушерские исходы. В рамках экспериментального этапа рассматривалась эффективность ультразвуковой кавитации у небеременных женщин с ВПЧ.

Результаты.

ВПЧ-инфекция была выявлена у 67 из 175 беременных (38,3%). У 42 пациенток (62,7% от ВПЧ-положительных) определены онкогенные типы вируса (в том числе 16, 18, 31, 33). Цитологические изменения (LSIL/CIN I–II) выявлены у 19 женщин. Повышенный уровень онкобелков Е6/Е7 обнаружен у 11 пациенток.

В группе ВПЧ-негативных женщин показатели цитологии и кольпоскопии оставались в пределах нормы, а уровень онкобелков не превышал пороговых значений. В контрольной группе (небеременные женщины) выявлено 6 случаев ВПЧ-носительства, 3 случая LSIL. Метод ультразвуковой кавитации, апробированный в контрольной группе, показал снижение вирусной нагрузки по ПЦР, уменьшение цитологических изменений и отсутствие повреждений здоровой ткани по данным контрольной кольпоскопии.

Выводы.

1. ВПЧ-инфекция у беременных женщин на поздних сроках выявляется в 38,3% случаев, причём более половины приходится на онкогенные типы.
2. Использование комплексной диагностики (ПЦР + цитология + онкобелки Е6/Е7) позволяет достоверно оценить степень риска и определить тактику ведения.
3. При отсутствии признаков инвазивного процесса оптимальной тактикой является консервативное наблюдение до родов с последующим лечением.
4. Ультразвуковая кавитация демонстрирует перспективность как метод лечения ВПЧ-ассоциированных поражений вне беременности, и требует дальнейших клинических испытаний для использования у беременных.
5. Необходим мультидисциплинарный подход и обязательное диспансерное наблюдение женщин после родоразрешения.

УДК 618.32; 612.017

Ахмадалиева Н.Ж., Ахмедов Ф.К., Ахмаджонова Г.М.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Научные руководители: д.м.н., доцент. Ахмедов Ф.К.

д.м.н, доцент Г.М. Ахмаджанова

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан,

Цитокиновый состав сыворотки крови у женщин с повторяющимися выкидышами (привычным невынашиванием беременности) представляет собой ключевой аспект изучения, отражающий состояние иммунной системы и возможные причины прерывания беременности. Под привычным невынашиванием понимают два и более последовательных самопроизвольных аборта, где значительную роль играют иммунные нарушения. Анализы демонстрируют, что у таких женщин часто наблюдается дисрегуляция между цитокинами, стимулирующими воспаление, и теми, что его подавляют. Уровни провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкин-2 (ИЛ-2), фактор некроза опухоли- α (ФНО- α) и интерферон- γ (ИФН- γ), могут быть увеличены. Эти вещества связаны с активацией Th1-ответа, который неблагоприятен для вынашивания, так как способствует отторжению плода. В норме же беременность поддерживается Th2-ответом, где доминируют противовоспалительные цитокины, такие как интерлейкин-4 (ИЛ-4) и интерлейкин-10 (ИЛ-10), защищающие плод.

Цель исследования: провести анализ научных исследований цитокинового профиля крови женщин с ПНБ.

Материалы и методы.

Изучение цитокинового профиля сыворотки крови выполнено у 20 женщин с привычным невынашиванием беременности. Диагностика угрозы осуществлялась на основе анамнестических данных, клинических методов обследования и результатов лабораторных анализов. В качестве группы сравнения были обследованы 60 женщин с нормально протекающей беременностью на тех же сроках гестации. Группы были сопоставимы по возрастным характеристикам, количеству беременностей и родов в прошлом.

Результаты.

Исследование изменений концентрации цитокинов при патологическом течении беременности выявило их потенциал как чувствительных индикаторов риска прерывания в первом триместре. Уровень провоспалительных цитокинов IL-2 и IL-1 β при привычном невынашивании беременности значительно увеличивался — в 2,9 и 2,5 раза соответственно — по сравнению с показателями при нормальном течении беременности ($p < 0,001$ в обоих случаях) (см. таблицу). Одновременно содержание противовоспалительных цитокинов IL-4 уменьшалось в 1,3 раза соответственно ($p < 0,001$ для обоих показателей). Концентрация IL-2 также снижалась в 1,3 раза по сравнению с физиологической беременностью ($p < 0,001$).

Таким образом, количественные и качественные характеристики цитокинов играют ключевую роль в развитии беременности. Регуляция их синтеза во время беременности направлена на изменение межклеточных взаимодействий, что необходимо для поддержания нормальной работы органов и систем материнского организма, а также для успешного вынашивания генетически отличающегося плода. Повышенная выработка цитокинов Th1-типа при одновременном снижении продукции цитокинов Th2-типа может нарушать процессы дифференцировки и инвазии трофобласта, что способствует возникновению угрозы прерывания беременности.

УДК 618.2-055.25; 618-06

Ахмедова А.Т.

ПЕРСониФИЦИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ОСНОВЕ ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Гипертензивные расстройства, возникающие у 6–8% беременных женщин, остаются одной из ключевых проблем современного акушерства, занимая ведущее место среди причин материнской и перинатальной смертности. По оценкам ВОЗ, в 20–25% случаев именно артериальная гипертензия при беременности обуславливает летальные исходы среди новорождённых. Наиболее угрожающее клиническое течение наблюдается при преэклампсии, частота которой составляет от 2 до 8%. На её долю приходится от 10 до 15% всех случаев материнской смертности в мире, что эквивалентно более чем 70 000 смертей ежегодно.

Цель исследования: Оценить эффективность дистанционного мониторинга артериального давления у первобеременных женщин для раннего выявления гипертензивных расстройств, коррекции тактики ведения беременности и профилактики акушерских осложнений.

Материалы и методы:

Проведено клиническое наблюдение за 178 первобеременными женщинами, находившимися на стационарном лечении в родильном доме №2 г. Самарканда в 2024–2025 гг. У всех пациенток был применён дистанционный мониторинг артериального давления с использованием телеметрического устройства PBLab, обеспечивающего автоматическую передачу данных на сервер. Мониторинг длился 3 суток, с 8 измерениями в день. Оценивались среднесуточные показатели систолического (САД) и диастолического давления (ДАД), вариабельность АД, ночной профиль, потребность в медикаментозной коррекции и акушерские исходы.

Результаты исследования:

Среднее САД составило $123,5 \pm 9,2$ мм рт. ст., ДАД — $78,1 \pm 6,7$ мм рт. ст..

- Гипертензивные эпизоды выявлены у 21,9% пациенток, из них 13,5% потребовали медикаментозного вмешательства.
- У 23,6% женщин зафиксирована повышенная суточная вариабельность АД.
- Ночной «non-dipper» или «reverse dipper» профиль наблюдался у 32% пациенток, что коррелировало с высоким риском плацентарной недостаточности.
- У 38,2% женщин мониторинг привёл к изменению тактики ведения беременности.
- У 17,4% осложнения (преэклампсия, ЗВУР, преждевременные роды) были предотвращены.
- Показания к экстренному кесареву сечению по причине стойкой гипертензии, ЗВУР или ПИОВ возникли в 8,4% случаев.
- В 82% наблюдалась положительная динамика адаптации сердечно-сосудистой системы при регулярном контроле.

Выводы:

Дистанционный мониторинг артериального давления у беременных женщин с применением телеметрических технологий позволяет своевременно выявлять гипертензивные эпизоды, проводить раннюю медикаментозную коррекцию и предупреждать развитие тяжёлых акушерских осложнений. Метод обладает высокой информативностью, хорошо переносится пациентками и особенно актуален в условиях ограниченного доступа к амбулаторной медицинской помощи. Полученные данные подтверждают целесообразность широкого внедрения дистанционного мониторинга в практику ведения беременных с риском гипертензии в рамках национальных клинических рекомендаций.

УДК 618.1-007; 618.514; 618.515

Бакдәулет А.Б., Бекетай А.Б., Айдинов Р.Б.

УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Научный руководитель: Омарова Г.К., д. м. н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии КазНМУ им. Асфендиярова.

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

Актуальность Врожденные аномалии женских половых органов составляют 14% от всех врожденных пороков развития и 3–7% в структуре гинекологических заболеваний детей

и подростков. Наряду с аномалиями гениталий, в 40% случаев встречаются аномалии мочевыделительной системы [1,2].

Цель исследования: выявить упущенные возможности ранней диагностики аномалий развития женских половых органов.

Методы: В данной статье проанализирован клинический случай беременной с доношенным сроком гестации, тазовым предлежанием плода и аномалией развития женских половых органов, а именно полным удвоением матки и влагалища (*uterus duplex et vagina duplex*), поступившей на elective кесарево сечение.

Результаты: Отсутствие детализации невынашивания предыдущей беременности, а также прегравидарной подготовки у женщины привело к поздней диагностике врожденных пороков развития женских половых органов (ВПР ЖПО), который впервые был диагностирован в 1-ом триместре беременности при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Окончательная дифференциация ВПР матки у пациентки проведена интраоперационно - во время elective кесарева сечения и в раннем послеродовом периоде - ВПР влагалища.

Заключение: Таким образом, у данной роженицы имелись упущенные диагностические возможности раннего выявления и детализации аномалий развития женских половых органов, а именно в случаях надлежащего анализа этиологии невынашивания предыдущих беременностей, обязательном проведении прегравидарной подготовки перед данной беременностью, проведении эксперта УЗИ и МРТ ОМТ с целью дифференциальной диагностики ВПР ЖПО, уточнения пороков развития мочевыделительных путей (МВП).

Ключевые слова: аномалия развития женских половых органов; удвоение матки и влагалища, беременность, elective кесарево сечение, тазовое предлежание плода.

Введение:

В структуре гинекологических заболеваний детей и подростков врожденные аномалии женских половых органов составляют 3–7% и 14% от всех врожденных пороков развития. У этих пациентов, наряду с аномалиями гениталий, в 40% случаев встречаются и аномалии мочевыделительной системы [1,2].

При нормальном эмбриогенезе матка и влагалище формируются из Мюллеровых протоков. Удвоение матки и влагалища развивается в результате нарушения процесса слияния Мюллеровых протоков. Наличие двух обособленных маток и влагалищ может не вызывать клинических проявлений и диагностироваться в процессе рутинного гинекологического осмотра, УЗИ либо хирургического вмешательства [1,2, 3].

Согласно анатомической классификации врожденных пороков развития половых органов по Л.В. Адамян, удвоение матки и влагалища относится к классу III [4,5]. Эта группа объединяет пороки, связанные с отсутствием слияния или неполным слиянием парных эмбриональных половых протоков:

- полное удвоение матки и влагалища
- удвоение тела и шейки матки при наличии одного влагалища
- удвоение тела матки при наличии одной шейки матки и одного влагалища (седловидная матка, двурогая матка, матка с полной или неполной внутренней перегородкой, матка с рудиментарным функционирующим замкнутым рогом) [4,5,6].

В практическом здравоохранении более востребована клинко-анатомическая классификация пороков развития матки и влагалища, согласно которой удвоение матки и влагалища (III класс) включает [4, 5]:

- удвоение матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови (*uterus didelphys, uterus duplex et vagina duplex*) [4].

- удвоение матки и влагалища с частично аплазированным влагалищем.

- удвоение матки и влагалища при нефункционирующей одной матке.

Uterus duplex et vagina duplex - наличие двух самостоятельных маток, шеек матки, вагин. Одна из маток уступает по величине и в функциональном отношении. Обе матки соединяются на ограниченном участке, чаще в области шейки матки, фиброзно-мышечной перегородкой [1, 2].

Uterus didelphys – наличие двух самостоятельных маток (каждая из которых имеет по одной маточной трубе и яичнику), двух шеек матки, двух вагин. Матки, шейки матки и вагины размещаются отдельно, между ними находятся мочевого пузыря и прямая кишка.

Как правило, у пациенток с удвоением матки клинических проявлений нет. Удвоение матки и влагалища не требует специфического лечения. Однако при наличии влагалищной перегородки, препятствующей естественному родоразрешению, показано её хирургическое рассечение [10, 11].

Материалы и методы

Клинический случай: беременная Г. 30 лет, госпитализирована в городской родильный дом № 1 г. Алматы на elective кесарево сечение с диагнозом, беременность 38 недель+6 дней, тазовое предлежание плода, аномалия развития матки - двурогая матка (согласно клинко-анатомической классификации врожденных пороков развития половых органов по Л.В. Адамян, двурогая матка относится к классу IV), отягощенный акушерский анамнез. Методы исследования: клинический, аналитический, эхографический.

Результаты исследования

Беременная Г. родилась от первой беременности в доношенном сроке у родителей активного репродуктивного возраста, в городе Алматы. Росла и развивалась соответственно возрасту. В анамнезе миопия слабой степени, нетоксический узловой зоб, хронический тонзиллит, внутренний геморрой 1 степени. Менархе с 14 лет, менструальный цикл установился сразу, без особенностей. Половой дебют в браке, коитус без затруднений. Половая жизнь без контрацепции, беременность наступила спонтанно через 6 месяцев. Всего было 3 беременности, исход - 2 неразвивающиеся беременности в сроке 6-7 недель. Однако причина привычного невынашивания не выяснена, прегравидарная подготовка не проведена. Во время 3-ей беременности в 1-ом ее триместре эхографически впервые диагностирован ВПР ЖПО - двурогая матка. В последующем в течении этой беременности дважды проводилось УЗИ ОМТ, подтверждена двурогасть матки, при последнем УЗИ диагностировано тазовое предлежание плода. Течение беременности без особенностей.

В доношенном сроке в связи с тазовым предлежанием плода, ВПР матки проведено elective кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте матки. Родился доношенный мальчик массой тела 2800 г, длиной 53 см, с оценкой по шкале Апгар через 1 и 5 минут 7 и 8 баллов соответственно. Матка сократилась, рана на матке ушита, гемостаз полный. ОК – 450,0. При ревизии органов брюшной полости выявлена врожденная аномалия развития матки, а именно ее удвоение, что противоречит ранее выставленному диагнозу - двурогая матки. Интраоперационно также выявлено, что справа находится послеродовая матка, которая имеет только одни придатки справа, слева от послеродовой матки - в левой подвздошной области имеется другое тело матки величиной 7-8 недель беременности с одними придатками слева. Каждая матка имеет одну маточную трубу и один яичник, без патологических изменений. Пальпаторно выявлено, что каждая матка имеет собственную шейку, которые соединены между собой фиброзно-мышечной перегородкой до уровня их перешеек. Выставлен диагноз ВПР, полное удвоение матки. С целью выявления и дифференциальной диагностики ВПР влагалища в послеоперационном периоде осмотрена на зеркалах, обнаружена фиброзно-мышечная перегородка, соединяющую переднюю и заднюю стенку влагалища в верхней и средней ее трети. Выставлен заключительный диагноз - полное удвоение матки и влагалища. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписана с новорожденным на 4-ые сутки послеродового периода.

Итак, у данной пациентки аномалия развития ЖПО не была диагностирована в пубертатном периоде, с началом половой жизни, при самопроизвольном прерывании первых 2-х беременностей (привычном невынашивании), в процессе планирования семьи. ВПР ЖПО был установлен случайно во время ультразвукового скрининга в первом триместре последней беременности. Окончательный диагноз (полное удвоение матки и влагалища) установлен только интраоперационно во время выполнения кесарева сечения и в раннем послеродовом периоде, когда были визуализированы анатомические структуры удвоенной матки и перегородки влагалища.

Обсуждение

Удвоение матки и влагалища могут протекать бессимптомно, при удовлетворительном развитии обеих или одной матки менструальная и половая функции не нарушаются и не требуют специфического лечения. Беременность может наступать то в одной, то в другой полости матки, как предоставлено в нашем клиническом случае. Возможно нормальное течение родов и послеродового периода. Иногда встречаются самопроизвольные выкидыши, привычное невынашивание, что имело место у данной родильницы.

Как правило, диагностировать удвоение матки и влагалища не сложно и осуществляют это с помощью специальных методов обследования (осмотр половых органов, исследование с помощью зеркал, бимануальное брюшностеночно-влагалищное исследование), дополнительных объективных методов обследования вне беременности (УЗИ ОМТ, зондирование полости матки, МРТ ОМТ, метросальпингография, гистероскопия, лапароскопия).

У женщин репродуктивного возраста с нарушениями репродуктивной функции при оценке врождённых аномалий развития внутренних половых органов доказана высокая диагностическая эффективность методов поэтапного ультразвукового исследования с использованием 2D и 3D/4D технологий [7].

Своевременное выявление данной аномалии в пубертатном возрасте или на этапе подготовки к беременности могло бы сыграть ключевую роль в профилактике репродуктивных потерь, в частности привычного невынашивания. Пациентка не была тщательно осмотрена на зеркалах, ВПР влагалища не диагностирован до наступления беременности. Следовательно, упущением является несвоевременная диагностика ВПР ЖПО как в пубертатном, так и в репродуктивном возрасте. Отсутствие детализации этиологии невынашивания предыдущих беременностей, прегравидарной подготовки, рутинных специальных методов гинекологического обследования (осмотр на зеркалах), привело к поздней диагностике ВПР ЖПО (во время 3-ей беременности, в послеродовом периоде). Окончательный диагноз был выставлен только в раннем послеродовом периоде.

Согласно данным литературы, в 40% случаев аномалии развития женских половых органов сочетаются с пороками развития мочевыделительной системы, что предполагает обязательное исследование мочевыделительных путей у женщин с диагностированными ВПР ЖПО [7, 9]. Однако у данной пациентки ультразвуковое исследование почек не проводилось, наличие или отсутствие ВПР МВП не было детализировано.

Заключение:

Ранняя диагностика и своевременная коррекция аномалий развития женской половой системы должны стать приоритетной задачей не только врачей-гинекологов, но и специалистов «первого контакта» — педиатров, ВОП, урологов и других специалистов. Своевременная диагностика, комплексный подход к лечению и индивидуализированное ведение беременности позволяют существенно снизить риск неблагоприятных исходов, в том числе невынашивания.

Таким образом, у данной женщины имелись упущенные диагностические возможности раннего выявления и детализации аномалий развития женских половых органов, а именно в случаях выявления этиологии привычного невынашивания беременности, проведении прегравидарной подготовки с использованием эхографических, эндоскопических методов

исследования МРТ ОМТ с целью дифференциальной диагностики ВПР ЖПО. Анализ клинического случая подтверждает, что течение и исход беременности при полном удвоении матки и влагалища могут быть благоприятными и вероятность успешного самостоятельного родоразрешения в доношенном сроке высока.

Литература

1. ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian agenesis: diagnosis, management, and treatment. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(1): 35-42. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002458.
2. Patel V, Hakim J, Gomez-Lobo V, Amies Oelschlägel AM. Providers' experiences with vaginal dilator training for patients with vaginal agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(1): 45-47. DOI: 10.1016/j.jpag.2017.07.006.
3. Amies Oelschlägel AM, Debiec K, Appelbaum H. Primary vaginal dilation for vaginal agenesis: strategies to anticipate challenges and optimize outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016; 28(5): 345-349. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000302.
4. Адамян Л.В. Пороки развития матки и влагалища/ Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, А.З. Хашукоева. – М.: Медицина, 1998. – 320 с.
5. Адамян Л.В. Аномалии мочеполовой системы – этапы эмбриогенеза / Л.В. Адамян, З.Н. Макиян// Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. – М., 2001.
6. Шибельгут Н.М., Батина Н.А., Елгина С.И., Мозес В.Г., «Течение беременности и родов при аномалии развития половых органов» *Мать и дитя в Кузбассе.* 2022 №2, 56-61 с.
7. Крутова В.А., Наумова Н.В., Котлова Т.А., Тулендинова А.И., Асланян И.Э. «Алгоритм диагностики и лечения девочек с врожденными пороками развития органов репродуктивной системы»/Репродуктивное здоровье детей и подростков / 2015, №1 31-36 с.
8. Management of acute obstructive uterovaginal anomalies: ACOG Committee Opinion No. 779. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(6): 363-371. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003281.
9. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(6): 172-189. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002670.
10. Diagnosis and management of hymenal variants: ACOG Committee Opinion No. 780. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(6): 372-376. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003283.
11. Santos XM, Dietrich JE. Obstructed hemivagina with ipsilateral renal anomaly. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016; 29(1): 7-10. DOI: 10.1016/j.jpag.2014.09.008.

УДК 618.145; 618.177

Агабабян Л. Р., Исраилова З. Ш.

КІ-67 КАК МАРКЕР РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность

Бесплодие остается серьезной медико-социальной проблемой, затрагивая по оценкам Всемирной организации здравоохранения до 17,5% взрослого населения (примерно каждую шестую пару). Среди факторов бесплодия важную роль играют патологии эндометрия, так как успешная имплантация эмбриона возможна только на полноценной рецептивной слизистой матки. По данным исследований, эндометриальные нарушения ответственны более чем за половину случаев неудачной имплантации. В частности, часто встречается хронический эндометрит (до 22–28% случаев бесплодия), который приводит к нарушению нормальной секреторной трансформации эндометрия. Показано, что у трети бесплодных пациенток с

хроническим эндометритом отмечается повышенная пролиферативная активность эндометрия даже во вторую (секреторную) фазу цикла – сохраняется выраженная экспрессия Ki-67 и связанных с эстрогенами показателе Ki-67 представляет собой ядерный антиген, маркер клеточной пролиферации; в норме его экспрессия высока в пролиферативной фазе и почти отсутствует в секреторной фазе. Таким образом, изучение экспрессии Ki-67 в эндометрии и гормонального статуса у бесплодных женщин с эндометриальной патологией является актуальным для выявления патогенетических изменений, лежащих в основе нарушения имплантации.

Цель исследования

Определить особенности экспрессии маркера пролиферации Ki-67 в эндометрии и гормонального статуса у женщин с бесплодием при патологии эндометрия.

Материалы и методы

В проспективное исследование включено 40 женщин репродуктивного возраста (26–37 лет) с первичным или вторичным бесплодием продолжительностью более 1 года. Критерии исключения: мужской фактор бесплодия, тяжелая патология матки, маточных труб, яичников, препятствующая наступлению беременности. Всем пациенткам проводилось клинико-инструментальное обследование, включая ультразвуковое сканирование органов малого таза. Для оценки состояния эндометрия выполнена аспирационная биопсия эндометрия во вторую фазу менструального цикла с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. Гистологически подтверждалось наличие патологии эндометрия (хронический эндометрит, гиперплазия эндометрия, полипы и др.). Иммуногистохимическая оценка экспрессии Ki-67 проведена на парафиновых срезах эндометрия с использованием моноклональных антител к антигену Ki-67; индекс Ki-67 (процент Ki-67-позитивных клеточных ядер в эпителиальных структурах) рассчитывали в representative зонах препарата. Для характеристики гормонального статуса определяли уровни сывороточного эстрадиола и прогестерона методом иммуноферментного анализа: эстрадиол измеряли в предположительно пролиферативную (периовуляторную) фазу цикла, прогестерон – в середине лютеиновой фазы. Полученные данные обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента и корреляционного анализа ($p < 0,05$ считали значимым).

Результаты

Гистологическое исследование выявило, что наиболее частой патологией эндометрия у бесплодных пациенток является хронический эндометрит (у 65% женщин); реже диагностированы очаговая гиперплазия и полипы эндометрия (суммарно у 25%), а у 10% имел место неизмененный эндометрий (контрольная группа). Иммуногистохимически установлено существенное повышение пролиферативной активности эндометрия у данной категории пациенток. Средний индекс Ki-67 в железистом эпителии эндометрия составил ~35% в образцах, полученных в пролиферативную фазу. При этом в секреторной фазе у значительной части пациенток сохранялась экспрессия Ki-67: у 30% женщин доля Ki-67-позитивных клеток превышала 15% даже во второй половине цикла (что значительно выше нормы для секреторного эндометрия <5%). Максимальные значения Ki-67 (до 50% положительных клеток) отмечены у пациенток с очаговой гиперплазией эндометрия. Обратная ситуация наблюдалась у пациенток без выраженной патологии эндометрия: в лютеиновой фазе у них Ki-67 практически отсутствовал (<1–2%). Анализ гормонального статуса показал, что у 45% обследованных имеется дефицит лютеиновой фазы (низкий уровень прогестерона), а у 35% – признаки гиперэстрогении. Указанные гормональные нарушения коррелировали с повышенной экспрессией Ki-67. В группе пациенток с недостаточностью прогестерона средний индекс Ki-67 в эндометрии во вторую фазу был значимо выше, чем у женщин с нормальным уровнем прогестерона ($12,4 \pm 3,1\%$ против $3,8 \pm 1,0\%$, $p < 0,01$). Аналогично, при относительной гиперэстрогении отмечалась тенденция к более высокому Ki-67-индексу в пролиферативную фазу. Примечательно, что у пациенток с

хроническим эндометритом одна треть случаев характеризовалась так называемым «out-of-phase» состоянием эндометрия – сохранением пролиферативных признаков (Ki-67 >10%) в период, соответствующий секреторной фазе. Это часто сочеталось с низкими значениями прогестерона и указывает на неблагоприятное сочетание воспалительного и гормонального факторов.

Выявленные изменения имеют важное клиническое значение: коррекция хронического эндометрита (противовоспалительная терапия) и гормональных дисбалансов (лечение лютеиновой недостаточности, снижение гиперэстрогении) способна повысить рецептивность эндометрия и улучшить исходы наступления беременности у данной категории пациенток.

Выводы

- У женщин с бесплодием и патологией эндометрия выявляется повышенная пролиферативная активность эндометрия (по выраженной экспрессии Ki-67), ассоциированная с нарушениями гормонального баланса – гиперэстрогенией и относительной прогестероновой недостаточностью.

- Полученные данные свидетельствуют о феномене несогласованности созревания эндометрия («смещенное окно имплантации»): у части пациенток эндометрий остается функционально в пролиферативном состоянии тогда, когда должна быть секреторная трансформация, что приводит к снижению рецептивности и затрудняет имплантацию эмбриона.

- Иммуногистохимическая оценка Ki-67 в эндометрии в сочетании с анализом гормонального статуса является ценным методом для выявления данных нарушений.

УДК 618.145; 618.177

Агабабян Л.Р., Исраилова З.Ш.

КОРРЕЛЯЦИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ С ГОРМОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Самаркандский государственный медицинский университет

Абстракт. Бесплодие остаётся одной из приоритетных проблем современной репродуктивной медицины, охватывая до 15% супружеских пар, при этом до 60% случаев обусловлены женским фактором. Одним из ключевых звеньев в патогенезе нарушений фертильности выступает патология эндометрия — функционального слоя матки, обеспечивающего рецептивность к имплантации и успешное развитие беременности.

Цель исследования: оценить взаимосвязь между экспрессией пролиферативного маркера Ki-67 и уровнем репродуктивных гормонов у женщин с бесплодием, обусловленным патологией эндометрия.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 70 женщин с диагнозом вторичного бесплодия, проходивших обследование в Самаркандском государственном медицинском университете. Всем пациенткам проведены иммуногистохимическая оценка экспрессии Ki-67 и лабораторное исследование уровней ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола и прогестерона.

Результаты исследования. У 64,3% пациенток экспрессия Ki-67 соответствовала норме, у 35,7% — была снижена. Нарушения гормонального гомеостаза, особенно гипопрогестеронемия и гиперпролактинемия, достоверно чаще встречались при сниженной

экспрессии Ki-67 ($p < 0,05$). У пациенток с Ki-67 = 1 беременность наступала значительно чаще (более 35%).

Выводы.

Снижение экспрессии Ki-67 связано с гормональными дисфункциями и низкой вероятностью наступления беременности. Маркер Ki-67 может быть использован в клинической практике как прогностический показатель рецептивности эндометрия и компонент индивидуализированного подхода к лечению бесплодия.

Ключевые слова: бесплодие, Ki-67, пролиферация эндометрия, гормоны, прогестерон, пролактин, рецептивность, имплантация.

Если нужно — могу выделить УДК, оформить как для журнала ВАК или включить в сборник конференции.

Agababyan L.R., Israilova Z.Sh.

CORRELATION BETWEEN ENDOMETRIAL PROLIFERATIVE ACTIVITY AND HORMONAL STATUS IN INFERTILE WOMEN

Samarkand State Medical University

Abstract

Introduction. Infertility remains one of the leading challenges in reproductive medicine, affecting up to 15% of couples, with 60% attributed to female factors. Endometrial pathology—including chronic endometritis, hypoplasia, adhesions, and endometriosis—plays a significant role in implantation failure. The immunohistochemical marker Ki-67 reflects endometrial proliferative activity and is useful for assessing its functional maturity. A comprehensive hormonal assessment provides additional diagnostic and prognostic value.

Objective: To assess the relationship between Ki-67 expression and reproductive hormone levels (LH, FSH, prolactin, estradiol, progesterone) in women with infertility and endometrial pathology.

Materials and Methods A retrospective study was conducted involving 70 women of reproductive age who underwent examination and treatment for secondary infertility at the private medical center “Mama and I.” All patients underwent the following procedures.

Immunohistochemical analysis of Ki-67 expression in endometrial tissue;

- Hormonal profiling (LH, FSH, prolactin, estradiol, progesterone);
- Medical history and clinical assessment. Inclusion criteria: secondary infertility, availability of immunohistochemistry and hormonal assay results.

Results

Normal Ki-67 expression was detected in 64.3% of women; in 35.7%, expression was reduced. Normal hormone levels were more frequently observed in the Ki-67 = 1 group. Decreased Ki-67 expression was significantly associated with low progesterone and elevated prolactin levels ($p < 0.05$). Progesterone showed the most deviation from reference levels.

The diagram (Fig.1) shows hormone distribution by Ki-67 expression. Pregnancy was achieved in over 35% of women with normal Ki-67, while in those with reduced Ki-67, pregnancy rates were minimal or absent (Fig.2). This difference was statistically significant ($p < 0.05$, χ^2 -test).

Keywords: infertility, Ki-67, endometrial proliferation, hormones, progesterone, prolactin, receptivity, implantation.

Agababyan L.R., Israilova Z.Sh.

BEPUSHTLIK MAVJUD AYOLLARDA ENDOMETRIY PROLIFERATIV AKTIVLIGINING GORMONAL STATUS BILAN KORRELYATSIYASI

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

Annotatsiya. Kirish. Bepushtlik reproduktiv tibbiyotning dolzarb muammolaridan bo‘lib, juftliklarning 15% gacha qismini qamrab oladi, ulardan 60% ayol omillari bilan bog‘liq. Endometriy patologiyalari — xususan, surunkali endometrit, gipoplaziya, sinexiyalar va endometrioz — homila yopishish jarayoniga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Ki-67 belgisi endometriy hujayralarining proliferatsiya faoliyatini aks ettirib, ularning funksional yetilganligini baholashda qo‘llaniladi. Shu bilan birga, gormonal profilni tahlil qilish tashxis va prognozda muhim ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi: Endometriy patologiyasi fonida bepusht ayollarda Ki-67 ekspressiyasi va reproduktiv gormonlar (LG, FSG, prolaktin, estradiol, progesteron) o‘rtasidagi bog‘liqlikni aniqlash.

Materiallar va usullar. Retrospektiv tadqiqot o‘tkazildi, unga “Mama va men” xususiy tibbiyot markazida ikkilamchi bepushtlik bo‘yicha tekshiruv va davolashdan o‘tgan reproduktiv yoshdagi 70 nafar ayol jalb etildi. Barcha bemorlarga quyidagi tadbirlar o‘tkazildi. Endometriy to‘qimasida Ki-67 ekspressiyasini immunogistokimyoviy baholash;

- Gormonal ko‘rsatkichlar (LG, FSG, prolaktin, estradiol, progesteron) aniqlash;
- Ginekologik va somatik anamnez tahlili. Kiritish mezonlari: ikkilamchi bepushtlik, to‘liq immunogistokimyo va gormon natijalari mavjudligi.

Natijalar. Bemorlardan 64,3% da Ki-67 normada aniqlangan, 35,7% da pasaygan. Ki-67 normada bo‘lgan ayollarda gormon ko‘rsatkichlari fiziologik chegarada bo‘lgan. Ekspressiya pasayganlarda esa progesteron yetishmovchiligi va prolaktin ko‘rsatkichlarining oshishi kuzatildi ($p < 0.05$).

Ayniqsa, progesteron darajasidagi og‘ishlar e’tiborga loyiq.

1-rasmda gormonlar darajasi Ki-67 holatiga bog‘liq holda ko‘rsatilgan. 2-rasmda esa homiladorlikning Ki-67 bilan bog‘liqligi aks etgan: Ki-67 normada bo‘lgan ayollarda homiladorlik 35% dan oshgan, pasaygan ekspressiyada esa homiladorlik holatlari kam yoki umuman aniqlanmagan ($p < 0.05$, χ^2 testi).

Kalit so‘zlar: bepushtlik, Ki-67, endometriy proliferatsiyasi, gormonlar, progesteron, prolaktin, reseptivlik, implantatsiya.

Актуальность

Бесплодие остаётся одной из приоритетных проблем современной репродуктивной медицины, охватывая до 15% супружеских пар, при этом до 60% случаев обусловлены женским фактором. Одним из ключевых звеньев в патогенезе нарушений фертильности выступает патология эндометрия — функционального слоя матки, обеспечивающего рецептивность к имплантации и успешное развитие беременности. Нарушения морфофункционального состояния эндометрия, такие как хронический эндометрит, гипоплазия, эндометриоз и синехии, способствуют снижению пролиферативной активности и ухудшению процессов имплантации.

Иммуногистохимический маркер Ki-67, отражающий уровень клеточной пролиферации, широко используется для объективной оценки регенераторной способности эндометрия и оценки его функциональной зрелости в зависимости от фазы менструального цикла.

Снижение экспрессии Ki-67 указывает на децидуализацию, фиброзные изменения или воспалительный процесс, что неблагоприятно сказывается на наступлении беременности, особенно у женщин с вторичным бесплодием.

Дополнительную прогностическую ценность имеет комплексная оценка гормонального статуса, включающая уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, эстрадиола и прогестерона. Нарушения секреции этих гормонов сопровождаются патологическими состояниями эндометрия и способны снижать его рецептивность. Таким образом, определение Ki-67 в сочетании с анализом гормонального профиля позволяет проводить более точную диагностику, персонализировать лечение и прогнозировать эффективность терапии у женщин с бесплодием на фоне патологии эндометрия.

Цель исследования Оценить взаимосвязь между экспрессией пролиферативного маркера Ki-67 и уровнем репродуктивных гормонов (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон) у женщин с бесплодием на фоне патологии эндометрия.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование, включающее 70 женщин репродуктивного возраста, проходивших обследование и лечение по поводу вторичного бесплодия в частном медицинском центре “Мама и Я” всем пациенткам выполнены:

- иммуногистохимическая оценка экспрессии маркера Ki-67;
- определение уровня ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола и прогестерона;
- анализ гинекологического и соматического анамнеза.

Критерии включения:

- возраст 20–40 лет;
- диагноз вторичное бесплодие;
- наличие результатов иммуногистохимии и гормонального обследования.

Результаты исследования.

У 64,3% пациенток экспрессия Ki-67 соответствовала норме, у 35,7% – снижена. Среди женщин с нормальной экспрессией Ki-67 нормальные значения ЛГ, ФСГ, пролактина и эстрадиола встречались в 70–85% случаев.

В настоящем исследовании проведена оценка пролиферативной активности эндометрия по уровню экспрессии маркера Ki-67 и её связь с показателями гормонального статуса у женщин с бесплодием. На диаграммах представлены распределения уровней ключевых репродуктивных гормонов: лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, эстрадиола и прогестерона в зависимости от степени экспрессии Ki-67 (норма — код 1; сниженная экспрессия — код 2). Рис. 1

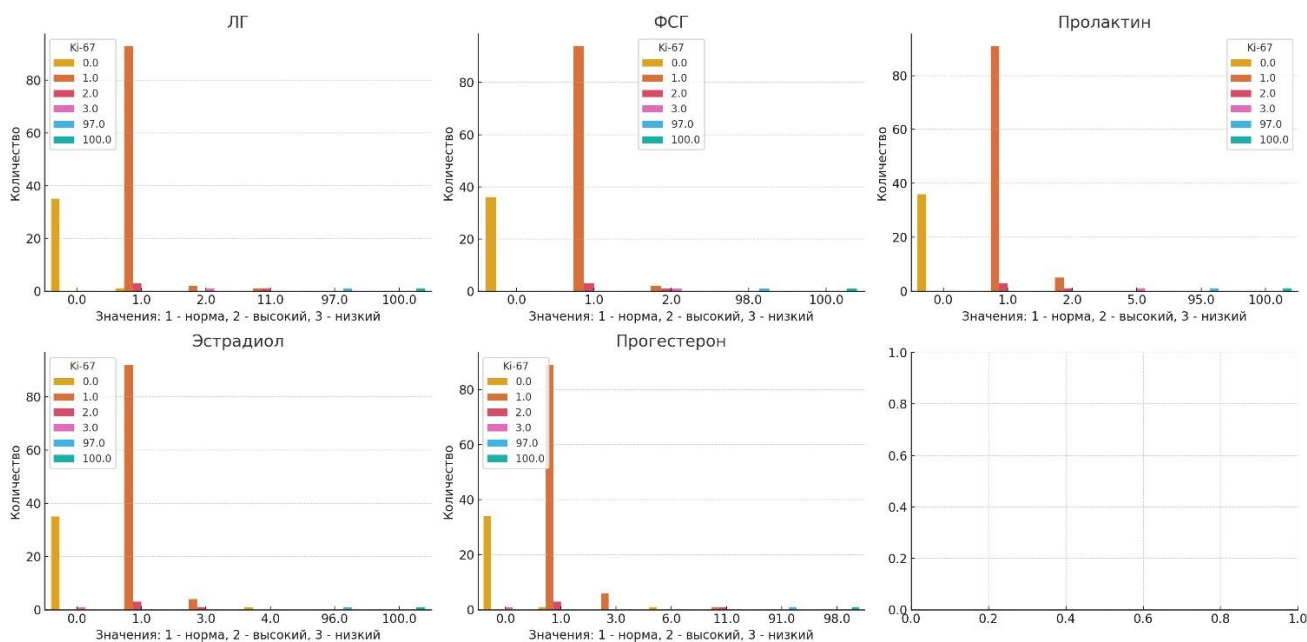


Рис 1 Гормональный статус в зависимости от экспрессии Ki-67

Лютеинизирующий гормон (ЛГ). У большинства пациенток с нормальной экспрессией Ki-67 (код 1) уровень ЛГ соответствовал физиологическим значениям (категория 1). В группе с нарушенной экспрессией Ki-67 чаще выявлялись как пониженные, так и повышенные значения ЛГ. Это может свидетельствовать о несогласованности гипофизарной регуляции и нарушении овуляторного цикла у пациенток с гипопластическим или воспалительно изменённым эндометрием. Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) Аналогично ЛГ, у пациенток с Ki-67=1 преобладали нормальные значения ФСГ. У женщин с патологической экспрессией Ki-67 были зафиксированы отклонения как в сторону повышения, так и снижения, что может указывать на вторичный яичниковый дисфункциональный ответ, обусловленный хроническими эндометриальными изменениями. Высокий уровень пролактина чаще наблюдался при сниженной экспрессии Ki-67. Это подтверждает гиперпролактинемия как возможный фактор, влияющий на угнетение пролиферативных процессов в эндометрии. Известно, что пролактин оказывает прямое воздействие на экспрессию рецепторов стероидных гормонов и может подавлять регенеративную активность слизистой. Нормальные уровни эстрадиола доминировали у женщин с Ki-67 в норме. В случаях сниженной экспрессии Ki-67 чаще встречались отклонения в сторону как гипо-, так и гиперэстрогении, что предполагает нарушение координации гормонального фона и клеточного ответа эндометрия. Прогестерон оказался наиболее чувствительным маркером к изменениям пролиферации. У женщин с нормальной экспрессией Ki-67 преобладали физиологические значения прогестерона. В группе с нарушением экспрессии значительно увеличивалась доля пациенток с низким уровнем прогестерона. Это может быть связано с недостаточностью лютеиновой фазы и хронической ановуляцией, что характерно для многих форм вторичного бесплодия, особенно на фоне синдрома поликистозных яичников (СПКЯ). Анализ данных показал, что отклонения гормональных показателей достоверно чаще встречались у женщин с нарушенной экспрессией Ki-67 ($p < 0.05$ по критерию χ^2). Особенно значимыми оказались различия по уровням пролактина и прогестерона, что подтверждает их участие в патогенезе гипорецептивного эндометрия.

При сниженной экспрессии Ki-67 наблюдалось достоверное увеличение доли пациенток с низким уровнем прогестерона ($p < 0.05$).

Связь экспрессии Ki-67 с наступлением беременности

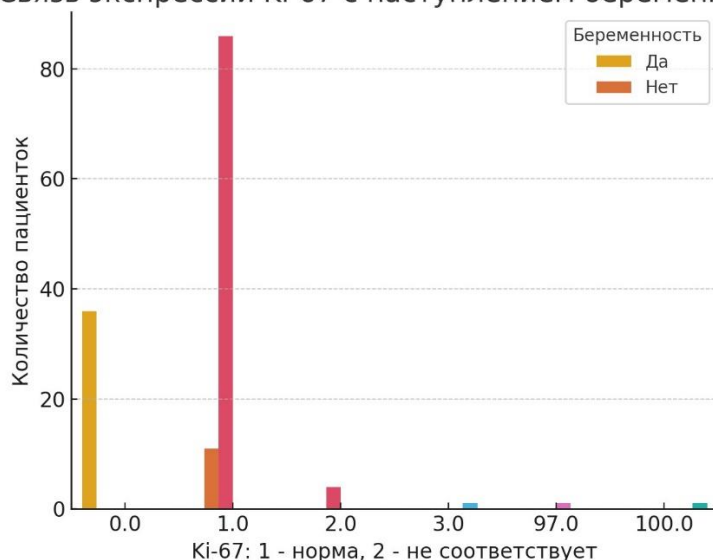


Рис.2 Связь экспрессии Ki-67 с наступлением беременности

На диаграмме представлено распределение пациенток с различными уровнями экспрессии Ki-67 в зависимости от наступления беременности. Ki-67 является маркером клеточной пролиферации и активно экспрессируется в фазу регенерации и пролиферации эндометрия. Его экспрессия отражает функциональную готовность эндометрия к имплантации эмбриона. У пациенток с нормальной экспрессией Ki-67 (код 1) беременность наступила значительно чаще по сравнению с пациентками с нарушенной экспрессией (код 2 и выше). Более 35% женщин с Ki-67=1 достигли беременности, тогда как в подгруппах с пониженной экспрессией Ki-67 доля наступивших беременностей была минимальна или отсутствовала вовсе. В подгруппах с выраженным снижением Ki-67 (в том числе код 2 и нестандартизированные значения 97, 100), беременность либо не наступала, либо была крайне редким явлением. Нормальный уровень экспрессии Ki-67 указывает на активную пролиферацию и функциональную зрелость эндометрия, необходимую для его рецептивности в имплантационное окно. Наоборот, снижение экспрессии Ki-67 коррелирует с хроническими воспалительными и дистрофическими изменениями в эндометрии, при которых рецептивность эндометрия нарушена.

Полученные данные подтверждают, что экспрессия Ki-67 может рассматриваться как независимый прогностический маркер вероятности наступления беременности у женщин с бесплодием, обусловленным патологией эндометрия. При этом снижение Ki-67 указывает на необходимость предварительной терапии, направленной на восстановление морфофункционального состояния эндометрия перед программами вспомогательных репродуктивных технологий или попытками естественного зачатия.

Различие в частоте наступления беременности между группами с нормальной и нарушенной экспрессией Ki-67 оказалось статистически достоверным ($p < 0,05$, χ^2 -критерий), что позволяет рассматривать данный маркер как чувствительный и специфичный прогностический параметр в клинической практике.

Обсуждение результатов Полученные данные демонстрируют чёткую взаимосвязь между снижением пролиферативной активности эндометрия, отражённой экспрессией маркера Ki-67, и нарушениями репродуктивной функции у женщин с бесплодием. У подавляющего большинства пациенток с нормальной экспрессией Ki-67 наблюдались физиологические уровни репродуктивных гормонов (ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола и прогестерона), что коррелировало с высокой частотой наступления беременности. В то время как снижение Ki-67 было статистически достоверно ассоциировано с ановуляторными циклами, гипопрогестеронемией, гиперпролактинемией и другими гормональными дисфункциями ($p <$

0.05). Особенно показательной оказалась связь сниженной экспрессии Ki-67 с дефицитом прогестерона — гормона, играющего ключевую роль в трансформации пролиферативного эндометрия в секреторный. Этот факт указывает на лютеиновую недостаточность как один из центральных механизмов патологий имплантационного окна. Диаграмма (Рис. 2) подчёркивает, что вероятность наступления беременности значительно выше у пациенток с сохранённой пролиферативной активностью эндометрия (Ki-67 = 1). В группе с Ki-67, не соответствующим норме, частота наступления беременности была минимальна или полностью отсутствовала. Это подчёркивает, что экспрессия Ki-67 может служить важным критерием оценки функциональной готовности эндометрия к имплантации и, соответственно, прогноза на успешное зачатие.

Анализ данных также показал, что такие патологические состояния, как хронический эндометрит, СПКЯ, ановуляция и гипоплазия эндометрия, достоверно чаще встречались у пациенток с нарушенной экспрессией Ki-67, что подчёркивает морфофункциональную ассоциацию между воспалительно-дистрофическими изменениями и нарушениями клеточной пролиферации.

Таким образом, комплексная оценка пролиферативной активности и гормонального статуса позволяет более точно диагностировать субклинические формы эндометриальной дисфункции, что особенно важно при подготовке пациенток к программам ВРТ или для планирования естественного зачатия.

Выводы

1. У 35,7% женщин с бесплодием выявлено снижение экспрессии пролиферативного маркера Ki-67, что указывает на патологические изменения морфофункционального состояния эндометрия.
2. Сниженная экспрессия Ki-67 достоверно ассоциирована с нарушениями гормонального гомеостаза, особенно с низким уровнем прогестерона и повышенным уровнем пролактина ($p < 0.05$).
3. У женщин с нормальной экспрессией Ki-67 вероятность наступления беременности была значительно выше (более 35%), тогда как в группе с пониженной экспрессией беременность либо не наступала, либо была крайне редким явлением.
4. Маркер Ki-67 может быть рекомендован в клинической практике как надёжный и доступный инструмент для оценки рецептивности эндометрия и прогноза наступления беременности у женщин с бесплодием.
5. Комплексная оценка пролиферации (Ki-67) и гормонального профиля (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон) позволяет персонализировать подход к лечению и подготовке пациенток к вспомогательным репродуктивным технологиям.

Литература.

1. Артеменко Ю. С. Прогнозирование и профилактика аномальных маточных кровотечений при ожирении в репродуктивном возрасте.
2. Котельникова Н. А. Прогноз и профилактика рецидивирующей и атипичской гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2024. – Т. 28. – № 6. – С. 59–65.
3. Кузьмина Е. А. и др. Морфологические особенности эндометрия у пациенток с ожирением и ранними репродуктивными потерями //Доктор. Ру. – 2024. – Т. 23. – № 5. – С. 62–66.
4. Кузьмина Е. А. и др. Морфологические особенности эндометрия у пациенток с ожирением и ранними репродуктивными потерями //Доктор. Ру. – 2024. – Т. 23. – № 5. – С. 62–66.
5. Матризаева Г. Д. и др. Роль эндометрия в патогенезе невынашивания беременности: иммуногистохимические и клинические аспекты //Клинический разбор. – С. 21.
6. Матризаева Г. Д. и др. Роль эндометрия в патогенезе невынашивания беременности: иммуногистохимические и клинические аспекты //Клинический разбор. – С. 21.
7. Оразов М. Р., Михалева Л. М. Прогнозирование и профилактика рецидивов гиперплазии эндометрия без атипии в репродуктивном возрасте.

8. Оразов М. Р., Михалева Л. М. Прогнозирование и профилактика рецидивов гиперплазии эндометрия без атипии в репродуктивном возрасте.
9. Полина М. Л. и др. Молекулярные сигнатуры эндометрия, ассоциированные с «маточным фактором» бесплодия //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2023. – Т. 11. – № 3 (41). – С. 63–73.
10. Цхай В. Б., Гребенникова Э. К., Скуратова Ю. Н. Проблема рецидива эндометриом яичника: Обзор литературы //Медицинский вестник Юга России. – 2025. – Т. 16. – № 1. – С. 5–13.

УДК 618.21; 618.1

Агабабян Л.Р., Раббимова Н.У.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Самаркандский государственный медицинский университет

Абстракт.

Целью исследования являлась оптимизация тактики ведения беременных женщин с патологией шейки матки на основе комплексной клинико-лабораторной диагностики и персонализированного подхода к терапии.

Материал и методы исследования. В проспективное исследование было включено 1000 беременных, из которых у 28,4% выявлена патология шейки матки. Проведено сравнение традиционных и современных методов диагностики (ПАП-тест, жидкостная цитология, молекулярно-биологические методы), оценена эффективность терапии глицирризиновой кислотой.

Результаты исследования. Разработан алгоритм ведения беременных с патологией шейки матки и программный продукт для клинического применения.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют значительное преимущество персонализированного подхода и современных диагностических методов, что позволяет улучшить перинатальные исходы и минимизировать акушерские осложнения.

Ключевые слова: шейка матки, беременность, кольпоскопия, глицирризиновая кислота, микробиоценоз, жидкостная цитология, полипы, алгоритм ведения, Фемофлор-16, ПАП-тест.

Agababyan L.R., Rabbimova N.U.

HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI PATOLOGIYASI BO'IGAN AYOLLARDA YURITISH OLIB BORISH XUSUSIYATLARI

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

Аннотация.

Кирish. Tadqiqotdan maqsad — homilador ayollarda bachadon bo'yni patologiyasi mavjud

holatlarda kompleks klinik-laborator diagnostika va shaxsiy yondashuv asosida yuritish taktikasi samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiali va usullari.

Ushbu prospektiv tadqiqotga 1000 nafar homilador ayol jalb etildi, ulardan 28,4% ida bachadon bo'yni patologiyasi aniqlandi. An'anaviy (PAP-test) va zamonaviy (suyuqlikli sitologiya, molekulyar-biologik usullar) diagnostika usullari taqqoslandi. Glyitsirrizin kislotasi bilan davolash samaradorligi baholandi.

Tadqiqot natijalari.

Bachadon bo'yni patologiyasi aniqlangan homilador ayollarni yuritish uchun klinik amaliyotda qo'llash mumkin bo'lgan algoritm va maxsus dasturiy mahsulot ishlab chiqildi.

Xulosa.

Olingan natijalar shaxsiylashtirilgan yondashuv va zamonaviy diagnostika usullarining ustunligini ko'rsatdi, bu esa perinatal natijalarni yaxshilash hamda akusherlik asoratlarini kamaytirish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: bachadon bo'yni, homiladorlik, kolposkopiya, glyitsirrizin kislotasi, mikrobiotsenoz, suyuqlikli sitologiya, poliplar, yuritish algoritmi, Femoflor-16, PAP-test

Agababyan L.R., Rabbimova N.U.

FEATURES OF MANAGEMENT TACTICS IN PREGNANT WOMEN WITH CERVICAL PATHOLOGY

Samarkand State Medical University

Abstract

Introduction. The aim of this study was to optimize the management tactics in pregnant women with cervical pathology through comprehensive clinical-laboratory diagnostics and a personalized therapeutic approach.

Materials and Methods.

This prospective study included 1000 pregnant women, among whom cervical pathology was diagnosed in 28.4% of cases. Traditional diagnostic methods (Pap smear) were compared with modern techniques (liquid-based cytology, molecular biological methods). The effectiveness of glycyrrhizic acid therapy was also assessed.

Results.

An evidence-based management algorithm and a clinical software tool were developed for managing cervical pathology during pregnancy.

Conclusion.

The findings demonstrate a significant advantage of personalized approaches and modern diagnostic methods, contributing to improved perinatal outcomes and a reduction in obstetric complications.

Keywords: cervix, pregnancy, colposcopy, glycyrrhizic acid, microbiocenosis, liquid cytology, polyps, management algorithm, Femoflor-16, Pap test.

Актуальность. Проблема выявления, лечения и профилактики заболеваний шейки матки остается одной из важнейших не только в современной гинекологической науке и практике, но и в медицине. Это глобальная проблема, непосредственно связанная с жизнью человека. Важность этой проблемы обусловлена увеличением частоты инфекций, передаваемых половым путем, и связанным с этим увеличением частоты фоновых, предраковых и онкологических заболеваний шейки матки. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, рак шейки матки является четвертым по распространенности видом рака среди женщин во всем мире; по оценкам, в 2020 г. произошло 604 000 новых случаев заболевания и 342 000 случая смерти от него. Порядка 90% новых случаев заболевания и смерти в 2020 г. имело место в странах с низким и средним уровнем дохода (World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem), почти 50% серьезных предраковых поражений шейки матки вызывают два типа ВПЧ -16 и 18. В большинстве случаев инфицирование ВПЧ происходит половым путем вскоре от начала половой жизни. Разработка и внедрение вакцинации от ВПЧ как средства первичной профилактики успешно защищают от инфицирования ВПЧ высокого онкогенного потенциала и таким образом от рака шейки матки (РШМ) и ВПЧ-ассоциированного рака других локализаций: вульвы, влагалища, головы и шеи у женщин. Предраковые и раковые поражения шейки матки, аногенитальных зон и ротоглотки чаще всего вызываются 16-м и 18-м подтипами ВПЧ, однако подтипы 31, 33, 35, 45, 52 и 58-й также относятся к группе ВПЧ высокого онкогенного риска.

Целью работы стало совершенствование тактики ведения беременных женщин с патологией шейки матки на основе клинических, микробиологических и морфологических данных.

В исследование были включены 1000 беременных женщин, которым было проведено комплексное обследование шейки матки с применением современных методов диагностики. На основании полученных данных разработан алгоритм ведения, который продемонстрировал клиническую эффективность, что позволило рекомендовать его для широкого внедрения в акушерско-гинекологическую практику.

Материалы и методы. В период с 2022 по 2025 гг. в условиях Самаркандского государственного медицинского университета было обследовано 1000 беременных женщин. Всем участницам исследования проводилось кольпоскопическое исследование, ПАП-тест, жидкостная цитология, молекулярно-биологическое исследование (Фемофлор-16), а также трансвагинальное УЗИ шейки матки. У 284 пациенток (28,4%) была выявлена патология шейки матки различного генеза. У 40 из них (4%) диагностированы полиповидные образования цервикального канала, которым по строгим показаниям была выполнена полипэктомия. У 112 беременных применялась терапия препаратом глицирризиновой кислоты.

Результаты исследования. Выявлено, что у 68,3% пациенток с патологией шейки матки отмечались выраженные нарушения микробиоценоза влагалища, преимущественно ассоциированные с условно-патогенной флорой и вирусом папилломы человека. Установлено, что полиповидные образования в 87,5% случаев имели воспалительно-гиперпластическую природу. У беременных, которым была выполнена полипэктомия, не зафиксировано негативных исходов беременности; в 95% случаев отмечено своевременное доношенное родоразрешение. Применение глицирризиновой кислоты показало клиническую эффективность в 82,1% случаев, проявляющуюся в снижении воспалительных изменений и нормализации эпителия. Сравнительный анализ диагностических методов продемонстрировал более высокую чувствительность жидкостной цитологии (89,2%) и молекулярно-биологических методов (92,4%) по сравнению с традиционным ПАП-тестом (76,8%).

Рис. 1. Распределение беременных по патологии шейки матки

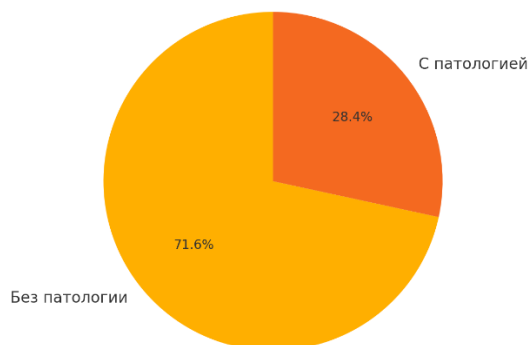


Рис. 1. Распределение беременных по наличию патологии шейки матки (n=1000). На диаграмме представлено распределение обследованных беременных по наличию патологии шейки матки. В 71,6% случаев (716 женщин) патологических изменений выявлено не было, тогда как у 28,4% (284 женщины) диагностированы различные нарушения, включая фоновые, воспалительные и неопластические процессы. Данные подчеркивают высокую распространённость цервикальной патологии среди беременных и необходимость рутинного скрининга.

Рис. 2. Характеристика полиповидных образований

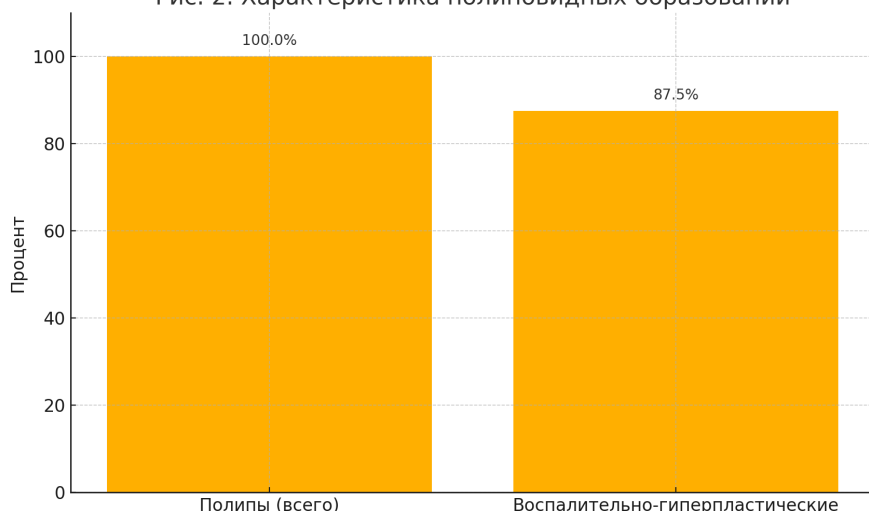


Рис. 2. Характеристика полиповидных образований цервикального канала.

Гистограмма отражает характер полиповидных образований, выявленных у 40 беременных. Установлено, что 87,5% из них имели воспалительно-гиперпластическую структуру. Это подтверждает преимущественно доброкачественный характер новообразований и позволяет рассматривать консервативный подход или минимально инвазивное вмешательство как безопасный выбор при беременности.

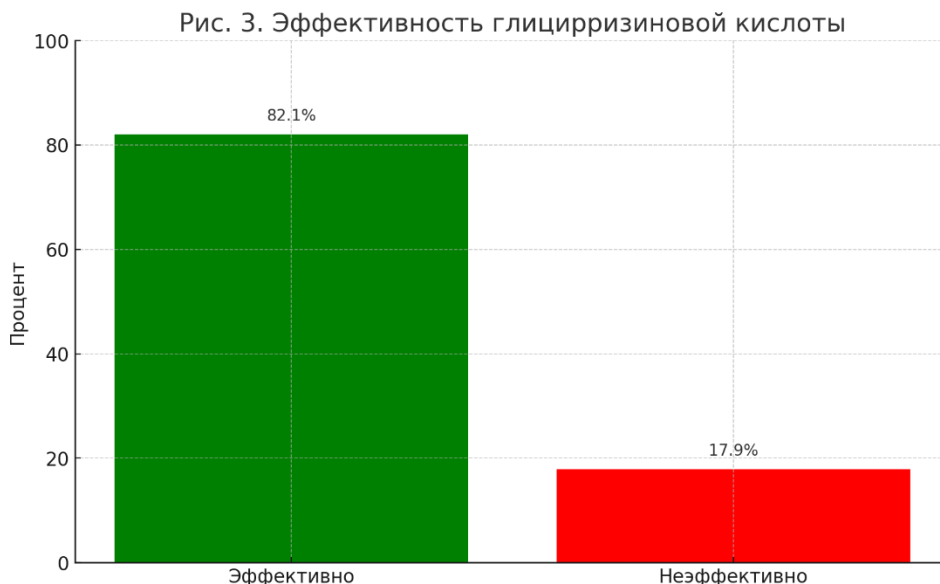


Рис. 3. Эффективность терапии глицирризиновой кислотой.

Данные результаты применения препарата глицирризиновой кислоты у 112 беременных с воспалительной патологией шейки матки. Положительный клинический эффект был достигнут в 82,1% случаев, что подтверждает выраженное противовоспалительное и регенеративное действие данного средства, а также его высокую безопасность в условиях гестации.

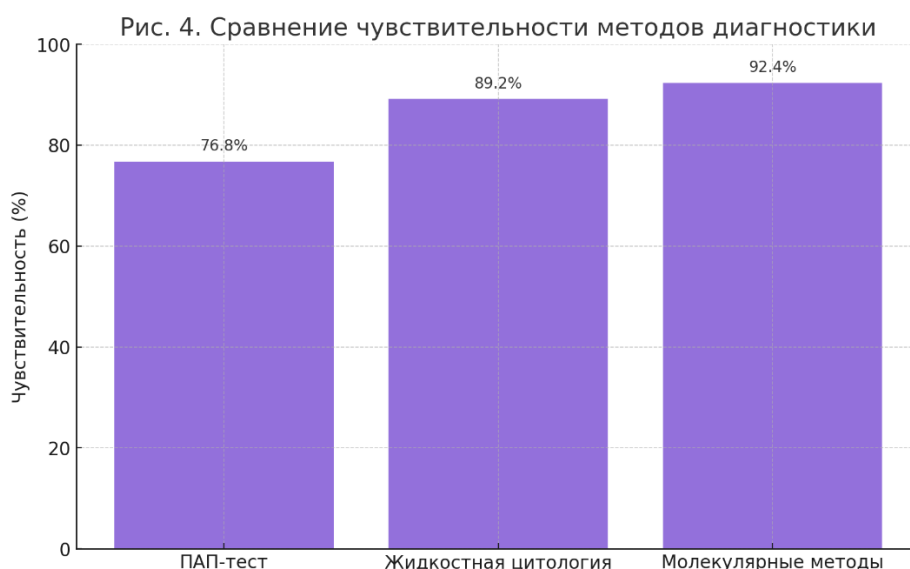


Рис. 4. Сравнение чувствительности методов диагностики цервикальной патологии.

Диагностическая точность различных методов была сравнительно оценена: чувствительность ПАП-теста составила 76,8%, жидкостной цитологии — 89,2%, молекулярно-биологических методов — 92,4%. Таким образом, современные технологии демонстрируют значительное преимущество, особенно при необходимости выявления интраэпителиальных неоплазий на ранних стадиях. На основе полученных данных был сформулирован и внедрён в виде программного продукта алгоритм ведения беременных с патологией шейки матки, включающий комплексное обследование, персонифицированный подход к лечению и дифференцированную тактику наблюдения.

Обсуждение результатов исследования. Полученные данные подтвердили высокую распространенность патологии шейки матки среди беременных женщин, что совпадает с результатами других отечественных и зарубежных исследований, указывающих на частоту цервикальных изменений в пределах 25–35%. Диагностика цервикальной патологии при беременности представляет собой особую клиническую задачу, учитывая ограниченные

возможности инвазивного вмешательства и необходимость индивидуального подхода с учетом состояния плода и срока гестации.

Выявленная высокая частота нарушений микробиоценоза влагалища у беременных с цервикальной патологией (68,3%) подчеркивает важность комплексной оценки состояния шейки матки не только с позиций морфологии, но и микробной среды. Эти результаты согласуются с исследованиями, демонстрирующими роль дисбиоза и вирусных инфекций (особенно ВПЧ) в патогенезе цервикальных поражений. Данные об эффективности глицирризиновой кислоты (82,1%) подтверждают её противовоспалительное действие и целесообразность использования у беременных в качестве безопасной и клинически эффективной терапии.

Анализ полиповидных образований шейки матки показал преимущественно воспалительно-гиперпластическую природу, что позволяет рассматривать их как реактивные процессы, не требующие немедленного хирургического вмешательства при отсутствии осложнений. Полученные результаты о благоприятных исходах беременности после полипэктомии (95% доношенных родов) демонстрируют возможность безопасного вмешательства при строгом соблюдении клинических показаний.

Сравнение диагностических подходов выявило недостаточную чувствительность ПАП-теста и преимущество современных методов – жидкостной цитологии и молекулярной диагностики. Это соответствует рекомендациям международных руководств, согласно которым молекулярные методы являются предпочтительными для скрининга ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки, особенно в условиях беременности, когда важно минимизировать инвазивность вмешательства и обеспечить раннюю диагностику.

Таким образом, комплексный подход, предложенный в рамках данного исследования, позволил не только более точно диагностировать патологию шейки матки у беременных, но и обосновать индивидуализированные тактические решения. Разработанный алгоритм и программный продукт имеют высокую практическую значимость и могут быть рекомендованы для внедрения в клиническую практику и образовательный процесс

Выводы.

1. Патология шейки матки диагностируется почти у каждой третьей беременной женщины, что подтверждает актуальность проведения скрининговых мероприятий в антенатальный период.
2. Нарушения микробиоценоза играют значительную роль в патогенезе цервикальной патологии при беременности.
3. Современные методы диагностики, такие как жидкостная цитология и молекулярные тесты, имеют значительное преимущество перед традиционными подходами.
4. Применение глицирризиновой кислоты эффективно и безопасно при лечении воспалительных процессов шейки матки у беременных.
5. Разработанный алгоритм ведения и ЭВМ-программа могут быть рекомендованы для внедрения в акушерско-гинекологическую практику и образовательный процесс.

Список литературы

1. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.
2. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–249.
3. Привалова Т. Е., Суворцева О. В., Андриянов Д. В. Преимущества гендерно-нейтральной стратегии вакцинации для профилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний. *Педиатрическая фармакология.* 2021;18(3):239–244.
4. Aliyeva D.A., Kholmurodova A.Sh. Инновационные методы диагностики у пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями. *Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований.* 2023;4(3):59–64.

5. Бебнева Т.Н., Радзинский В.Е., Костин И.Н., Покуль Л.В. Тактика ведения беременных женщин с предраковыми процессами шейки матки. Доктор.Ру. 2017;9(138):33–37.
6. Zhang Q. et al. Oncologic and obstetrical outcomes with fertility-sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Oncotarget. 2017;8(28):46580.
7. Пикуза Т.В. Патология шейки матки у беременных: обследование и лечебная тактика. Гинекология. 2016;18(2):11–18.
8. Юсупова М.А., Бекметова Ш.К., Хайтбоев Ж.А. Распространенность заболеваний шейки матки у беременных женщин в Узбекистане. Universum: медицина и фармакология. 2017;(3):4–8.
9. Timbang M.R., Sim M.W., Bewley A.F., Farwell D.G., Mantravadi A., Moore M.G. HPV-related oropharyngeal cancer: a review on burden of the disease and opportunities for prevention and early detection. Hum Vaccin Immunother. 2019;15(7–8):1920–1928.
10. Wittekindt C., Wagner S., Sharma S.J. et al. HPV – A different view on head and neck cancer. Laryngorhinootologie. 2018;97(S 01):S48–S113.

УДК 618.3-06:616.12-002.77

Бердиев А.Ш., Ахмедов Ф.К.
РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У БЕРЕМЕННЫХ, ОСЛОЖНЕННЫХ
РЕВМАТИЗМОМ

Научный руководитель: д.м.н., доцент Ахмедов Ф.К.

*Кафедра 2-акушерства и гинекологии Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Узбекистан*

В настоящее время приобретенные пороки сердца ревматической этиологии, в том числе недостаточность митрального клапана и беременность, являются одной из важнейших и актуальных проблем современного акушерства. Недостаточность митрального клапана является наиболее частым заболеванием органического происхождения среди приобретенных пороков сердца и чаще встречается в промышленно развитых странах, чем в развитых, особенно в странах с плохими экологическими условиями.

Ревматическая патология считается социальным заболеванием во всем мире, и улучшение экономических, культурных, социальных возможностей и медицинской помощи приведет к снижению ревматизма и связанной с ним тяжелой сердечной патологии, а именно недостаточности митрального клапана. Тем не менее, проблема пороков сердца ревматической этиологии у беременных по-прежнему остается актуальной. Он уменьшает тяжелую сердечную патологию, а именно недостаточность митрального клапана. Тем не менее, проблема пороков сердца ревматической этиологии у беременных женщин по-прежнему остается актуальной.

Цель исследования: изучить состояние биохимических маркеров у беременных, осложненных недостаточностью митрального клапана ревматической этиологии.

Материалы и методы исследования

В данном исследовании обследовано 100 беременных женщин с недостаточностью митрального клапана ревматической этиологии, обратившихся в отделение патологии беременности родильного комплекса Бухарского филиала Государственного учреждения Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны

здоровья матери и ребенка и Жандорского районного медицинского объединения в течение 2022-2023 годов, и из них: Основную группу составили 70 женщин, контрольную группу — 30 беременных женщин с неосложненной беременностью.

Результаты исследования

На основании вышеизложенного мы также определили количество ревматоидного фактора (RO IgM) в плазме крови. В нашем исследовании его количество составило $10,9 \pm 0,84$ МЕ/мл при физиологически протекающей беременности. По сравнению с беременными контрольной группы ревматоидный фактор у беременных 1-й группы был в 1,79 ($P < 0,001$) раза выше и составил $19,6 \pm 0,27$ МЕ/мл, что статистически значимо.

Несмотря на недавнее снижение заболеваемости ревматической недостаточностью митрального клапана, тест ASLO по-прежнему часто проводится в качестве скринингового теста для диагностики ревматических заболеваний. Среди беременных женщин, включенных в наше исследование, уровень в контрольной группе составил $164,3 \pm 5,32$ ЕД/мл, тогда как у беременных женщин, включенных в группу 1, он был в 3,19 ($P < 0,001$) раза выше, чем в контрольной группе, и составил $524,1 \pm 14,8$ ЕД/мл, что статистически значимо.

У беременных женщин контрольной группы он составил $34,5 \pm 0,97$ пг/мл, в 1-й группе, то есть у женщин с активными клиническими проявлениями ревматических процессов, уровень NT-proBNP в сыворотке крови статистически значимо увеличился в 16,7 ($P < 0,001$) раза по сравнению с женщинами с физиологически протекающей беременностью, достигнув $577,8 \pm 26,4$ пг/мл.

В 1-й группе, то есть у женщин с активными клиническими проявлениями ревматических процессов, уровень тропонина I в сыворотке крови статистически значимо увеличился в 12,1 ($P < 0,001$) раза по сравнению с женщинами с физиологически протекающей беременностью, достигнув $3,4 \pm 0,05$ пг/мл. В контрольной группе этот показатель был равен $0,28 \pm 0,05$ пг/мл. Если показатели СРО, РО, АСЛО у беременных 1-й группы увеличились в 1,78, 1,25, 1,37 раза соответственно по сравнению с беременными 2-й группы, получавшими своевременное медицинское лечение, то по сравнению с показателями женщин контрольной группы они увеличились в 6,6, 1,79, 3,2 раза соответственно. Во 2-й группе, то есть у беременных женщин, получавших медикаментозное лечение и находившихся под контролем, СРБ составил $7,94 \pm 0,17$ мг/л, тогда как в контрольной группе наблюдалось повышение в 3,7 ($P < 0,01$) раза по сравнению с беременными женщинами. При этом уровни РО и АСЛО в плазме крови беременных женщин 2-й группы увеличились в 1,44 ($P < 0,01$) и 2,33 ($P < 0,001$) раза по сравнению с женщинами контрольной группы и составили $15,7 \pm 0,49$ МЕ/мл и $382,2 \pm 3,8$ МЕ/мл соответственно.

Еще более выраженные изменения наблюдались в группе беременных с ревматической недостаточностью митрального клапана. В частности, у этой группы беременных женщин наблюдалось статистически значимое увеличение уровня NT-proBNP в сыворотке крови в 16,8 ($P < 0,001$) раза, достигнув $577,8 \pm 26,4$ пг/мл [$995,5-398,4$ пг/мл]. Данные показатели были в 2,37 ($P < 0,001$) раза выше, чем у беременных женщин 2-й группы. Уровень NT-proBNP у беременных женщин 2-й группы составил $243,7 \pm 11,6$ пг/мл [$412,7-206,5$ пг/мл], что в 7,1 ($P < 0,001$) раза выше, чем у женщин контрольной группы. В то же время уровень тропонина-I в сыворотке крови беременных этой группы увеличился в 12,2 ($P < 0,001$) раза по сравнению с контрольной группой, составив $3,4 \pm 0,05$ пг/мл [$3,78-2,8$ пг/мл], и была выявлена тенденция к снижению по сравнению с показателями 2-й группы, составив 1,73 ($P < 0,01$) раза.

Заключение: Насколько нам известно, это первый отчет о стратегии маркеров (NT-proBNP и тропонин I), направленной на диагностику ревматических заболеваний у беременных женщин. Мы показали, что рутинное определение NT-proBNP и тропонина I может быть использовано для выявления пациентов с ревматической недостаточностью митрального клапана в отделениях патологии беременности перинатальных центров. Результаты данного исследования, а именно NT-proBNP и тропонин I, мы можем внедрить в качестве диагностических маркеров в клиническую практику.

Джуманова С.Т., Муминова Н.Х., Ахмедов Ф.К.

РОЛЬ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В РАЗВИТИИ АДЕНОМИОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научные руководители: д.м.н., доцент Н.Х. Муминова, д.м.н.

доцент Ф.К. Ахмедов

Кашкадаринский филиал Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Кариши, Узбекистан

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан.

Эндометриоз остается одной из ключевых проблем современной медицины, являясь сложным и недостаточно изученным заболеванием, которое существенно влияет на здоровье женщин. Среди форм генитального эндометриоза наиболее распространен аденомиоз. Несмотря на множество исследований, посвященных этой патологии, многие аспекты остаются открытыми и требуют дальнейшего изучения. Аденомиоз представляет собой доброкачественное заболевание, при котором эндометриодная ткань проникает в мышечный слой матки.

Цель исследования: сравнить клинико-анамнестические данные пациенток с аденомиозом

Материал и методы исследования.

Было проведено сравнительное исследование, в которое вошло 59 женщин с аденомиозом, установленный УЗИ, МРТ и лапароскопический с данными здоровых женщин идентичного возраста. Возраст в обеих группах составил 25, лет 2,7лет.

Для оценки состояния эндометрия (внутреннего слоя матки) УЗИ проводили на 3-5-е дни менструального цикла при сохраненном цикле чтобы получить наиболее точные данные и выявить возможные патологии- эндометриоз, миома, кисты, возможные воспалительные процессы. В сомнительных случаях назначали МРТ, для дифференциальной диагностики. В случае нарушения цикла УЗИ проводили в день обращения к специалисту. При сборе анамнеза обращали внимание на частота предъявляемых жалоб-где боли в малом тазу независимо от фазы менструации были из 59- у 49 (83%), носили перед менструацией тянущего характера, резкое снижение качество жизни, усталость, нарушения сна были у 39, которые слегка уменьшались с началом менструации. Нарушения цикла у 35(59,3%), из них по типу мено и метрарагии были у всех 100%. На УЗИ яичников - эндометриодная киста яичника было диагностировали у 5 из 59 выглядит в виде округлого или овального образования размером до 0,3-,4 см , расположенного сбоку или сзади матки, с двойным контуром, утолщенной капсулой и содержимым в виде однородной мелкодисперсной взвеси, возможно, с плотными пристеночными гиперэхогенными включениями. Из 59 больных у 19 также эндометриоз диагностировали с помощью гистероскопии и полученный биоптат подвергался гистологической верификации. Из анамнеза воспаление нижнего тракта- кольпиты были у 33 из 59, причем у половины из них имели рецидивирующее течение, в связи с чем мы всем пациенткам как основной, так и женщинам контрольной группы проверили общий мазок на флору который позволил определить характер микрофлоры влагалища, цервикального канала и уретры. Особое внимание уделяли анамнезу пациенток с аденомиозом и полученные данные сравнивали с контрольной группой. Из 59 с ожирением и избыточным весом были 29 пациентки, поэтому пользовались формулой ИМТ, из-за 14 пациенток с СПКЯ, высчитывали степень гирсутизма по шкале Ферримана Галвея. Из них 59 пациенток с первичным бесплодием -31, вторичным- 28. Нарушения менструальной функции выявлена из 59 у 44, где были менорагии -19(32,2 %), метрарагии- 37 (62,7%), у остальных в норме, анамнез в

основной группе был отягощён соматической патологией анемия у 44(%), инфекции мочевых путей-19(32,2 %), избыточный вес у 14 (23,7%), ожирение 1-2-й степени - 15, (25,4 %), заболевания ЖКТ- 23 (38,9%). Гинекологическая патология - фоновые заболевания шейки матки – у 20(33,89%), миома матки у 21 (35,6%), СПКЯ у 13 (22%), из 59 в анамнезе роды были у 22, у 7 произошли выкидыши -1-2, 2-5 пациенток. Антенатальный период 28 пациенток с вторичным бесплодием у всех был отягощён невынашиванием, где указали на периодические угрозы выкидыша, которые купировались дополнительными дозами как эстрогенов, так и прогестерона, у четверых самопроизвольный выкидыш в сроке 4-7-13 недель, у двух неразвивающаяся в сроках 4-8 недель. Преждевременные роды были из 22 у 4 в сроках 32-35 недель 3 дня. Роды осложнились -дискординацией родовой деятельности у 12, кесарево сечение из 22 у 9(40%), послеродовый периода был отягашен из 22 у 7 (31,8 %) послеродовой пуэрперией.

Лечение эндометриоза КОКми из 59 у 18, гестагенами -дюфастон, утрожестан и т.д. у 16, диеногестом у 21 , где беременность спонтанно наступила после отмены диеногеста из 21 у 13, после КОК у 3, после гестагена у 4. Остальным после 6-месячного гормонального курс лечения врачи пытались провести индукции овуляции клостильбегитом, эстроген-гестагенной поддержкой менструального цикла с использованием триггеров овуляции у 11 пациенток с аденомиозом. Из анамнеза в основной группе с аденомиозом и бесплодием 14 больным были выполнены оперативное вмешательство: лапароскопия, коагуляция очагов наружного генитального эндометриоза, гистероскопия, поводу бесплодия с целью исключения трубно-перитонеального фактора. Почти все после оперативных вмешательств находились под наблюдением в течении 6 месяцев, в ожидании спонтанного наступления беременности и только у 3 наступила беременность, а у остальных без результатов. Из 59 женщин получавшие диеногест 2мг ежедневно, даже после оперативных вмешательств наступила беременность у первичных бесплодием-17(28,8), у вторичных -18 (30,5%). На КОК -6, н фоне гестагенов – 4.

Результаты исследования

Исходя из анамнестических данных мы решили проверить микрофлору у всех женщин двух групп, где у 33 из 59 *Candida albicans*, кокки у 27, гарднереллы у 9, при рецидивирующем кольпите у 27 з 59 пациенток с аденомиозом были выявлены все три микроорганизмы.

Приведены все показатели и как видно что, сравнительные данные соматической, акушерско-гинекологической патологии в двух группах были достоверно различимы, где у здоровых женщин был показатель анемии на 2,5 раза меньше, ИМТ в 3 раза, заболевания ЖКТ в 4 раза, заболевания щитовидной железы в 2 раза , высокий ИМТ – только у 29 (49,1%),

Сравнительные показатели обеих групп показали , что при эндометриозе особых различий в группах не выявлено, только у здоровых женщин репродуктивного возраста все показатели ближе к нормативным данным, где ФСГ - $7,9 \pm 0,5$, ЛГ- $3,8 \pm 1,2$ mlU/ml, когда у здоровых были достоверно выше , но все же оставались в пределах референсных колебаний

Эстрадиол и прогестерон также в пределах нормы, за исключением у 4 пациенток с эндометриозом были очень низкими. Немаловажное значение в наших исследованиях были показатель АМГ- 3,7 и 5,4 нг/моль и были в пределах референсных значений.

В основной группе 45,76% больные были с заболеваниями щитовидной железы и показатели ТТГ и Т4 -составили $2,9 \pm 0,8$ mlU/ml и $45,8 \pm 2,3$ нмоль/л, что не выходит за пределы нормы но все же в 5 пробах ТТГ был высоким до $2,9 \pm 0,8$ мМЕ/л, тогда как тетраiodтиронин -был низким -до 21,6 нмоль/л, что означало манифестное течение болезни и таких пациенток вели совместно с эндокринологом, так как в этих случаях мы в первую очередь рекомендовали пройти лечение гипотиреоза. Из 59 пациенток с эндометриозом у13 (22,03%) были поликистозные изменения яичников, поэтому уровень тестостерона были также в пределах нормы, мы считаем, что у них были с Д фенотипом изменения, где отсутствовала гиперандрогения.

Результаты собственного исследование позволили сделать выводы:

1. У пациенток РВ с аденомиозом был крайне отягашен соматический анамнез инфекционными заболеваниями мочевых путей, желудочно-кишечного тракта, заболеваниями щитовидной

железы , преимущественно гипотиреозом, а также гинекологическими заболеваниями неспецифическими с рецидивирующими воспалительными процессами нижнего этажа , опухолевыми -миомой, дисгормональными -АМК и СПКЯ, что в сравнении с данными здоровых женщин превышали в 3,5-7 раз, а многие из них не встречались в группе сравнения.

2.Анамнез женщин с аденомиозом был отягачен с высокими показателями таких осложнений как невынашивание беременности-угрозы выкидыша, неразвивающаяся беременность, преждевременные роды, а в родах дискординация родовой деятельности и оперативные роды.

3.Оперативное вмешательство без гормональной поддержки не стало успешной тактикой и случаи наступления беременности после него были низкими

4. Гормональные показатели в сравнительном аспекте в обеих группах не выявила особых различий, за исключением отдельно у женщин с СПКЯ, с манифестным гипотиреозом (5), где были достоверные высокие тестостерона, ТТГ и низкие Т4, но в целом они оставались у всех в пределах нормы, но все же ниже чем показатели у здоровых женщин

5.Гормональная поддержка была самой успешной в группе женщин которых лечили диеногестом 2 мг в течении 6 месяцев, а где курсы были короткими (менее 6 месяцев) и с другими гормональными препаратами уступали по своей эффективностью диеногесту, Исходя из сделанных выводов хотелось отметить, что при аденомиозе основными факторами риска являются отягаченный соматический, акушерско- гинекологический анамнез, что следует учитывать при выборе тактики ведения, особенно нужно обратить внимание на выбор гормональной терапии , отдавая предпочтение диеногесту в течении 6 месяцев и более под постоянным мониторингом.

При выборе лечения в пользу оперативного вмешательства он должен быть выбран желательно 1 раз и после отсутствие эффекта от консервативной терапии, что совпадает с мнением других авторов.

Знание анамнестических данных пациенток с аденомиозом способствует правильному выбору тактики, сократит количество неоправданных диагностических тестов, повысит эффект от назначенной терапии и приблизит срок наступление беременности.

Помимо этого, улучшит качество жизни пациентки, уменьшая тазовые боли и диспареунию, снижая затраты на дорогие препараты и т.д.

УДК: 618.36-06:614.2

**Есболатова Г.Е., Кабыл Ш.Қ., Каирова А.Б., Смаилова Л.К., Искаков С.С.,
Башимова А.К.**

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ РОЖЕНИЦ НАБЛЮДАВШИХСЯ НА ВТОРОМ УРОВНЕ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ

Научный руководитель: Смаилова Лазат Кенжебековна, PhD MS, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 НАО МУА, почетный профессор Самаркандского государственного медицинского университета.

НАО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №2, заведующий кафедрой к.м.н. (Ph.D.), профессор Искаков С.С.

РЦПМСП МЗ РК г.Астаны.

КГКПна ПХВ ГП4 г. Астана - акушер-гинеколог

ВВЕДЕНИЕ

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит до рождения плода во время беременности или родов в сроке 20 недель и более. Основными

клиническими признаками являются вагинальное кровотечение и боли в животе, часто сопровождающиеся сокращениями матки (в том числе тахисистолией), болезненностью матки и неуверенной частотой сердечных сокращений плода. Прерывание беременности является серьезной причиной как материнской заболеваемости, так и неонатальной заболеваемости и смертности, особенно если оно происходит в ранние сроки.

Общая частота случаев разрыва плаценты составляет примерно 3-10 на 1000 родов. США и Канада находятся выше этого значения, а Нидерланды, Испания, Финляндия, Швеция, Дания и Норвегии процент ниже. Добавить страны СНГ, Казахстан за последние 1-5 лет

Предыдущий разрыв - предыдущий разрыв является самым сильным фактором риска разрыва плаценты, причем риск его повторения возрастает в 10-15 раз. У пациенток с разрывом плаценты при первой беременности риск разрыва плаценты при последующей беременности значительно выше - в 93 раза.

Гипертензия - у пациенток с артериальной гипертензией риск тяжелого прерывания беременности увеличивается в пять раз по сравнению с нормотензивными пациентками. Антигипертензивная терапия у пациенток с хронической гипертензией, по-видимому, снижает риск разрыва, вероятно, в результате уменьшения гидростатического давления и повреждения стенки спиральной артерии, возникающего при тяжелой гипертензии.

На третьем месте врожденные аномалии матки, синехии, лейомиома. Они представляют собой механически и биологически нестабильные места для имплантации плаценты; разрыв в этих местах может быть обусловлен недостаточной децидуализацией и/или сдвигом. Врожденные аномалии связаны с пятикратным увеличением вероятности разрыва плаценты, причем перегородки матки имеют более высокий риск по сравнению с дефектами сращения.

Классическая картина - пациентки с преждевременным разрывом плаценты обычно поступают с внезапно начавшимся вагинальным кровотечением, слабыми или умеренными болями в животе и сокращениями матки. Боль в спине может быть дополнительным ярким симптомом, если плацента находится на задней стенке матки. Матка часто твердая, может быть ригидной и нежной. Если в миометрий экстравазирован значительный объем крови, он может стать «деревянно-твердым» а части плода перестают прощупываться. Схватки часто бывают высокочастотными и низкоамплитудными, но возможен и типичный характер схваток, который может привести к быстрому продвижению родов. Однако не все признаки могут проявляться одновременно. У пациенток, перенесших травму живота или автомобильную аварию, симптомы обычно развиваются в течение 24 часов после события, послужившего толчком к родам

Выраженность боли в животе является полезным маркером тяжести разрыва и, в свою очередь, риска заболеваемости и смертности матери и плода/новорожденного. В частности, сочетание абдоминальной боли, гипотонии и нарушений сердечного ритма плода свидетельствует о клинически значимом разрыве, который может привести к тяжелой материнской заболеваемости и гибели плода. В то же время объем вагинального кровотечения слабо коррелирует со степенью отслойки плаценты: Тяжелый разрыв может сопровождаться легким/клинически незначительным вагинальным кровотечением, когда большой объем крови остается за плацентой.

Другие случаи - в 10-20% случаев пациентки обращаются за помощью только по поводу сокращения/раздражения матки, при этом кровотечение из влагалища отсутствует или минимально, а боли в животе нет. В этих случаях, называемых скрытым разрывом, вся или большая часть крови задерживается между плодными оболочками и децидуальной оболочкой, а не выходит через шейку матки и влагалище. Может наблюдаться неуверенная частота сердечных сокращений плода.

В некоторых случаях небольшой скрытый разрыв может протекать бессимптомно и выявляться только при ультразвуковом исследовании.

Средний возраст пациенток исследуемых групп не имел статистических различий и составил 20-35 лет. Такие описанные факторы риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в анамнезе, два и более рубцы на матке, высокий паритет в анамнезе, предлежание

плаценты и аномалии матки в исследуемых группах не зарегистрированы, так как мы исследовали рожениц наблюдавшихся на втором уровне регионализации. А также исключили преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты впоследствии травмы.

Два и более выкидыши и выскабливание полости матки отмечены у 3 пациенток. У 60,7 % пациентов беременность наступило спонтанно, без предгравидарной подготовки.

Цель. Оценка факторов риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты на уровне ПМСП.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование факторов риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты на базе РЦПМСП МЗ РК г.Астаны.

Проанализировано 28 историй родов за 2021-2023 г. с преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Изучены данные анамнеза, течение настоящей беременности, наличие известных факторов риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Результаты

При проведенном анализе анамнестических данных исследуемых у 20 (71%) женщин образование высшее. У 28 (100%) брак зарегистрирован. Вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания) не зарегистрированы.

Один рубец на матке имели 4 (14%) беременных. Артериальная гипертензия и преэклампсия во время настоящей беременности у 5 (17%). Анемия легкой степени тяжести 10 (35%), у 2 (7%) средней степени тяжести.

Медикаментозная терапия: антибиотикотерапия у 1 (3%) беременной в раннем сроке, в 18 нед по поводу обострения хронического пиелонефрита (цефазолин), у 5 (18) антигипертензивная терапия (допегит). Витаминно-минеральные комплексы применяли 23 (82%) беременных, препараты железа – 12 (42%).

У большинства женщин основной группы произошли преждевременные роды - 22 (78%).

При анализе факторов риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты статистически значимые отличия были обнаружены по следующим критериям: один рубец на матке 17(60%), Артериальная гипертензия беременных 15(53% (в том числе зарегистрированные во время родов, и раннем послеродовом периоде)), стремительные роды в анамнезе 5(17%), ожирение 7(25%), экстрагенитальные заболевания: анемия 12(42%) , инфекционные заболевания во время беременности 21 (75%).

Обсуждение

Проведенное исследование показывает о повышенном риске преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у пациенток с гестационным артериальной гипертензией, рубцом на матке, что соответствует с отечественной статистикой. Косвенное значение имеет анемия легкой и средней степени тяжести у беременных.

Такие факторы как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в анамнезе, предлежание плаценты, преэклампсия в нашем исследовании не зарегистрировано, что обусловлено наблюдением таких пациенток на третьем уровне по регионализации, и своевременном госпитализации для планового родоразрешения.

У большинства были преждевременные роды. Влияние на риск возникновения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты таких факторов, многоплодие, медикаментозная терапия во время беременности, многоводие не было достоверно значимым.

Заключение

Таким образом, полученные данные показывают о повышенном риске преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у пациенток с артериальной гипертензией, у

женщин с рубцом на матке. Влияние на риск возникновения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты таких факторов, как многоводие, многоплодие, медикаментозная терапия во время беременности, не было достоверно значимым.

В свою очередь, при развитии плацентарной недостаточности важную роль играют другие косвенные факторы риска, например, ожирение, анемия. Коррекция и своевременное лечение экстрагенитальных заболеваний, регионализация беременных, плановое родоразрешение эффективно снижает частоту преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Литература:

1. Cande V Ananth, PhD, MPH, Wendy L Kinzler, MD, FACOG, Charles J Lockwood, MD, MHCМ: Acute placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences, 2022.
2. Maeland KS, Morken NH, Schytt E, et al. Placental abruption in immigrant women in Norway: A population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021.
3. Lueth A, Blue N, Silver RM, et al. Prospective evaluation of placental abruption in nulliparous women. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022; 35:8603.
4. Mehraban SS, Lagodka S, Kydd J, et al. Predictive risk factors of adverse perinatal outcomes following blunt abdominal trauma in pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022; 35:8929.
5. Bączkowska M, Zgliczyńska M, Faryna J, et al. Molecular Changes on Maternal-Fetal Interface in Placental Abruption-A Systematic Review. *Int J Mol Sci* 2021; 22.
6. Kojima T, Takami M, Shindo R, et al. Perinatal outcomes of recurrent placental abruption. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2021; 34:2192.
7. Bellos I, Pergialiotis V, Papapanagiotou A, et al. Comparative efficacy and safety of oral antihypertensive agents in pregnant women with chronic hypertension: a network metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223:525.
8. Panagiotopoulos M, Tseke P, Michala L. Obstetric Complications in Women With Congenital Uterine Anomalies According to the 2013 European Society of Human Reproduction and Embryology and the European Society for Gynaecological Endoscopy Classification: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2022; 139:138.
9. Naeh A, Sigal E, Barda S, et al. The association between congenital uterine anomalies and perinatal outcomes - does type of defect matters? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022; 35:7406.
10. Eubanks AA, Walz S, Thiel LM. Maternal risk factors and neonatal outcomes in placental abruption among patients with equal access to health care. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2021; 34:2101.
11. Rasmussen S, Ebbing C, Linde LE, Baghestan E. Placental abruption in parents who were born small: registry-based cohort study. *BJOG* 2018; 125:667.
12. Baghlaf H, Spence AR, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Pregnancy outcomes among women with asthma. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019; 32:1325.
13. Wu P, Sharma GV, Mehta LS, et al. In-Hospital Complications in Pregnancies Conceived by Assisted Reproductive Technology. *J Am Heart Assoc* 2022; 11:e022658.
14. Nkwabong E, Njikam F, Kalla G. Outcome of pregnancies with marginal umbilical cord insertion. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2021; 34:1133.
15. Lee KE, Wen T, Faye AS, et al. Delivery risks and outcomes associated with grand multiparity. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022; 35:7708.
16. Litman EA, Yin Y, Nelson SJ, et al. Adverse perinatal outcomes in a large United States birth cohort during the COVID-19 pandemic. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2022; 4:100577.
17. Son M, Gallagher K, Lo JY, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy Outcomes in a U.S. Population. *Obstet Gynecol* 2021; 138:542.

18. Kumar M, Puri M, Yadav R, et al. Stillbirths and the COVID-19 pandemic: Looking beyond SARS-CoV-2 infection. *Int J Gynaecol Obstet* 2021; 153:76.
19. Qiu Y, Wu L, Xiao Y, Zhang X. Clinical analysis and classification of placental abruption. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2021; 34:2952.
20. Ananth CV, Patrick HS, Ananth S, et al. Maternal Cardiovascular and Cerebrovascular Health After Placental Abruption: A Systematic Review and Meta-Analysis (CHAP-SR). *Am J Epidemiol* 2021; 190:2718.

УДК 618.17-008.8:616.896.

Әділова Д.Ә., Мекебаева Д.Ж. Смаилова.Л.К., Искаков С.С.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.

*Научный руководитель: Смаилова Лазат Кенжебековна, PhD MS, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский Университет Астана», почетный профессор Самаркандского Государственного Медицинского Университета
Заведующий кафедрой к.м.н. (Ph.D.), профессор Искаков С.С.*

Актуальность: Аутизм — точнее, расстройства аутистического спектра (РАС) — это группа состояний, характеризующихся нарушением общения, социального взаимодействия и наличием стереотипных форм поведения. [1]

В стране по состоянию на 1 марта 2023 года официально зарегистрировано 6863 ребёнка в возрасте от 0 до 17 лет, состоящих на динамическом наблюдении с диагнозом «Аутизм». [2]

Ключевые слова: менструация, аутизм, РАС (расстройство аутистического спектра)

Цель исследования: изучить аспекты менструальной функции и полового развития у девочек с расстройствами аутистического спектра в современных литературных источниках.

Материалы, методы, результаты исследования: В ходе исследования были изучены отечественные и зарубежные научные статьи, посвященные проблемам менструации и полового развития у девочек с РАС

Есть гипотеза, что изменения в мозге, характерные для аутизма, могут оказывать влияние на начало полового созревания. Некоторые исследования показали, что у девочек с аутизмом могут быть особенности в развитии гипоталамуса, который контролирует начало менструации. Изменения в мозговых структурах, таких как гипоталамус и гипофиз, могут ускорить начало полового созревания. [3]

Девочки с аутизмом часто испытывают повышенные уровни стресса и тревожности, что может ускорить начало полового созревания. Хронический стресс может влиять на гормональный фон, в том числе повышать уровень кортизола, который может воздействовать на уровень половых гормонов, влияя на начало менархе. [4]

Детям с аутизмом часто требуется больше времени, чтобы приспособиться к изменениям в своей жизни и понять их, чем нормотипичным детям. И поскольку вы не можете точно знать, когда у вашей дочери начнутся первые месячные, будет желательным начать говорить об этом пораньше. Кроме того, если девочка не знает или не понимает, что такое менструация, она может испугаться, что с ней что-то не так и почему потекла кровь и ей больно. Разговор,

проведенный заранее, может помочь убедиться, что ваша дочь подготовлена к новому периоду своей жизни. [5]

Респонденты подчеркнули необходимость того, чтобы молодые люди знали, «что происходит до их первой менструации», чтобы это «не стало ужасающим сюрпризом». В частности, они должны понимать, что спазмы, которые приходят во время менструации, «могут быть болезненными», и что могут быть и другие физические симптомы, включая вздутие живота (задержка воды), «нежную грудь», «изменения кожи» или акне, изменения в пищевых привычках, запоры и «то, как это влияет на ваш вес». Несколько аутичных респондентов особо отметили, что «было полезно знать заранее, что я не умираю» от кровотечения и/или боли.

Не надо делать менструацию синонимом «стать взрослой» или «стать женщиной».

Вопросы возраста и пола могут быть очень сложными для аутичных детей, и рассуждения на эту тему могут только запутать их или вызвать негативную реакцию. У некоторых детей могут быть «слишком детские» интересы, с которыми они не хотят расставаться, или, возможно, девочка чувствует, что она совсем не похожа на других девочек. Объясняя, что такое менструация, делайте акцент на том, что это просто функция тела, которая появится, когда они станут старше.

Важно, чтобы дети могли назвать любую часть своего тела. Поэтому для объяснения менструации важно объяснить слово «вагина», а также где она находится. Достаточно просто объяснить, что это отверстие, из которого во время менструации выходит кровь.

Очень часто дети не понимают, откуда при менструации появляется кровь. Важно научить девочку трем правильным названиям: уретра (откуда выходит моча), вагина (откуда выходит менструальная кровь) и анус (откуда выходят фекалии). Это необходимый минимум. [6]

Уровень интеллекта и понимания речи у людей в спектре аутизма может существенно варьироваться, следовательно, требуется гибкий и индивидуализированный подбор инструментов и материалов для обучения. Дополнительную проблему может представлять повышенная морная чувствительность, распространенная среди людей с РАС: может потребоваться десенсибилизация прикосновения к коже таких обычных предметов, как прокладки или презервативы. Часто обучение навыкам из этой сферы откладывается специалистами и родителями на потом из-за сложностей в обучении, из-за впечатления, что эти знания и навыки не являются важными и нужными на данный момент.

Однако обучение людей с РАС навыкам сексуального поведения чрезвычайно важно. Прежде всего, как и все другие люди, лица с РАС имеют право на половой акт.

Немногочисленные исследования показывают, что люди с РАС выражают желание состоять в романтических отношениях, вступают в такие отношения и занимаются половым актом примерно так же часто, как и люди из контрольной группы, при этом сексуальное просвещение для людей с РАС гораздо менее доступно, чем для их сверстников: их, как правило, начинают учить необходимым навыкам уже после начала половой жизни, а источники для самостоятельного изучения ограничены медиа и собственным опытом. Существует серьезная проблема: люди с РАС в 2,5,3 раза чаще жертвами сексуального принуждения и насилия, чем их сверстники. Предиктором этого, в первую очередь, является сам по себе аутизм, но существенное влияние на уровень риска оказывает полнота информирования людей с РАС о сексуальных взаимоотношениях, о приемлемых и неприемлемых видах касаний и действий.

Выводы: Таким образом, своевременное обучение людей с РАС навыкам половой сферы не только обеспечивает их человеческое право на романтические и интимные отношения, но и уменьшает вероятность стать жертвой сексуального насилия. [7]

Список литературы:

- 1."Life is Much More Difficult to Manage During Periods": Autistic Experiences of Menstruation Robyn Steward 1, Laura Crane 1, Eilish Mairi Roy 1, Anna Remington 1, Elizabeth Pellicano 2
- 2.<https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/press/news/details/531565?lang=ru>

3. Jansen, A. E., et al. (2018). "Autism spectrum disorder and puberty: A review of the neurobiological mechanisms and clinical implications." *Psychoneuroendocrinology*, 89, 56-64. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.12.020.
4. Swaab, D. F. (2017). "The Human Hypothalamus and its Disorders." Elsevier Science (для более детального описания связи между стрессом и половым созреванием). DOI: 10.1016/B978-0-12-802051-1.00012-4.
5. Автор статьи - Морозова Оксана Александровна, кризисный психолог. Перепечатка материалов допускается со ссылкой на автора https://www.b17.ru/morozova_oa/
6. Десять советов для подготовки аутичной девочки к менструациям • Аутизм — это
7. Купер Дж., Херон Т. Э., Хьюард У. Л., (2 Прикладной анализ поведения. М.: «Практика») Effectiveness of menstruation hygiene skills training for adolescents with autism – PubMed 2018 Dec;48(12):4287-4292. doi: 10.1007/s10803-018-3664-0.

УДК 618.1-007

Әйтенова Ә. Ә., Әбілғазиева А.М.

СИНДРОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Научный руководитель: Смаилова Лазат Кенжебековна, PhD MS, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский Университет Астана, Казахстан, почетный профессор Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Введение. Синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (МРКХ) является редким врожденным заболеванием, которое проявляется аплазией матки и верхней части влагалища. Пациентки обычно обращаются к врачам в подростковом возрасте с жалобами на первичную аменорею, при этом вторичные половые признаки развиты нормально. Синдром классифицируется на два типа: тип I (изолированная аплазия матки и влагалища) и тип II (сопровождается экстрагенитальными аномалиями, такими как пороки развития почек, скелета, слуха или сердца).

Актуальность. Частота данного синдрома составляет около 1 случая на 4500–5000 новорожденных девочек, что делает его одной из ведущих причин первичной аменореи. Несмотря на редкость, синдром оказывает значительное влияние на качество жизни пациенток, затрагивая как репродуктивную, так и психоэмоциональную сферы. Диагностика часто запаздывает, а лечение требует комплексного подхода с участием специалистов разных профилей - гинекологов, эндокринологов, психологов и хирургов. Современные достижения в области реконструктивной хирургии, а также возможности ЭКО с суррогатным материнством открывают новые перспективы для женщин с этим синдромом. Изучение синдрома МРКХ остаётся актуальным с точки зрения ранней диагностики, совершенствования методов лечения и психологической адаптации пациенток. Кроме того, понимание этиологических и генетических механизмов развития данного состояния способствует углублению знаний о внутриутробном формировании репродуктивной системы.

Цели и задачи. Целью данной работы является проведение литературного обзора.

Материалы и методы исследования. Данные для проведения литературного обзора собирались с интернет ресурса Национальной Медицинской Библиотеки США (PubMed). В наш литературный обзор было включено 10 статей, которые были опубликованы за последние десять лет, в период с 2015 по 2025 года. Критериями исключения являлись наличие личного

интереса авторов, отсутствие полноты и достоверности данных, а также давность публикации более 10 лет.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования проведенного авторами было обнаружено, что у пациентов с синдромом МРКХ часто наблюдались поражение левой части рудиментарной матки, а также ипсилатеральный яичник и/или фаллопиевая труба, выступающая в грыжу. Боль в животе и грыжевое выпячивание могли быть основными жалобами, в то время как у некоторых людей симптомы и вовсе отсутствовали. Хирургическое удаление рудиментарной матки были эффективной стратегией лечения паховой грыжи. Когда пациенты с синдромом МРКХ жаловались на боль в животе неизвестной причины, следует заподозрить рудиментарную паховую грыжу матки.[1] У пациенток с синдромом МРКХ, проявляющимся тазовой болью, не поддающейся анальгетической терапии, наличие гинекологического осложнения всегда следует рассматривать среди возможных диагнозов. Необходимо использовать ультрасонографию и КТ или МРТ для более высокой точности и лучшей предоперационной подготовки. Однако окончательный диагноз, ввиду редкости и анатомической сложности этих поражений, может быть поставлен только посредством хирургической процедуры и гистологической оценки. Авторы показали, что этиопатогенез лейомиом до сих пор остается неясным, а кластер агонистов и антагонистов с их рецепторами, участвующими в развитии, требует уточнения. Наконец, из их обзора следует, что возникновение новых миоматозных новообразований у пациенток с МРКХ может вызвать острый живот, который требует срочной операции. По этой причине пациентки, перенесшие тазовую операцию, могут извлечь пользу из профилактического удаления остатков матки с помощью минимально инвазивной хирургии с незначительным дискомфортом для пациенток.[2] Авторы сообщают о редком случае гигантской миомы матки после вагинопластики у 31-летней китайской пациентки, у которой был диагностирован синдром МРКХ. Пациентка, перенесшая вагинальную реконструкцию 4 года назад, обратилась с жалобами на вздутие живота в течение предыдущих 2 недель. Трансабдоминальное УЗИ показало твердую массу размером приблизительно 10 × 10 см в нижней части живота. Впоследствии пациентке была проведена диагностическая лапаротомия, и из ее рудиментарной матки была удалена лейомиома. Помимо этого случая, в ходе поиска литературы было выявлено семь случаев, опубликованных в период с 2004 по 2020 год. Результаты настоящего и ранее опубликованных работ свидетельствуют о том, что гинекологам следует уделять особое внимание рискам осложнений со стороны органов малого таза у пациенток с синдромом МРКХ, ранее перенесших хирургическое вмешательство, и позаботиться о соответствующих методах лечения.[3] Пациентки с неовагинами подвержены развитию плоскоклеточных карцином или аденокарцином в зависимости от того, используются ли кожные или кишечные трансплантаты. В зависимости от локального состояния на момент постановки диагноза требуется радикальное или комбинированное лечение. Следует изучить какие стратегии скрининга на ВПЧ, плоскоклеточный рак и аденокарциному следует проводить.[4] Грыжа яичников и мюллеровых структур в паховом канале обычно наблюдается у младенцев и редко встречается у взрослых. Авторы представили редкий случай агенезии мюллеровых протоков и мозаичного синдрома Тернера с тубоовариальной паховой грыжей. Это первый зарегистрированный случай необычной ассоциации атипичного МРКХ, мозаичного синдрома Тернера и тубоовариальной грыжи в паховом канале. Случай подчеркивает необходимость и важность полного обследования этих атипичных случаев, поскольку у пациентов может быть более одной причины первичной аменореи. Перед любым медицинским вмешательством необходимо полное обследование.[5] Авторы стремились собрать существующие данные в области эмбриопатогенеза и генетики, чтобы обсудить возможную связь между позвоночным дефектом, анальной атрезией, сердечным дефектом, трахеопищеводным свищом/атрезией пищевода, почечным дефектом и ассоциацией дефекта конечности и синдромом МРКХ. Сочетание дефекта позвоночника, анальной атрезии, сердечного дефекта, трахеопищеводного свища или атрезии пищевода, почечного дефекта и ассоциации дефекта конечности и синдрома МРКХ встречается крайне

редко. Эта группа пациентов имеет необычные фенотипические характеристики. Долгосрочный результат после лечения дефектов не описан должным образом. Единая объединяющая причина неизвестна, и этиология, вероятно, включает как генетические, так и негенетические причины. Авторы подчеркнули важность будущих исследований для оптимизации лечения и определения этиологии.[6] Согласно проведенному авторами систематического обзора все хирургические методы создания неовагины у пациенток с синдромом Рокитанского успешно повлияли на результаты сексуальной функции. Учитывая все другие факторы, влияющие на результаты сексуальной функции в долгосрочной перспективе, необходимы дополнительные количественные и качественные исследования для оценки сексуальной удовлетворенности у пациентов, прошедших лечение с помощью хирургических методов. [7] Синдром МРКХ может быть связан с психологическими симптомами и ухудшением качества жизни, но особенно с низкой сексуальной самооценкой. Авторы провели систематический обзор и обнаружили, что женщины могут испытывать трудности в интимной жизни и раскрытием информации партнерам.[8] Синдром МРКХ является второй по частоте причиной первичной аменореи с частотой 1:4000-5000. Он характеризуется аплазией или гипоплазией матки и верхних двух третей влагалища с нормальными яичниками и трубами и нормальными вторичными половыми признаками. Возникновение лейомиомы является распространенным, но редко встречается лейомиома в остатках матки при синдроме МРКХ. Хотя в литературе описано несколько случаев синдрома МРКХ с лейомиомой, ни один из них не сопровождался задержкой мочи. Авторы сообщили о случае 28-летней женщины с задержкой мочи, которая выявила глубоко внедренные огромные фибромиомы в области таза, возникающие из рудиментарных рогов матки и ее безопасном лечении с помощью лапароскопического подхода.[9] Женщины с синдромом МРКХ могут воспроизводить потомство после трансплантации матки или ЭКО с использованием суррогатной матери. Поскольку трансплантация матки все еще является экспериментальной процедурой, данные об их клинических результатах с использованием методов вспомогательной репродукции крайне важны для консультирования на основе фактических данных. Для этой цели был проведен систематический неограниченный поиск электронной литературы. Отчетность о результатах лечения пациентов с синдромом МРКХ, проходящих вспомогательные репродуктивные технологии, в доступной литературе не является оптимальной и характеризуется предвзятостью, непоследовательными отчетами, включая небольшое количество пациентов, лечившихся в течение длительного периода времени, и отсутствием систематических отчетов из крупных центров ЭКО. Ни один из национальных реестров не содержит конкретных данных о результатах лечения пациентов с синдромом МРКХ. Недостаток данных ограничивает возможность делать однозначные выводы, но обосновывает необходимость систематической многоцентровой системы отчетности.[10]

Заключение. Хотя еще многое предстоит узнать об этиологии МРКХ, в последние десятилетия был достигнут устойчивый прогресс в отношении эффективных диагностических методов и надлежащего медицинского ведения. Нехирургические подходы к созданию неовагины находятся в центре терапевтических возможностей и должны быть рекомендованы также для большинства пациентов, проходящих хирургическое лечение, чтобы сохранить функциональные результаты. Лечение в детском или раннем подростковом возрасте не рекомендуется из-за неприемлемого уровня осложнений и потому, что для оптимальных результатов требуется полное понимание и участие со стороны пациента. Варианты фертильности посредством ЭКО с использованием аутологичных ооцитов и суррогатного гестационного носителя становятся все более доступными. Следует рассмотреть возможность постоянного наблюдения за психологическим благополучием этих пациентов. Наконец, поскольку это состояние встречается редко, существуют ограничения в получении данных из долгосрочных последующих исследований, что, в свою очередь, затрудняет возможность предлагать основанные на доказательствах варианты при консультировании пациентов с МРКХ. Усилия по созданию международных центров передового опыта по уходу за

женщинами со сложными врожденными аномалиями с разработкой соответствующих баз данных могут способствовать более точному сравнению текущих вариантов лечения.

Список использованной литературы:

1. Dai, Y., Qin, C., Zhu, L., & Luo, G. (2023). Hernia uterine inguinale associated with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: Three case reports and literature review. *Medicine*, 102(5), e32802. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032802>
2. Romano, F., Carlucci, S., Stabile, G., Mirenda, G., Mirandola, M., Mangino, F. P., Romano, A., & Ricci, G. (2021). The Rare, Unexpected Condition of a Twisted Leiomyoma in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) Syndrome: Etiopathogenesis, Diagnosis and Management. Our Experience and Narrative Review of the Literature. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5895. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115895>
3. Qiu, S., Xie, Y., Zou, Y., & Wang, F. (2021). Giant hystero-myoma after vaginoplasty in a woman with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: case report and review of the literature. *The Journal of international medical research*, 49(12), 3000605211066394. <https://doi.org/10.1177/03000605211066394>
4. Fernández-Ruiz, M., Pantoja-Garrido, M., Frías-Sánchez, Z., Rodríguez-Jiménez, I., & Aguilar-Martín, M. D. V. (2019). Epidermoid carcinoma in the neovagina of a patient with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. Case report and literature review. Carcinoma epidermoide de neovagina en paciente con síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 70(4), 266–276. <https://doi.org/10.18597/rcog.3328>
5. Mahey, R., Rana, A., Cheluvharaju, R., Vyas, S., Raj, R., & Bhatla, N. (2023). An unusual association of type II Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome, turner mosaic syndrome and tubo-ovarian inguinal hernia- case report and review of literature. *Journal of ovarian research*, 16(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13048-022-01067-0>
6. Bjørsum-Meyer, T., Herlin, M., Qvist, N., & Petersen, M. B. (2016). Vertebral defect, anal atresia, cardiac defect, tracheoesophageal fistula/esophageal atresia, renal defect, and limb defect association with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome in co-occurrence: two case reports and a review of the literature. *Journal of medical case reports*, 10(1), 374. <https://doi.org/10.1186/s13256-016-1127-9>
7. HadaviBavili, P., İlçioğlu, K., & Hamlacı Başkaya, Y. (2023). Evaluation of Sexual Function Outcomes in Patients with Rokitansky Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of minimally invasive gynecology*, 30(9), 705–715. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2023.05.014>
8. Facchin, F., Francini, F., Ravani, S., Restelli, E., Gramegna, M. G., Vercellini, P., & Aimi, G. (2021). Psychological impact and health-related quality-of-life outcomes of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of health psychology*, 26(1), 26–39. <https://doi.org/10.1177/1359105319901308>
9. Jain, N., Kriplani, I., Sharma, S., Hanumantaiya, S., & Kriplani, A. (2022). Urinary retention unveiling deeply embedded multiple leiomyomas in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome and its successful laparoscopic management: a case-report and literature review. *Journal of surgical case reports*, 2022(6), rjac291. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjac291>
10. Friedler, S., Grin, L., Liberti, G., Saar-Ryss, B., Rabinson, Y., & Meltzer, S. (2016). The reproductive potential of patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome using gestational surrogacy: a systematic review. *Reproductive biomedicine online*, 32(1), 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.09.006>

Имирова Д.К., Малгаждарова Б.С., Тулемисова А.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

*Областная многопрофильная больница №2 Акмолинской области, кафедра акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана» г. Астана, Казахстан
Директор ГКП на ПХВ МОБ №2 Бюрабеков И.Д.
Заведующий кафедрой к.м.н. (Ph.D.) Искаков С.С.*

Аннотация. Вопросы психологических и психосоматических состояний в период беременности и родов являются заслуживающими внимания как для медицинских сотрудников, так для супружеских пар, которые планируют потомство. Это связано с тем, что в настоящее время наблюдается значительная распространенность психосоматических расстройств: от 15 до 50 % в общей популяции, 21-33 % в амбулаторных и 28-53 % в стационарных учреждениях соматического профиля [1,2]. В течение последних десятилетий изучение особенностей психоэмоциональных нарушений у женщин в период беременности и послеродовом периоде является предметом повышенного интереса специалистов в области акушерства, гинекологии, клинической психологии и психиатрии. Несмотря на большое количество научных исследований перинатальных аффективных расстройств и влияния на их развитие течения беременности, родов и послеродового периода динамика эмоциональных состояний и их проявлений у женщин слабо изучена. Ведущие специалисты в данной области рассматривают нарушения психоэмоциональной сферы у женщин в качестве этиологического фактора развития акушерско-гинекологических осложнений разной степени тяжести. По данным российских исследователей, на фоне устойчивых нарушений эмоциональной сферы и низкого качества жизни до 50 % психически здоровых матерей не могут выработать адекватного отношения к ребенку на первом году его жизни [3,4].

Цель исследования: обзор литературы по вопросам психологических и психосоматических состояний в период беременности и родов с использованием электронных библиотек Scopus, PubMed, Cochrane Library и CyberLeninka и статей, опубликованных в специальных медицинских литературах.

Результаты и обсуждение. Термин «психосоматика» (от греч. «психо» — разум, «сома» — тело) был введён немецким психиатром Хайнротом в 1818 г. В 1922 г. Феликс Дойч сформулировал понятие «психосоматическая медицина», однако современный вид она приобрела только в 1930-х гг. в результате слияния двух концепций — психогенеза болезни и холизма, — имеющих древнюю традицию в западной мысли и медицине [5]. Идея психогенеза привела к появлению концепции психосоматического заболевания — физического недуга, вызванного психологическими факторами, в том числе особенностями личности и подсознательными конфликтами [6].

В настоящее время психосоматическая медицина основывается на главных постулатах мультикаузальности биопсихосоциальной модели, предложенной терапевтом и психоаналитиком Джорджем Энгелем [7]. Так, состояние болезни или относительного здоровья — это следствие взаимодействия между биологическими (наследственность, контакт с инфекционными агентами), психическими (особенности личности, психические расстройства) и социальными факторами (наличие родственников, друзей, условия работы, психологическое благополучие на работе).

Согласно рекомендациям 6-го семинара Всемирной организации здравоохранения, проведённого в Швейцарии в 1970 г., основной составляющей ПР следует считать физиологические расстройства на фоне ярких эмоций. Эмоциональное напряжение,

обусловленное стрессом, приводит к гиперактивации нейроэндокринной и вегетативной нервной систем, что в совокупности с наследственной предрасположенностью приводит к заболеванию того или иного внутреннего органа [8]. Психиатрик Франц Александер рассматривал ПР как пограничные состояния между неврозом и психозом [9].

Понимание основ психосоматических заболеваний позволяет увидеть, из-за каких психоэмоциональных состояний человека и/или унаследованных им от родителей и предков, а также искаженных представлений о своем настоящем и будущем. Механизм адаптации к этим искажениям в виде схем и последовательности представлен в 1 рисунке.



Рисунок 1. Три аспекта жизни человека для работы психотерапевта с психосоматическими проблемами.

Одним из важнейших моментов в ходе диагностики является поиск программирующих причин — эмоционально-негативных переживаний в прошлом, которые сформировали дальнейшую стратегию и закрепили её в настоящем

С учетом разнообразия клинических проявлений психосоматических расстройств и обращения за помощью пациентов не только к психиатрам, но и к врачам других специальностей, и к представителям нетрадиционной медицины, в реальности эти показатели существенно выше. Несвоевременное обнаружение психосоматического фактора развития соматического заболевания часто приводит к назначению необоснованного и дорогостоящего лечения, в том числе и инвазивных вмешательств [10,11]. Основной причиной психосоматических расстройств является стресс, длительное воздействие которого на организм приводит к функциональным изменениям в органах и их постепенному разрушению. В влиянии психосоматических факторов на течение беременности и родов, то можно выделить два аспекта этой проблемы. Многочисленные исследования показали, что психическое состояние беременных женщин напрямую влияет на качественные характеристики их физического состояния.

Роль центральной и периферической нервных систем в физиологическом течении беременности и родов была наглядно продемонстрирована во многих клинических исследованиях, установивших значение «доминанты беременности» и роль гормонов в нормальном течении беременности и родов. Специфика психосоматического состояния беременных женщин заключается в том, что родовые осложнения могут возникать или не возникать в зависимости от их физического и психоэмоционального состояния.

Психосоматический подход при беременности признает, что психическое и физическое состояние матери может влиять на течение беременности. Это связано с тем, что, согласно теории П.К. Анохина, во время беременности формируется новая функциональная система «мать-плацента-плод». Кроме того, сама беременность является очень сильным эмоциональным фактором в жизни женщины и поэтому оказывает особое влияние на ее

психосоматическую деятельность [12]. Установлено, что нормальное течение беременности и родов подавляет некоторые симптомы уже существующего нервно-психического симптомокомплекса. Одной из наиболее важных особенностей является влияние эмоционального состояния матери на плод. Нейропсихические расстройства, которые часто встречаются у детей и преследуют их всю жизнь, связаны с особенностями внутриутробного пребывания. В связи с этим многие отечественные и зарубежные авторы указывают на необходимость оценки не только акушерского и физического, но и эмоционального статуса беременных женщин с ранних сроков беременности, т.е. с момента постановки на учет в женской консультации.



Рис 1. «Психосоматика unplanned беременности».

Психологические характеристики можно изучать и рассматривать в комплексе с другими традиционными показателями материнского здоровья, чтобы повлиять на отношение женщин к беременности, предстоящим родам и материнству.

По мнению некоторых авторов, к психологическим факторам, способствующим возникновению стрессовой ситуации во время беременности и развитию эмоциональных расстройств, относятся эгоцентризм, нежелание жертвовать собой ради ребенка, поведение, ставящее успех и профессиональные интересы превыше всего, эмоциональная неустойчивость, повышенная эмоциональная чувствительность, чувствительность, уязвимость, повышенная тревожность, повышенная мнительность, низкая самооценка, наличие нерешенных проблем в семье, а также ожидание родов, как значимого стрессового фактора во время беременности.



Рисунок 2 «Схема развития психосоматического заболевания во время беременности»

Значительным стрессовым фактором во время беременности является госпитализация в связи с различными акушерскими осложнениями. Многие зарубежные исследователи также указывают, что личностные особенности, психосоциальный стресс, психическое напряжение, усталость, тревога, депрессия и неадекватные механизмы преодоления стресса являются этиологией акушерских осложнений, приводящих к самопроизвольному аборту и преждевременным родам [13].

Помимо наличия соматических заболеваний, вторичных по отношению к состоянию самой беременности и степени патогенного влияния на физическое и психическое состояние беременной женщины, некоторые авторы выделяют наличие заболеваний мочеполовой сферы, которые отягощают акушерско-гинекологический анамнез. Этот фактор усиливает страх женщин перед последствиями родов и усугубляет нервно-психическое напряжение. Во время беременности в организме женщины происходят многочисленные физиологические изменения, способствующие правильному функционированию комплекса плацентарно-плацентарного барьера, развитию плода, подготовке к родам и лактации, которые регулируются нервной и эндокринной системами

Послеродовой психоз является важным диагнозом, связанным с материнской смертностью в результате самоубийства. Биполярные расстройства в личном и семейном анамнезе являются важными факторами риска [14].

Таким образом, необходимо отметить, что в связи с более высокой частотой рецидивов, женщины должны получать тщательные консультации относительно прекращения приема антидепрессантов во время беременности. Дифференциация посттравматических стрессовых расстройств с сопутствующими тревожностью и депрессией, осведомленность о факторах риска и клинических особенностях психоза важны при лечении психосоматических расстройств во время беременности.

Психологическое расстройство чаще всего выражается в радости, но также в сомнениях, тревогах и плаче. Часто возникает страх перед неизвестным, трудностями беременности, родов, того, что может ли пара стать хорошими родителями, страх потери ребенка или рождения больного ребенка. Стресс во время беременности может иметь долгосрочные последствия для неврологического развития плода.

В настоящее время актуальным вопросом медицины является изучение влияния эмоционального состояния матери во время беременности на психологическое развитие ее ребенка. Стресс - это общий термин, который включает беспокойство и депрессию, а также стресс, вызванный сложными межличностными отношениями и реакцией на крупную катастрофу. Все эти аспекты стресса связаны с негативным воздействием на развитие ребенка [15].

Несколько независимых проспективных исследований показали, что, если мать испытывает стресс, беспокойство или депрессию во время беременности, ее ребенок подвергается большему риску возникновения ряда проблем, включая эмоциональные проблемы, синдром дефицита внимания с гиперактивностью или без нее (СДВГ), расстройства поведения и стресс. расстройства и стресс. нарушение когнитивного развития. Перинатальный стресс связан как с изменениями в структурах и функциях головного мозга, так и с травмами матери в детстве [16].

Первое место по распространенности психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде занимает тревожно-депрессивное расстройство с симптоматикой разной степени выраженности. Пренатальная тревога рассматривается отечественными и зарубежными исследователями как сложное комплексное понятие, включающее в себя генерализованную тревогу, отягощенную физическими аспектами беременности. Уровень тревоги является главным фактором, разграничивающим физиологически нормальную и осложненную беременность [17]. Симптомы тревоги хотя бы однократно могут наблюдаться более чем у 50 % беременных женщин, устойчивые тревожные состояния могут испытывать более 17 % женщин в период подготовки к родам. Большинство исследователей в области перинатальной психологии считают оптимальным умеренный уровень тревожности беременной женщины, который необходим для адаптации к ситуации беременности, родов и появлению ребенка [18; 19].

Некоторые исследования выявили более тесную связь с материнским настроением во время беременности по сравнению с отцовским настроением. Несколько исследований показали, что наблюдаемые эффекты не зависят от возможных смешивающих факторов, таких как вес при рождении, гестационный возраст, образование матери, употребление табака, употребление алкоголя и, что наиболее важно, послеродовая тревога и депрессия. Следовательно, хотя

эмоциональное состояние матери после родов и качество послеродового ухода явно влияют на многие аспекты развития ребенка, научные данные свидетельствуют о том, что пренатальные факторы также оказывают значительное влияние. Было установлено, что в нормальной популяции дети матерей, испытывающих наибольшее беспокойство во время беременности (15% наиболее тревожных), подвергались в два раза большему риску возникновения эмоциональных проблем, чем дети матерей, испытывающих меньшее беспокойство.

Очевидно, что важен не только токсический или экстремальный пренатальный стресс, поскольку несколько исследований показали, что такие проблемы, как повседневные хлопоты, беспокойство по поводу беременности или напряженность в межличностных отношениях могут оказывать негативное влияние на развитие плода. Были также продемонстрированы последствия некоторых катастрофических событий. Проведенные исследования доказали, что плоды уязвимы в разном гестационном возрасте. Было обнаружено, что риск возникновения таких проблем, как СДВГ связан со стрессом, пережитым во время беременности. Нарушение функций плаценты, позволяющее большему количеству кортизола (гормона стресса) достигать плода, вполне может быть значительным, как и в случае с иммунной системой матери. Исследования показали, что низкий уровень стресса на самом деле положительно влияет на развитие ребенка [20].

Таким образом, важность и актуальность комплексной диагностики психоэмоциональных нарушений у беременных женщин в перинатальном периоде определяет перспективные задачи для профессионального сообщества клинических психологов. Необходимо учитывать успешный опыт как зарубежных, так и отечественных исследователей, с целью использования психодиагностических методов в практике врачей и психологов, с учетом их адаптации под потребности женщин и их семей. Перспективной задачей в настоящее время остается вопросы междисциплинарного взаимодействия специалистов родовспоможения, перинатального психолога, неонатолога и педиатра раннего развития с целью содействия комплаенсу и сотрудничеству при ведении беременных, рожениц и родильниц. Совершенствование процедуры своевременного выявления нарушений психоэмоциональной сферы у беременных женщин в перинатальном периоде позволит специалистам по психологии оказывать необходимую комплексную медико-психологическую помощь и не допустить развития устойчивых аффективных расстройств в течении беременности, родов и в послеродовом периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cao J., Ding L. Psychosomatic Practice in Gastroenterology: New Insights and Models from China. *Psychother Psychosom.* 2019; 88 (6): 321- 326. <https://doi.org/10.1159/000502780>. Epub 2019 Sep 18. PMID: 31533116.
2. ↑7. Desai K. M., Kale A. D., Shah P. U., Rana S. Psychosomatic Disorders: A Clinical Perspective and Proposed Classification System. *Arch Iran Med.* 2018; 21 (1): 44-45. PMID: 29664670.
3. Коргожа М.А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение//*Медицинская психология в России.* – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-5
4. Голубых А.И., Савенышева С.С. Эмоциональные особенности беременных женщин и отношение к будущему ребенку и супругу // *Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ.* – 2014. – Т. 2. – С. 72–78.
5. Lipowski Z. J. Psychosomatic medicine: past and present. Part I. Historical background. *Can J Psychiatry.* 1986; 31 (1): 2-7. <https://doi.org/10.1177/070674378603100102>
6. García-Albea Ristol E., García-Albea Martín J. Cerebro, mente y síntoma [Brain, mind and symptoms]. *Rev Neurol.* 2006; 42 (7): 439-43. (In Spanish). PMID: 16602062.
7. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977; 196 (4286): 129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

8. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности / К.С. Карташова, И.Л. Шелехов, М.Н. Мытникова [и др.] // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2010. – № 2. – С. 103–106.
9. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review / С. Nilsson, Е. Hessman, Н. Sjöblom [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2018. – Vol. 18, № 1. – P. 28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7
10. Kradin R. L. Psychosomatic disorders: the canalization of mind into matter. J Anal Psychol. 2011; 56 (1): 37-55. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5922.2010.01889.x>
11. Wei J., Zhang L., Zhao X., Fritzsche K. Current Trends of Psychosomatic Medicine in China. Psychother Psychosom. 2016; 85 (6): 388-390. <https://doi.org/10.1159/000447780>
12. Васильева В.В., Авруцкая В.В. Особенности психо-эмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения // Психологический журнал. - 2008. - №3. - С. 110-119.
13. Горяйнов А.А. Психосоматический подход в современной медицине к патологии человека // Журнал «Врач-аспирант». - 2005. - №1(8). - С. 56-65.
14. Добряков И.В. Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин // Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. материалов конференции. СПб. - 1997. - С. 57-61.
15. Коваленко Н.П. Особенности психопрофилактики беременных женщин // Материалы конференции по перинатальной психологии: «Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей». СПб., - 1999. - С.31-43.
16. Кулавский В.А., Каюпова Г.Ф. Психоэмоциональный статус беременных различных возрастных групп // Мать и дитя: Материалы IV Всероссийского форума. М., -2002. - С.356-358.
17. Ушкалова А.В., Ушкалова Е.А. Тревожные расстройства и беременности // Врач. – 2013. – № 4. – С. 9–12.
18. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности / К.С. Карташова, И.Л. Шелехов, М.Н. Мытникова [и др.] // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2010. – № 2. – С. 103–106.
19. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review / С. Nilsson, Е. Hessman, Н. Sjöblom [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2018. – Vol. 18, № 1. – P. 28. doi: 10.1186/s12884-018-165
20. Мухаметзянова Э.Х., Красноперова О.А., Сушенцова Т.В. Критерии оценки психоэмоционального состояния первородящих // Акушерство и гинекология. -2010. - № 2. - С. 56-59.

ӘОЖ 618.7-008.454

Имирова Д.К., Малгаждарова Б.С., Тулемисова А.А.

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ДЕПРЕССИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*№2 көпбейінді облыстық аурухана,
 №2 акушерлік және гинекология кафедрасы
 КеАҚ «Астана медицина университеті», Астана қаласы
 Кафедра меңгерушісі м.ғ.к. (Ph.D.) Искаков С.С.*

Аңдатпа. Бұл мақалада босанғаннан кейінгі депрессияның таралуы, клиникалық ерекшеліктері, диагностикалық критерийлері, даму себептері және емдеу тәсілдері қарастырылады. Босанғаннан кейінгі депрессия (БКД) әйелдердің психикалық денсаулығына

елеулі әсер ететін, көпфакторлы патогенезі бар күрделі бұзылыс ретінде сипатталады. Зерттеулер көрсеткендей, оның дамуына гормоналды, иммунологиялық, генетикалық, психологиялық және әлеуметтік факторлар ықпал етеді. БҚД-ның қазіргі нозологиялық мәртебесі ғылыми ортада талқылануда. Американдық психиатриялық қауымдастық (АРА) және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) бұл бұзылысты дербес ауру ретінде қарастырмай, оны негізгі депрессиялық бұзылыстың қосалқы түрі ретінде жіктейді. Босанудан кейінгі кезеңде байқалатын депрессиялық эпизодтардың көпшілігі жүктілік кезінде басталуы мүмкін екені туралы зерттеу нәтижелері де қарастырылған. БҚД-ның скринингі мен диагностикасы өзекті мәселелердің бірі болып табылады, өйткені көптеген жағдайлар уақтылы анықталмай, әйелдер тиісті ем алмай қалады. Босанғаннан кейінгі психозды БҚД-ны ажырату, сондай-ақ биполярлық бұзылыс қаупін ескеру клиникалық тәжірибеде маңызды рөл атқарады. Мақалада БҚД-ның психотерапиялық және фармакологиялық емдеу тәсілдері, сонымен қатар әлеуметтік қолдаудың маңыздылығы қарастырылады. Босанғаннан кейінгі психикалық бұзылыстарды дер кезінде анықтау мен емдеуді жетілдіру ана мен бала денсаулығын қорғаудың маңызды аспектісі ретінде көрсетілген.

Түйінді сөздер: босанғаннан кейінгі депрессия, психикалық денсаулық, гормоналды өзгерістер, диагностика, емдеу әдістері, перинаталдық психология.

Кіріспе. БҚД– әйелдердің перинаталдық кезеңінде жиі кездесетін, ана мен бала денсаулығына айтарлықтай әсер ететін психикалық бұзылыс. Босану – әйел ағзасында күрделі физиологиялық және психологиялық өзгерістермен қатар жүретін өмірлік маңызды оқиғалардың бірі. Бұл өзгерістер ананың психикалық саулығына тікелей ықпал етіп, кейбір жағдайларда БҚД және психоз тәрізді патологиялық күйлердің пайда болуына себепші болуы мүмкін. БҚД-ның таралуы, клиникалық көрінісі және даму себептері бойынша жүргізілген зерттеулер бұл құбылыстың көпфакторлы сипатын айғақтайды. Оның патогенезінде гормоналды өзгерістер, генетикалық бейімділік, психологиялық және әлеуметтік факторлар маңызды рөл атқарады. Сонымен қатар, әйелдердің перинаталдық кезеңдегі психикалық жағдайы ұрпақтарының когнитивті, эмоционалдық және жүріс-тұрыс ерекшеліктеріне ұзақ мерзімді әсер етуі мүмкін.

Қазіргі психиатриялық жіктемелерде БҚД дербес нозологиялық бірлік ретінде емес, негізгі депрессиялық бұзылыстың қосалқы түрі ретінде қарастырылады. Алайда, босанғаннан кейінгі психикалық бұзылыстардың өзіндік ерекшеліктері бар болғандықтан, оларды зерттеу және нақты диагностикалық критерийлерді анықтау маңызды мәселе болып отыр. Сондай-ақ, БҚД-ның ауыр формаларын ерте анықтау, оның ішінде биполярлық бұзылыс пен босанғаннан кейінгі психозды ажырату клиникалық тәжірибеде ерекше маңызға ие.

Осы ғылыми шолудың негізгі мақсаты – БҚД-ның таралуын, этиопатогенезін, клиникалық ерекшеліктерін, диагностикасын және емдеу тәсілдерін талдау. Сонымен қатар, бұл зерттеу акушерлер мен психикалық денсаулық мамандарының кәсіби құзыреттілігін арттыруға ықпал етіп, босанғаннан кейінгі психикалық бұзылыстарды тиімді анықтау мен емдеу стратегияларын жетілдіруге бағытталған.

Әдебиеттерге шолу. БҚД – әйелдердің психикалық денсаулығына әсер ететін маңызды мәселе, оның этиологиясы, клиникалық көрінісі мен емдеу тәсілдері әртүрлі зерттеулерде қарастырылған. Бұл бөлімде БҚД-ға байланысты соңғы ғылыми еңбектерді талдай отырып, оның таралуы, себептері, қауіп факторлары, диагностикасы және емдеу әдістеріне қатысты мәліметтер жүйелендіріледі. БҚД-ның таралуы әртүрлі елдер мен популяциялар бойынша айтарлықтай өзгешеленеді. Wisner және әріптестері (2013) жүргізген зерттеуге сәйкес, 10 000 әйелдің тек 40%-ында ғана депрессиялық симптомдардың басталуы босанғаннан кейінгі кезеңмен тікелей байланысты болған, ал РАСТ консорциумының зерттеуі бойынша, БҚД жағдайларының 67%-ында симптомдар жүктілік кезінде басталған [1]. Бұл нәтижелер босанғаннан кейінгі депрессияның басталу уақыты кең ауқымда өзгертінін және оны тек босанудан кейінгі құбылыс ретінде қарастырудың жеткіліксіз екенін көрсетеді. БҚД-ның

дамуына ықпал ететін негізгі факторлар гормоналды өзгерістер, иммунологиялық процестер, генетикалық бейімділік, психологиялық және әлеуметтік стресс болып табылады. Краус және әріптестерінің (2014) зерттеуі босанғаннан кейінгі кезеңде неоптерин мен Т-лимфоциттердің деңгейінің жоғарылауы БҚД-мен ауыратын аналардың депрессиялық симптомдарымен байланысты екенін көрсетті. Сонымен қатар, Паркер және әріптестерінің (2015) зерттеуінде жүктіліктің ортасында D дәруменінің тапшылығы босанғаннан кейінгі депрессияның даму қаупін арттыратыны анықталған [2].

Генетикалық зерттеулер БҚД-ның тұқым қуалаушылық компоненттерін зерттеуге бағытталған. Австралиялық егіздер популяциясында жүргізілген зерттеулер БҚД-лық симптомдар мен невротизм арасында күшті генетикалық байланыс бар екенін көрсетті ($r = 0,33$), ал өмірдің басқа кезеңдеріндегі депрессиямен салыстырғанда бұл байланыс әлдеқайда төмен ($r = 0,17$) болған [18]. Швед популяциялық когорталық зерттеуі БҚД-ның фенотиптік өзгергіштігінің 14%-ы босанғаннан кейінгі емес негізгі депрессиямен ортақ емес генетикалық факторлармен байланысты екенін көрсетті, бұл оның өзіндік тұқым қуалаушылық механизмдері болуы мүмкін екенін айқындайды.

БҚД-ның диагностикасы психиатриялық жіктемелерде әртүрлі қарастырылады. DSM-5 бойынша, бұл бұзылыс «перинаталдық басталуы бар негізгі депрессиялық эпизод» ретінде анықталады [3]. Ал ICD-10 оны басқа диагностикалық санаттарға жатқызуға болмайтын босанғаннан кейінгі психикалық бұзылыс ретінде сипаттайды (F53 коды) [4]. Дегенмен, бұл тәсілдер БҚД-ның клиникалық ерекшеліктерін толық қамтымайды.

БҚД-ның диагностикасында Эдинбургтың босанғаннан кейінгі депрессия шкаласы (EPDS) кеңінен қолданылады [5]. Алайда, бұл құралдың белгілі бір шектеулері бар: мысалы, ол ұйқының бұзылуы мен дене салмағының өзгеруін бағаламайды, себебі бұл белгілер босанғаннан кейінгі кезеңдегі әйелдердің көбінде байқалады және олар міндетті түрде психикалық бұзылыстың болуын білдірмейді. Кейбір зерттеулер БҚД мен биполярлық бұзылыстар арасындағы байланысқа назар аударады. 15 жылдық когорттық зерттеу босанудан кейінгі кезеңде ауруханаға жатқызылған әйелдерде биполярлық бұзылысты диагностикалау қаупі төрт есе жоғары екенін анықтады. Сонымен қатар, биполярлық бұзылысы бар әйелдерде босанғаннан кейінгі психоз бен мания эпизодтарының жиілігі басқа өмір кезеңдеріне қарағанда жоғары екендігі дәлелденген [6].

БҚД-ның терапиясы кешенді тәсілді қажет етеді және оған психотерапия, фармакологиялық емдеу және әлеуметтік қолдау көрсету кіреді. Когнитивті мінез-құлық терапиясы және интерперсоналдық терапия БҚД-мен ауыратын әйелдерде тиімділік көрсеткен психотерапиялық әдістердің қатарына жатады.

Фармакологиялық емдеу антидепрессанттарды қолдануды қамтиды, алайда, босанғаннан кейінгі кезеңде антидепрессанттарды тағайындау кезінде сақтық қажет, себебі кейбір жағдайларда олар манияға ауысу қаупін арттыруы мүмкін. Босанғаннан кейінгі психоз жағдайында антидепрессанттарды монотерапия ретінде қолдану ұсынылмайды, өйткені бұл жағдайлар көбінесе биполярлық бұзылыстың көрінісі ретінде қарастырылады. Vloch және әріптестері жүргізген зерттеу гормоналды өзгерістерге жоғары сезімтал әйелдерде БҚД босанғаннан кейінгі депрессия симптомдарының айқын көрінетінін анықтады [7]. Бұл зерттеулердің нәтижелері гормоналды реттеудің БҚД-ны емдеуде болашақта қолданылу мүмкіндігін қарастыруға негіз бола алады.

БҚД-ны уақытылы анықтап, емдеу ана мен бала денсаулығын қорғаудың маңызды аспектілерінің бірі болып табылады. Ұлыбританиядағы зерттеулер ана суицидінің босанғаннан кейінгі өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі екенін көрсетті, ал перинаталдық психикалық бұзылыстарды уақытылы емдеу шығындары оларды елемеуден туындайтын экономикалық шығындардан әлдеқайда төмен екені анықталды.

БҚД-ның дамуына әсер ететін факторларды нақты анықтау үшін генетикалық, нейробиологиялық және психоәлеуметтік аспектілерді бірлесіп зерттеу маңызды болып табылады. Омикс әдістері (геномика, транскриптомика, метаболомика және протеомика) болашақта босанғаннан кейінгі депрессияның нақты биомаркерлерін анықтауға көмектесуі мүмкін.

Баланың дүниеге келуі – ана организміндегі физиологиялық және психологиялық өзгерістер кешенімен қатар жүретін биологиялық циклдегі маңызды кұбылыс. Бұл өзгерістер жасөспірімдік шақтағы көріністерден бастап айқын психикалық бұзылыстарға дейін жетуі мүмкін. Босанудан кейінгі кезең психикалық ауытқулардың, соның ішінде үрейлі күйзелістердің, күйзеліс жағдайларының және психоздық бұзылыстардың пайда болу қаупімен ерекшеленеді. БКД – аналардың денсаулығына кері ықпал ететін, денсаулық сақтау саласына жүктемені көбейтетін және жанұялық келіспеушіліктердің туындауына себепші болатын маңызды медициналық әрі әлеуметтік мәселе.

Ананың психоэмоционалдық белгілері балаға ұзақ мерзімді ықпал етіп, когнитивті, эмоционалдық және жүріс-тұрыс бұзылыстарына әкелуі мүмкін. Бұл әдебиеттерге шолу акушерлерді БКД-ның таралуы, клиникалық белгілері, анықтау әдістері, ұрпақтар үшін ықтимал салдары және емдеу тәсілдері туралы заманауи мәліметтермен таныстыруға бағытталған.

Негізгі мақсаты – мамандардың кәсіби біліктілігін арттыру, бұл өз кезегінде қажетті медициналық көмек пен терапиялық шараларды тиімді жүзеге асыруға мүмкіндік береді.

БКД оны босанудан кейінгі кезеңде кездесетін басқа психикалық өзгерістерден ажырататын үш негізгі ерекшелікке ие:

- Босанғаннан кейінгі 4-тен 6 аптаға дейінгі уақыт аралығында белгілердің байқалуы және олардың кем дегенде 2 апта бойы сақталуы.
- Кемінде бес депрессиялық белгінің болуы.
- Күнделікті істерді орындауға, соның ішінде нәрестеге күтім жасауға кедергі келтіріп, әйелдің өмір сапасына айтарлықтай кері әсерін тигізуі.

БКД -ның пайда болу себептері әлі де толық зерттелмеген. Дегенмен, ықтимал қауіп факторларын анықтауға арналған жекелеген ғылыми жұмыстар бар. Мысалы, Краус және оның әріптестері (2014) жүргізген зерттеу барысында, жүктілік кезіндегі және босанудан кейінгі кезеңдерде айтарлықтай иммунологиялық өзгерістер байқалған, соның ішінде неоптерин мен Т-лимфоциттердің деңгейінің жоғарылауы анықталған. Бұл өзгерістер БКД-мен ауыратын аналардағы күйзеліс белгілерімен өзара байланысты болып, олардың болжамдық маңыздылығын айқындайды.

Тағы бір зерттеу жүктілік кезеңінің орта шенінде D дәруменінің тапшылығы БКД дамуының ықтимал қауіп факторы болуы мүмкін екенін қарастырады. Паркер және оның әріптестері (2015) негізгі және қаныққан май қышқылдарының деңгейлеріндегі өзгерістерді жүктіліктің соңғы кезеңіндегі әйелдерде БКД пайда болуының ықтимал белгілері ретіне қарастырады.

Басқа ғылыми еңбектерде перзентханаларда БКД дамуының қауіп факторлары ретінде қабыну процестеріне назар аударылады. Жүктіліктің үшінші триместрінде және босанудан кейінгі кезеңде қабыну ауруларын емдеу, сондай-ақ баланы ана сүтімен қоректендіру ананың психикалық әл-ауқатын жақсартуға оң әсер етуі мүмкін [8].

БКД-ның нозологиясы әлі де талқыланып келеді. Американдық психиатрия қауымдастығы (АРА) мен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) ұсынған қазіргі диагностикалық жүйелер БКД дербес психикалық бұзылыс ретінде емес, оны негізгі депрессиялық бұзылыстың қосалқы түрі ретінде қарастырады. Мәселен, психикалық бұзылыстардың диагностикалық және статистикалық нұсқаулығының бесінші басылымында (DSM-5) БКД жүктілік кезеңінде немесе босанғаннан кейінгі алғашқы 4 апта ішінде басталатын симптомдармен сипатталатын «перинатальды басталуы бар» негізгі депрессиялық эпизод ретінде белгіленген. Бұл алдыңғы DSM-IV-тегі өзгерістермен салыстырғанда маңызды айырмашылық болып табылады, себебі бұрынғы редакцияда босанғаннан кейінгі алғашқы 4 аптадағы перинатальды кезең ғана қамтылған [10].

Аурулар мен денсаулыққа байланысты мәселелердің халықаралық статистикалық классификациясының (ICD-10) оныншы нұсқасы босанғаннан кейінгі психикалық бұзылыстардың жеке санатын анықтамайды, бірақ босанғаннан кейінгі 6 апта ішінде басталған және басқа диагностикалық санаттарға жатқызуға келмейтін психикалық бұзылыстарды сипаттау үшін F53 кодын (босанғаннан кейінгі психикалық және мінез-құлқ бұзылыстары, басқа рубрикаларда жіктелмеген) қолданады [11]. Алайда, ДДҰ бұл кодты тек ерекше

жағдайларда ғана пайдалануды ұсынады. Ұйымның мәліметтеріне сәйкес, F53 диагностикалық категориясы босанғаннан кейінгі кезеңде байқалатын депрессиялық эпизодтардың өзге уақытта кездесетін депрессиялық жағдайлардан айтарлықтай айырмашылығын көрсетпейді. Дегенмен, көптеген дамушы елдерде босанғаннан кейінгі психикалық бұзылыстар туралы деректерді жүйелеу және есепке алу мәселелерін шешу үшін осы санат қолданылуы мүмкін [12].

БКД-ны жіктеу мәселелері жалпы психикалық бұзылыстарды түсіну мен оларды жүйелеудегі белгісіздіктерді айқындайды. Қазіргі заманғы психиатриялық білім ғылыми реализмнің қатаң гносеологиялық стандарттарына толық сәйкес келмейді, бұл қолданыстағы диагностикалық жүйелерге сын көзқараспен қарауға негіз береді [13].

Осы мәселелерге жауап ретінде, АҚШ Ұлттық психикалық денсаулық институты психиатриялық зерттеулерді категориялық емес, көпөлшемді тәсілмен жүргізуге бағытталған домендік зерттеу критерийлерінің (RDoC) жүйесін әзірледі. Катберт пен Инсель RDoC әдіснамасының әйелдердің психикалық саулығына ықпалын зерттеу барысында, клиникалық симптоматикадан гөрі нейрондық желілердің гормоналды өзгерістерге жауап беру механизмдеріне басымдық беру қажеттігін алға тартты [14].

Зерттеу нәтижелері мен талқылау. БКД туралы деректер биполярлық бұзылыстарға қарағанда айтарлықтай сенімді болмағанымен, көптеген эпидемиологиялық және клиникалық зерттеулер босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдердің депрессияға шалдығу қаупі өмірдің басқа кезеңдерімен салыстырғанда едәуір жоғары екенін көрсетеді. Бұл жүктілік пен босанудың психопатологиялық процестерге ықтимал әсерін айғақтайды және этиологиялық байланыстардың болу ықтималдығын негіздейді.

Скандинавия елдерінде популяциялық деңгейде жүргізілген зерттеулер медициналық регистрлер мен сауалнамалық деректер негізінде ауруханаға жатқызу көрсеткіштерін талдап, ықтимал араласушы факторларды ескерді. Зерттеу нәтижелері босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдерде депрессия қаупінің басқа өмір кезеңдерімен салыстырғанда едәуір жоғары екенін көрсетті. Сонымен қатар, ретроспективті клиникалық зерттеулер бұған дейін негізгі депрессиялық бұзылысы бар әйелдердің БКД-лық эпизодтарды жиірек бастан өткеретінін анықтады [15].

Алайда, соңғы зерттеулер босану мен депрессияның даму уақыты арасында нақты себеп-салдарлық байланыстың бар екеніне күмән келтіруде. Wisner және әріптестері босанғаннан кейінгі 10 000 әйелге PPD скринингін жүргізіп, олардың тек 40%-ында ғана депрессиялық симптомдардың басталуы босанғаннан кейінгі кезеңмен тікелей байланысты екенін анықтады. Сол сияқты, РАСТ консорциумы (Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment) жүргізген зерттеу, оған Еуропа мен АҚШ-тан 6000-нан астам әйел қатысқан, ауыр БКД жағдайларының (Эдинбург БКД шкаласы бойынша орташа балл – 20,1) симптомдар 67%-ында босануға дейін пайда болғанын көрсетті [16]. Бұл мәліметтер көп жағдайда депрессиялық симптомдардың жүктілік кезеңінде дамып, босанғаннан кейінгі кезеңде жалғасатынын көрсетеді.

Осылайша, симптомдардың басталу мерзімі зерттеулердегі негізгі мәселелердің біріне айналады. Жүктілік кезінде депрессиялық белгілері бар әйелдер босанғаннан кейін ғана симптоматикасы пайда болатын әйелдерден қандай биологиялық механизмдер арқылы ерекшеленеді? БКД дамуына қандай әлеуметтік және психологиялық факторлар ықпал ете жүктілік кезеңінде және босанғаннан кейінгі мерзімде дамитын депрессиялық эпизодтар арасындағы өзара байланыс ерекше ғылыми қызығушылық тудырып, БКД-ның патогенезіне қатысты көптеген гипотезаларға сын көзқараспен қарауға негіз береді. РАСТ зерттеуі жүктілік барысында басталған депрессиялық симптомдармен сипатталатын БКД жағдайларының неғұрлым ауыр өтетінін анықтады. Бұл эпизодтар көбінесе босану кезіндегі асқынулармен және суицидтік ойлармен қатар жүрсе, босанудан кейінгі алғашқы төрт аптада пайда болатын депрессиялық жағдайларда жүктілік кезеңіндегі асқынулар жиі кездесуі мүмкін [17].

Клиникалық зерттеулер уақыт факторын маңызды детерминант ретінде қарастырады: БКД-ның басталуы биполярлық аффективті бұзылыспен және қайталанатын БКД эпизодтарымен жиі байланысты екені көрсетілген.

Депрессиялық симптомдардың басталу мерзімі әлі де пікірталас тудыратын мәселе болып қалып отыр. Перинатальды кезеңдегі депрессиялық бұзылыстардың негізінде жатқан биологиялық және психоэмоционалдық факторларды тереңірек зерттеу қажет, бұл болашақтағы диагностикалық және терапиялық тәсілдерді жетілдіруге ықпал етуі мүмкін.

Осы сұрақтарға жауап беру болашақ зерттеулердің маңызды бағыты болмақ.

Босанғаннан кейінгі кезеңде айтарлықтай биологиялық өзгерістер орын алады. Жүктілік кезінде жоғарылаған гонадалық стероидтар мен кортизол сияқты айналымдағы гормондардың деңгейі босанудан кейінгі кезеңде күрт төмендейді [18]. Осы аспектінің маңыздылығына қарамастан, БКД-лық эпизодтардың биологиялық механизмдерін зерттеу әлі де шектеулі күйде қалып отыр.

Blösch және әріптестері жүргізген зерттеу барысында эутимиясы бар және БКД тарихы бар әйелдер, сондай-ақ бақылау тобы қамтылды. Қатысушылар жүктілік пен босанудан кейінгі кезеңге тән гормоналды өзгерістерді модельдейтін зертханалық эксперименттерге тартылды. Алдымен оларға гонадотропин-релизинг гормонының (GnRH) агонисі енгізіліп, гонадалық гормондардың эндогендік өндірісі тежелді. Кейіннен жүктілік кезінде байқалатын гормондық деңгейлерді модельдеу мақсатында гонадалық стероидтардың супрафизиологиялық дозалары енгізілді (индукция кезеңі). Соңында, гонадалық стероидтар күрт тоқтатылып, босанғаннан кейінгі кезеңдегі гормондық жағдайлар жасанды түрде қайталанды.

Бақылау тобындағы әйелдерде психикалық өзгерістер байқалмағанымен, БКД тарихы бар әйелдердің 60%-дан астамы гормондық тоқтату кезеңінде айтарлықтай көңіл-күй ауытқуларына ұшырады. Бұл белгілі бір топтағы әйелдердің гормондық өзгерістерге жоғары сезімталдығын көрсетіп, босану оларға биологиялық триггер ретінде әсер етуі мүмкін деген гипотезаны растайды [19].

Тағы бір қызықты байқау – БКД тарихы бар әйелдерде симптомдардың айқындылығы босанудан кейінгі гормондық өзгерістерге ұқсас жағдайды жасанды түрде қайталаған кезде шарықтау шегіне жеткен. Сонымен қатар, депрессиялық симптомдар жүктілікке тән жоғары гонадалық стероид деңгейлерін имитациялау үшін прогестерон мен эстрадиол енгізілген индукция кезеңінің соңында да байқалды. Бұл нәтижелер кейбір жағдайларда БКД-лық эпизодтардың басталуы жүктілік кезеңінде орын алуы мүмкін екенін көрсетеді. Сондай-ақ, бұл деректер гормоналды өзгерістер мен БКД арасындағы өзара байланыстың бұрын болжанғаннан әлдеқайда күрделі екенін айғақтайды.

БКД-ның генетикалық бейімділігі туралы деректер әлі де жеткіліксіз. Фенотиптің ерекшеліктерін, әсіресе босанғаннан кейінгі кезеңде жедел басталатын және шектеулі уақытқа созылатын эпизодтарды бірізді түрде анықтаудың жоқтығы осы бағыттағы зерттеулерге кедергі келтіруі мүмкін.

Отбасылық зерттеулердің нәтижелері бойынша, босанғаннан кейінгі 6-8 апта ішінде дамитын депрессиялық эпизодтарда отбасылық факторлардың үлесі ең жоғары деңгейде байқалады. Бұл DSM-5-тегі БКД-ны анықтау критерийлерінің шектеулі болуы мүмкін екенін меңзейді.

БКД-ның генетикалық компоненттері жалпы негізгі депрессиямен (13-52%) салыстырмалы болғанымен, әртүрлі әдістемелер мен тәуелсіз үлгілерді қолданған үш бөлек зерттеу босанғаннан кейінгі кезеңде пайда болатын депрессия мен өмірдің басқа кезеңдеріндегі депрессиялық бұзылыстардың генетикалық негізінде белгілі бір айырмашылықтардың бар екенін көрсетті.

Австралияда жүргізілген егіздерге арналған зерттеу деректері бойынша, БКД-лық симптомдар мен невротизм арасында ($r = 0,33$) әйелдің өмірінің басқа кезеңдеріндегі депрессияға қарағанда ($r = 0,17$) анағұрлым күшті генетикалық байланыс бар екені анықталды [20].

Швецияда жүргізілген зерттеу барысында БКД скринингіне өзіндік бағалау жүргізген 3427 егіз жұп және БКД клиникалық диагнозы бар 580 006 сінділі популяциялық когорта талданды. Зерттеу нәтижелері бойынша, БКД фенотиптік өзгергіштігінің 14%-ы негізгі депрессиямен

ортақ емес генетикалық факторлармен байланысты екені анықталды, бұл оның ерекше тұқым қуалаушылық компонентін көрсетеді [21].

Психиатриялық геномика консорциумының мәліметтерін пайдаланып, биполярлық бұзылыс пен негізгі депрессия қауіпінің полигендік бағалауын жүргізген Берн және әріптестері босанғаннан кейінгі негізгі депрессиямен салыстырғанда, биполярлық бұзылыс пен өзін-өзі бағалау негізінде анықталған БКД арасында генетикалық қабаттасудың күшті екендігін анықтады. Алайда, зерттеудің салыстырмалы түрде шағын үлгісі (1420 жағдай және 9473 бақылау) және жоғары стандартты қателіктер нәтижелерді интерпретациялауда белгілі бір шектеулер туындатты.

Бұл нәтижелер БКД генетикалық негізін тереңірек зерттеуді қажет етеді, сондай-ақ оның негізгі депрессиялық бұзылыстардан ерекшеленетін генетикалық ерекшеліктерін анықтау үшін кең ауқымды зерттеулер жүргізудің маңыздылығын көрсетеді.

Аналық рөлге көшу – терең психоэлеметтік әсері бар маңызды өмірлік кезең. Сәби дүниеге келгеннен кейін отбасында әлеуметтік және қаржылық жүктеме артады, әсіресе табысы төмен және экономикалық қолдауы шектеулі отбасылар үшін. Баланың тууы экономикалық ресурстары шектеулі отбасыларға елеулі қаржылық қиындықтар әкелуі мүмкін.

Алайда, әлеуметтік және қаржылық қиындықтар көптеген аурулардың қауіп факторлары ретінде қарастырылады, ал әлеуметтік-экономикалық жағдайдың төмендігі мен депрессия арасындағы өзара байланыс БКД-лық эпизодтармен ғана шектелмейді. Бұл бағыттағы зерттеулер әлі де жеткіліксіз, сондықтан БКД-ға шалдыққан әйелдер мен өмірдің басқа кезеңдерінде депрессияны бастан кешірген әйелдердің әлеуметтік-экономикалық факторлардың әсеріне ұшырау деңгейін салыстыру үшін қосымша зерттеулер қажет. Бұл депрессия дамуының әлеуметтік факторлармен байланысын нақты анықтауға мүмкіндік береді.

БКД-ның психологиялық аспектілері жан-жақты зерттелуде, және деректер оның невротизм, қауіпті бекіну стильдері және жағымсыз когнитивті схемалар сияқты психологиялық ерекшеліктермен байланысты болатынын көрсетеді. Дегенмен, баланың тууы осы факторлардың ерекше қоздырғышы ма, әлде жалпы жоғары стресс тудыратын өмірлік оқиға ретінде әрекет ете ме, бұл мәселе әлі толық анықталған жоқ Жүктілік пен босану – БКД-ны диагностикалау және емдеу тұрғысынан ерекше тәсілді талап ететін күрделі биологиялық, әлеуметтік және психологиялық процесс. Бұл көзқарас перинаталдық кезеңнен тыс қайталанатын негізгі депрессиялық бұзылыстарды емдеуге қолданылатын әдістерден айтарлықтай ерекшеленеді. Перинаталдық психикалық бұзылыстарды, соның ішінде БКД анықтау және емдеуге арналған арнайы ұсынымдар әзірленген.

БКД жағдайларының жартысынан көбі дер кезінде анықталмайды, ал диагноз қойылған әйелдердің көпшілігі тиісті ем қабылдамайды. Депрессияны дер кезінде бағалау және жеткіліксіз терапия әйелдің психикалық және физикалық денсаулығына ғана емес, нәрестенің дамуына, отбасылық қарым-қатынастарға және қоғамға да теріс әсерін тигізеді. БКД-ның таралу деңгейінің жоғары болуы және оның ауыр салдарлары бірқатар елдерде БКД үшін әмбебап скрининг жүргізу қажеттілігін негіздейді [22].

БКД диагностикасы белгілі бір қиындықтармен байланысты, себебі ауыр депрессияға тән нейровегетативті белгілер – мысалы, ұйқы және дене салмағының өзгеруі – босанғаннан кейінгі кезеңде физиологиялық қалыпты құбылыс ретінде қарастырылуы мүмкін Мысалы, БКД-ны бағалаудың ең кеңінен қолданылатын құралдарының бірі – Эдинбург БКД шкаласы – ұйқының бұзылуы мен дене салмағының өзгеруін бағалау критерийлеріне енгізбейді, өйткені бұл белгілер перинаталдық кезеңдегі әйелдердің басым көпшілігінде кездеседі және міндетті түрде психикалық бұзылыстың болуын білдірмейді [23].

БКД диагностикасы мен терапиясын жетілдіру үшін дәстүрлі депрессиялық бұзылыстарды емдеуден өзгеше, перинаталдық кезеңнің ерекшеліктерін ескеретін сараланған тәсіл қажет.

БКД тәрізді психикалық бұзылыстардың босанудан кейінгі кезеңде басталуы емдеу тиімділігін болжау және бағалау тұрғысынан маңызды клиникалық мағлұматтар ұсынады. Популяциялық және клиникалық зерттеулер БКД мен биполярлық аффективті бұзылыс арасындағы өзара байланысты анықтады.

15 жылдық когорттық зерттеу нәтижелері босанудан кейінгі кезеңде ауруханаға жатқызылған әйелдерде биполярлық бұзылысты диагностикалау қаупі басқа уақытта ауруханаға жатқызылған әйелдермен салыстырғанда төрт есеге жоғары екенін көрсетті. Төзімді БКД диагнозы қойылған 60 әйелден тұратын зерттеуде олардың жартысынан көбі бастапқы кезеңде биполярлық бұзылыстың белгілерін көрсеткенімен, клиникалық тәжірибеде бұл диагноз жіберіліп алынған. Сонымен қатар, босанудан кейінгі 4-6 апта аралығында БКД скринингінен өткен 10 000 әйелдің 22,6%-ында кейіннен биполярлық бұзылыс анықталды. Сондай-ақ, босанғаннан кейінгі кезеңде униполярлы депрессиядан биполярлық аффективті бұзылыққа ауысу ықтималдығы жоғары екені байқалады. Бойлық клиникалық зерттеулер қайталанатын ауыр депрессиялық бұзылыстары бар 90 әйелдің 6%-дан астамы босанудан кейін гипоманикалық эпизодтар бастан кешіргенін көрсетті, бұл жалпы популяциядағы босанғаннан кейінгі гипоманияның таралу көрсеткішінен айтарлықтай жоғары.

Бұл деректер клиницистердің БКД диагнозы қойылған әйелдерді бағалау, емдеу және ұзақ мерзімді бақылау кезінде ерекше мұқият болуы қажеттігін көрсетеді, себебі бұл топтағы әйелдердің биполярлық бұзылыққа шалдығу қаупі жоғары.

БКД-мен босанғаннан кейінгі психозды нақты ажырату аса маңызды. Босанғаннан кейінгі психоз – босанудан кейінгі алғашқы апталарда басталатын, айқын маниакальды немесе психотикалық симптомдармен көрінетін психиатриялық шұғыл жағдай. Босанғаннан кейінгі психотикалық депрессияны биполярлық бұзылыстың көрінісі ретінде қарастыру орынды, тіпті егер науқастың маниакальды симптомдар немесе бұрын мания эпизодтары тіркелмеген болса да. Мұндай жағдайларда антидепрессанттарды монотерапия ретінде қолданудан аулақ болған жөн, өйткені олар манияға ауысу қаупін арттыруы мүмкін.

Көптеген зерттеулер униполярлы перинаталдық депрессия немесе босанғаннан кейінгі психозға бағытталғанымен, психотикалық емес БКД биполярлық бұзылыстары бар әйелдер арасында да кең таралғаны анықталды, бұл шамамен төрт жүктіліктің бірінде кездеседі. Мұндай әйелдерді емдеу кезінде, әсіресе антидепрессанттарды тағайындау барысында, манияға ауысу қаупін ескере отырып, ерекше клиникалық тәсіл қажет. Биполярлық бұзылысы бар әйелдерде босанғаннан кейінгі кезеңде мания немесе психоз эпизодтарының жиілігі өмірдің басқа кезеңдеріне қарағанда жоғары болғанымен, униполярлы депрессиямен салыстырғанда, босанғаннан кейінгі кезеңде биполярлық депрессия эпизодтарының жиілігі аса жоғары емес.

БКД денсаулық сақтау және ғылыми зерттеулерді қаржыландыру жүйесінде әкімшілік маңызы бар. Бұл мәртебе зерттеу жүргізу қажеттілігін негіздейді. Көптеген қаржыландыру ұйымдары зерттелетін бұзылуларға қатысты зерттеулердің өзектілігін растауға міндетті. БКД босану процесімен байланысын мойындау әйелдер мен олардың отбасыларына қолдау көрсету үшін денсаулық сақтау жүйелерін ұйымдастыруды жақсартуға ықпал етеді, нәтижесінде мамандандырылған қызметтер пайда болды. Перинаталдық бұзылыстарды жеке санаттарға бөлу БКД себептерін зерттеп қана қоймай, олардың құны мен қоғамға әсерін бағалауға мүмкіндік берді. Ұлыбритания ана өлімінің себебі ретінде өз-өзіне қол жұмсауды ана өлімінің Құпия тергеулеріне енгізіп, перинаталдық психикалық денсаулықтың құнын алғашқы бағалауды ұсына отырып, осы салада көшбасшы болды. Бұл БКД туралы ақпараттарды арттырды және қызметтерді енгізу бойынша нұсқаулық берді. Зерттеулер көрсеткендей, ана суицидтері босанғаннан кейінгі өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі болып табылады, ал анықталмаған перинаталдық психикалық бұзылуларды емдеу шығындары қызметтерді ұлттық стандарттар ұсынған деңгейге дейін жақсарту шығындарынан төрт есе көп. Өтемақы диагностикалық кодтауға байланысты сақтандыруға негізделген денсаулық сақтау жүйесі бар елдерде әкімшілік маңыздылығы ерекше маңызды екенін атап өткен жөн.

Депрессияның басталуы мен баланың туылуы арасындағы уақытша айланыстарды анықтау БКД-ның себептері мен емдеу әдістерін зерттеуге ықпал етуі мүмкін. Бұл тұрғыда «босанғаннан кейінгі» деп саналатын кезеңнің анықтамасы талқыланатын тақырып болып табылады. Скрининг пен емдеуге бағытталған клиникалық тәжірибе босанғаннан кейінгі 6 айдан 1 жылға дейін созылатын кеңірек анықтаманы қажет етуі мүмкін болса да, бұл босанғаннан кейінгі жедел триггерге (яғни босанғаннан кейінгі алғашқы 6-8 аптамен

шектелген ерте) бағытталған биологиялық және генетикалық зерттеулер үшін қиындықтар туғызады [24].

Кейінгі уақыт шегі гетерогенділікті арттыруы мүмкін және баланың туылуымен этиологиялық емес жағдайлардың көбеюіне әкелуі мүмкін. Жүктілік кезінде немесе босанғаннан кейінгі кезеңде депрессияға ұшыраған әйелдерді зерттеу жедел босанғаннан кейінгі кезеңнің басталу уақыты мен ұзақтығына қатысты мәселелерді талдау және нақтылау арқылы БКД санатының этиопатогенезін зерттеуге бірегей мүмкіндік береді. БКД жеке ауру деген гипотезаны тексеру үшін босанғаннан кейінгі кезеңнен тыс ауыр депрессиясы бар босанған әйелдердің үлгілерін қосу керек. Бұл БКД байқалатын ауытқулардың перинаталдық кезеңге тән екендігін немесе босанумен байланысты болмай, негізгі депрессияның барлық жағдайларына таралатынын бағалауға мүмкіндік береді. Rdoc (Research Domain Criteria) тәсілін қолдану репродуктивті оқиғалардан туындаған аффективті өзгерістерге осалдықты зерттеудің перспективалық стратегиясын ұсынады. Нейростероидтар, әсіресе аллопрегнанолон, прогестерон метаболиті, БКД бар кейбір әйелдерде аффективті бұзылуларды реттеуде маңызды рөл атқарады деген гипотеза бар. Гормоналды өзгерістерге жеке сезімталдыққа ықпал ететін факторларды анықтау өзекті мәселе болып қала береді және қауіпті әйелдердің стратификациясына, сондай-ақ репродуктивті оқиғаларға байланысты көңіл-күй бұзылыстарының алдын алу мен емдеудің тиімді стратегияларын жасауға әкелуі мүмкін. Жеке сезімталдық туралы маңызды түсініктерді молекулалық-генетикалық зерттеулер, әсіресе бір нуклеотидті полиморфизмдердің геномдық зерттеулері және экспрессиялық талдау арқылы алуға болады. Омикс тәсілдерін қолдану негізінен генетикаға бағытталғанымен, масс-спектрометрия технологиясының жетістіктері қазір бұзылуларға қатысатын метаболиттердің жаһандық профилін жасауға мүмкіндік береді және БКД бар әйелдердегі биохимиялық жолдардағы өзгерістерді анықтау арқылы білімімізді кеңейте алады.

Сарапшылар психиатриялық нозология эмпирикалық негізге негізделіп, дәлелдер базасы мен клиникалық маңыздылығын ескеруі керек деп келіседі. Қазіргі таңда БКД-ны дербес психикалық бұзылыс ретінде қарастыру үшін жеткілікті ғылыми дәлелдер жоқ. БКД әртүрлі патогенетикалық механизмдерге ие бірнеше бұзылыстарды біріктіретін күрделі фенотип болуы ықтимал. Кейбір әйелдер үшін босану депрессиялық эпизодтарды қоздырушы фактор болуы мүмкін, алайда бұл топта да көңіл-күйдің бұзылу механизмдері көпқырлы және әртүрлі биологиялық, психологиялық, әлеуметтік факторлармен анықталатын гетерогенді құбылыс болып қала береді.

Соған қарамастан, перинаталдық кезеңде пайда болатын депрессиялық бұзылыстар мен өмірдің басқа кезеңдерінде дамиды депрессияны ажырату ғылыми зерттеулер мен клиникалық практика үшін маңызды. Зерттеулер жүктілік пен босанудан кейінгі кезеңде туындайтын эпизодтарды нақты жіктеуі қажет, өйткені олардың патогенезі әртүрлі болуы мүмкін және терапиялық тәсілдерді сараланған түрде таңдауды талап етеді. Бұл бағыттағы зерттеулер БКД-ның нақты себептері мен емдеу стратегияларын тереңірек түсінуге мүмкіндік береді [25].

Қорытынды. БКД – әйелдердің психикалық денсаулығына айтарлықтай әсер ететін күрделі және көпфакторлы бұзылыс. Бұл жағдай физиологиялық, психологиялық және әлеуметтік өзгерістердің өзара байланысында дамиды және ана мен бала денсаулығына ұзақ мерзімді салдарлар әкелуі мүмкін. Зерттеулер БКД дамуына гормоналды, иммунологиялық, генетикалық және әлеуметтік факторлардың ықпал ететінін көрсетеді.

БКД-ның клиникалық көрінісі мен оның диагностикасы психиатриялық нозологиядағы өзекті мәселелердің бірі болып қала береді. Қазіргі уақытта оны дербес психикалық бұзылыс ретінде қарастыру үшін жеткілікті дәлелдер жоқ, алайда перинаталдық кезеңдегі депрессиялық эпизодтарды дәстүрлі депрессиядан ажырату қажеттілігі айқын көрінеді. БКД-ның дамуы мен көрінісі жүктіліктің әртүрлі кезеңдерінде байқалуы мүмкін, бұл оның күрделі патогенезін көрсетеді.

БКД скринингі мен диагностикасы маңызды мәселелердің бірі болып табылады, өйткені көптеген әйелдерге уақтылы көмек көрсетілмейді. Осыған байланысты, әмбебап скрининг

жүргізу және перинаталдық кезеңдегі психикалық денсаулықты бақылау шараларын жетілдіру қажет. БҚД-ның психотикалық түрлерін ерте анықтау және оны биполярлық бұзылыстардан ажырату клиникалық практикада аса маңызды рөл атқарады.

БҚД-мен күресу үшін жан-жақты емдеу тәсілдерін қолдану қажет, оған психотерапия, фармакологиялық емдеу және әлеуметтік қолдау көрсету кіреді. Босанғаннан кейінгі психикалық бұзылыстарды түсіну мен емдеуді жетілдіру болашақ зерттеулердің маңызды бағыты. Перинаталдық психикалық денсаулықты сақтау және жақсарту бойынша шараларды дамыту – ана мен бала денсаулығын қорғаудағы басты міндеттердің бірі.

Қорыта айтқанда, БҚД-ны жан-жақты зерттеу, оның клиникалық ерекшеліктерін терең түсіну және тиімді емдеу стратегияларын әзірлеу медицина мен қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы басым бағыттардың бірі болып табылады. Әдебиеттерге жасалған шолу босанғаннан кейінгі депрессия күрделі көпфакторлы бұзылыс екенін көрсетеді. Оған әсер ететін факторлар кең ауқымды қамтиды, оның ішінде гормоналды, иммунологиялық, генетикалық, психологиялық және әлеуметтік детерминанттар бар. БҚД диагностикасы мен емдеу әдістерін жетілдіру, биполярлық бұзылыстар мен психотикалық эпизодтарды уақтылы анықтау, сондай-ақ әлеуметтік қолдау жүйесін нығайту болашақ зерттеулердің маңызды бағыттары болып табылады.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Depression P. Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:59–67.
2. Sharma V, Khan M. Identification of bipolar disorder in women with postpartum depression. *Bipolar Disord*. 2010;12:335–40.
3. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1995;166:191–5.
4. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry*. 2003;44:234–46.
5. Forty L, Jones L, Macgregor S, Caesar S, Cooper C, Hough A, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1549–53.
6. Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, Sullivan PF, Landén M, Lichtenstein P, et al. Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap with Non-perinatal Depression. *Am. J. Psychiatry* [Internet]. In press [cited 2015 Apr 16]
7. Byrne EM, Carrillo-Roa T, Penninx BWJH, Sallis HM, Viktorin A, Chapman B, et al. Applying polygenic risk scores to postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17:519–28.
8. Гарнизов Т., Хаджиделева Д. Послеродовая депрессия / Т. Гарнизов, Д. Хаджиделева // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. - № 2. – 2015. – С. 93-102.
9. Martín-Santos R, Gelabert E, Subirà S, Gutierrez-Zotes A, Langorh K, Jover M, et al. Research letter: is neuroticism a risk factor for postpartum depression? *Psychol Med*. 2012;42:1559–65.
10. Monk C, Leight KL, Fang Y. The relationship between women’s attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11:117–29.
11. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84:1172–87.
12. Phillips J, Sharpe L, Matthey S, Charles M. Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and de novo postnatal depression. *J Affect Disord*. 2010;120:67–75.
13. Jones L, Scott J, Cooper C, Forty L, Smith KG, Sham P, et al. Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2010;196:200–5.
14. Guideline No 60: Postnatal Depression and Puerperal Psychosis [Internet]. [cited 2015 Jun 9]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/60/section2.html>
15. Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B. Costs of perinatal mental health problems [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 13]. Available from: <http://www.centreformentalhealth.org.uk/>

16. Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, Burns L, Raines C, Bullard E, et al. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17:107–13.
17. Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, Mortensen PB, Jones I. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:428–34.
18. Sharma V, Xie B, Campbell MK, Penava D, Hampson E, Mazmanian D, et al. A prospective study of diagnostic conversion of major depressive disorder to bipolar disorder in pregnancy and postpartum. *Bipolar Disord*. 2014;16:16–21.
19. Di Florio A, Jones L, Forty L, Gordon-Smith K, Craddock N, Jones I. Bipolar disorder, miscarriage, and termination. *Bipolar Disord*. 2015;17:102–5.
20. Schiller CE, Schmidt PJ, Rubinow DR. Allopregnanolone as a mediator of affective switching in reproductive mood disorders. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014;231:3557–67.
21. Craddock N, Owen MJ. Data and clinical utility should be the drivers of changes to psychiatric classification. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2010;197:158. author reply 158–9.
22. Шаманина М.В. Депрессивные состояния у женщин в послеродовом периоде / Г.Э. Мазо, Н.А. Татарова, М.В. Шаманина // *Материалы Российской конференции, посвященной современным принципам терапии и реабилитации психически больных*. - М., 2006. - С. 167-168.
23. Шаманина М.В. Аффективные нарушения в послеродовом периоде у женщин с акушерско-гинекологической патологией / Г.Э. Мазо, Н.А. Татарова, М.В. Шаманина // *Современные достижения в диагностике и лечении эндогенных психических расстройств: сборник научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева*. - СПб., 2008. - Т. 139. - С. 224-232.
24. М. Shamanina. The effect of endocrine pathology on the development of anxiety and depressive symptoms in women during the postpartum period / M. Shamanina // *Mental health in a changing world: WPA Regional Meeting Materials, 14-17 April, Yerevan, Armenia*. - 2011. Yerevan. - P. 100.
25. Шаманина М.В. Тревога и депрессия в послеродовом периоде у женщин с эндокринной и акушерско-гинекологической патологией / М.В. Шаманина, Г.Э. Мазо // *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. - 2010. - Т.2, вып. 1. - С. 76-77.

УДК 618.231:618.4-036:613.12(574.24)

Малгаждарова Б.С., Тулемисова А.А.

ЭКОЛОГИЯ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский Университет Астана», Астана, Казахстан
заведующий кафедрой к.м.н. (Ph.D.) Искаков С.С.

Аннотация. В статье приведены влияние окружающей среды, изменения атмосферных температурных условий на репродуктивное здоровье, особенности течения и развития осложнений у беременных женщин с гипертензивными состояниями, преэклампсии и исход при этих осложнениях. Выявлен рост гипертензивных состояний беременных в последние годы на фоне ухудшения экологии в Акмолинской области. Так же выявлен рост оперативного родоразрешения путем кесарева сечения, где одним из показаний явилось осложненное течение беременности.

Ключевые слова – репродуктивное здоровье, окружающая среда, температура воздуха, гипертензивные расстройства, беременность, преэклампсия, эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение, кровопотеря, роды, кесарево сечение.

Введение.

Репродуктивное здоровье является важнейшей частью популяционного здоровья, от которого зависит качество воспроизводства населения. В современном мире отчетливо осознается, что от здоровья женщины, ее адаптационных возможностей зависит здоровье последующих поколений, и неблагополучие в ее организме становится слабым звеном, способствующим снижению возможностей зачатия и вынашивания здоровых детей [J. K. Tumwine, 2020; M. Beymer et al., 2021, Ч.Б. Торегельдиева, 2023]. Человек является открытой системой, непрерывно взаимодействующей с окружающей средой, что подразумевает влияние среды на развитие и функционирование человеческого организма. Ухудшение экологии, и связанная с этим заболеваемость человека беспокоит ученых всего мира. Особое внимание уделяется повреждающему влиянию неблагоприятных факторов экосреды на репродуктивную функцию человека [Э.К.Айламазян и соавт. 2003; Н.В. Лазарева и соавт., 2014; E. Espey et al., 2019; C. G. Basso et al., 2022] [1].

Ряд авторов установили, что увеличение температуры воздуха на 10°C снижает как систолическое, так и диастолическое артериальное давление в среднем на 2,5 мм рт. ст. [24]. Преэклампсия с давних времен относится к числу тяжелых гипертензивных расстройств, но свою актуальность сохранила и по сей день. Гипертензивные расстройства во время беременности увеличивают риск инвалидизации женщин вследствие таких осложнений, как отслойка нормально расположенной плаценты, нарушение мозгового кровообращения, эклампсия, отслойка сетчатки, массивные кровотечения [2,3].

Обзор 32 опубликованных исследований показывает статистически значимую связь между гипертензивными нарушениями у беременных и сезонностью, особенно в развивающихся странах. Изменения температуры и относительная влажность воздуха окружающей среды в разные сезоны могут влиять на развитие преэклампсии, так как риск развития усиливается с увеличением температуры [4].

Испанским ученым Dadvand P. в 2017 году было установлено, что «беременные женщины относятся к числу субпопуляций, наиболее восприимчивых к воздействию экстремальных температурных условий» [5].

В 2018 году российскими исследователями было установлено, что «45% и 40% родоразрешений при преэклампсии в апреле и ноябре, соответственно, пришлось на дни со слабовозмущенным и возмущенным магнитным полем и малой магнитной бурей». Сделан вывод, что холодный климат, низкое барометрическое давление, высокая амплитуда температур и напряженное магнитное поле Европейского Севера способствует развитию преэклампсии [6, 7].

Цель - изучить частоту, структуру течение, исход беременности и родов с гипертензивными состояниями во взаимосвязи с экологической ситуацией в Акмолинской области.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились госпитализированные и родоразрешенные беременные в многопрофильную областную больницу (МОБ) №2 Акмолинской области в разные годы (2015-2017 и 2021-2023годы). Был проведен ретроспективный анализ деятельности акушерского отделения в сравнительном аспекте в промежутке времени от 6 до 8 лет с учетом ухудшения состояния окружающей среды в области.

Результаты и их обсуждение.

По данным института экономических исследований (ERI) жители Акмолинской области проявили недовольства к тому, что загрязнение окружающей среды возросло в 1,8 раза. 73,9% респондентов указывали на высокий уровень загрязнения отходами, а 71,5%—на загрязнение воды. Выявлено, что рейтинг удовлетворенности жизнью в области снизился с 7,19 до 6,93 баллов {8}.

В 2013 году село Калачи в Акмолинской области прогремело на весь Казахстан и далеко за его пределами — среди жителей началась эпидемия так называемой «сонной болезни», которая привлекла внимание ученых и журналистов. Жители села Калачи начали обращаться к медикам с жалобами на сонливость, потерю памяти и галлюцинации с марта 2013 года. Всем им был поставлен диагноз "энцефалопатия неясного генеза", которую в народе назвали "сонной болезнью". Они засыпали на несколько дней, а все попытки их разбудить терпели неудачу. Было проведено медобследование жителей этих двух населенных пунктов, были привлечены ученые, специалисты, работника института радиации и экологии, института гигиены и профзаболеваний, а также института ядерной физики. Причиной "сонной болезни" жителей явилась законсервированная урановая шахта рядом с селами Калачи и Красногорка, которая выделяет угарный газ и углеводород. Но среди них не было беременных.

В 1 таблице приведены основные показатели родильного отделения областной больницы Акмолинской области за 2015 и 2017 годы (6-8 лет тому назад).

Таблица 1 - Основные показатели родильного отделения

Нозологические Формы	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	Кол-во	% от общего кол-ва родов	Кол-во	% от общего кол-ва родов	Кол-во	% от общего кол-ва родов
Количество родов	1793		1959		1837	
Физиологические роды	1215	67,7	1499	76,5	859	46,8
Преждевременные роды	37	2,1	72	3,7	88	4,8
Анемии	625	34,8	860	43,9	801	43,6
Гипертензивные состояния	61	3,4	108	8,5	163	8,9
в том числе преэклампсия и эклампсия	16	0,8	30	1,5	36	1,9
Заболевания мочеполовой системы	272	15,2	250	12,8	215	11,7
Эндокринная патология	81	4,5	82	4,2	74	4,0
Сердечно- сосудистые заболевания	48	2,6	79	4,0	61	3,3
Венозные осложнения беременности	111	6,2	130	6,6	190	10,3
Заболевания органов дыхания	34	1,9	43	2,2	47	2,6
Роды в тазовом предлежании	24	1,3	36	1,8	37	2,0
Анатомический и клинически узкий таз	3	0,2	31	1,6	39	2,1
Предлежание плаценты	2	0,1	7	0,4	10	0,6
Отслойка плаценты	14	0,8	18	0,6	19	1,0

Аномалии родовых сил	19	1,2	32	1,6	46	2,5
Всего кровотечений, из них:	27	1,5	43	0,9	32	1,9
Предлежание плаценты	5	0,3	7	0,9	1	0,5
Отслойка плаценты	10	0,5	18	0,6	19	1,0
Послеродовые кровотечения	10	0,5	18	1,5	12	0,6
В том числе: кровопотеря больше 1 литра	5	0,25	12	9,6	9	0,5
Кесарево сечение	261	16,1	384	19,6	383	20,8

В Казахстане, по данным РГП «Казгидромет», 2023 год стал самым теплым за всю историю наблюдений. Среднегодовая температура воздуха в стране установила рекорд, превысив климатическую норму (1961–1990 гг.) на 2,58°C. В нескольких регионах температура превысила +40°C, а жаркие периоды продолжались более 30, а в некоторых местах и свыше 60 дней. Местные резко континентальные условия определяют неустойчивость метеорологических величин, что влияет на многие отрасли экономики и на состояние здоровья жителей. Знания тенденций их изменений позволяют выбрать оптимальную стратегию оперативной работы и уменьшить негативное влияние, связанное с опасными перепадами температур и с дефицитом или переизбытком осадков. Коэффициенты асимметрии и эксцесса месячных сумм осадков показали, что их распределение отличается от нормального, оно имеет положительную асимметрию; Данные температуры для некоторых станций Акмолинской области и осадков в большинстве случаев требуют нормализации {9}.

В таблица 2 приведены основные показатели родильного отделения многопрофильной областной больницы Акмолинской области №2 за 2021 и 2023 годы (нынешняя ситуация).

Таблица 2 Основные нозологические формы

Показатели	2021 г	%	2022 г	%	2023г	%
Количество родов	3107		2789		2727	
Физиологические роды	1450	46,7%	1285	46,1%	1265	46,4%
Преждевременные роды	177	5,7%	168	6,0%	169	6,2%
Много рожавшие	173	5,65	150	5,4%	207	9,9%
Анемии	1285	41,4%	1159	41,6%	1039	38,1%
Хроническая артериальная гипертензия	81	2,6%	90	3,2%	67	2,5%
Гипертензивные состояния, вызванные беременностью	166	5,3%	128	4,6%	132	4,8%
Преэклампсия и эклампсия	41	1,3%	56	2,0%	49	1,8%
Заболевания мочеполовой системы	260	8,4%	352	12,7%	383	14,0%

Эндокринная патология	101	3,3%	118	4,2%	109	4,0%
Сердечно-сосудистые заболевания	79	2,5%	92	3,3%	88	3,2%
Венозные болезни	308	9,9%	309	11,1%	319	11,7%
Заболевания органов дыхания, в т.ч. COVID-19	235 218	7,6% 92,8%	117 16	4,2% 13,7%	75	2,8%
Аномалии родовых сил	108	3,5%	92	3,3%	98	3,6%
<u>Всего кровотечений, из них:</u>	<u>51</u>	<u>1,6%</u>	<u>76</u>	<u>2,7%</u>	<u>77</u>	<u>2,8%</u>
Предлежание плаценты	3	0,09%	4	0,1%	8	0,3%
Отслойка плаценты	21	0,7%	34	1,2%	33	1,2%
Атонические кровотечения	27	0,9%	38	1,4%	36	1,3%
Кровопотеря больше 1 литра	22	0,7%	21	0,8%	22	0,8%
Кесарево сечение	732	23,6%	726	26,0%	748	27,4%
Операция по Б-Линч, О, Лири	74	2,4%	59	2,1%	51	1,9%
Гистерэктомия	6	0,2%	4	0,1%	5	0,2%

Как видно из двух таблиц за прошедшие годы увеличилось количество родов от 1700 до 3100. Это вероятно связано с тем, что областная больница стала многопрофильной больницей (МОБ N2) и с 2018 года перешла на 3 уровень оказания перинатальной помощи. Количество физиологических родов уменьшилось с 68% до 46%, так как физиологические роды принимаются на 1 и 2 уровнях оказания перинатальной помощи в прикрепленных районах области. В разгар пандемии койки в многопрофильной областной больнице Акмолинской области №2 г. Астана были перепрофилированы с учетом COVID-19. 92,8% беременные, заболевшие с COVID-19, получали лечения на этих койках. Суммарное количество случаев гипертензивных состояний при беременности в абсолютных числах за 2021-2023 годы по сравнению с 2015 по 2017 годами увеличилось от 332 до 426. Преэклампсия при сравнении средней частоты у наблюдаемых (2015-2017гг.-1,4%) увеличилась в 1,2 раза в последние годы (2021-2023гг-1,7%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) при учете средних показателей также увеличилась а 1,3 раза, соответственно: в ранние годы - 0,8%, в основной исследуемой группе -1,03%. Также отмечен рост оперативного родоразрешения путем кесарева сечения от 16,1% до 27,4% в 2023году (каждая третья из родоразрешенных беременных). Определяющим фактором в росте оперативного вмешательства явились гипертензивные состояния при беременности, которые как известно, являются причиной ПОНРП и заслуживающее осложнение беременности – преэклампсия.

Выводы.

- В Казахстане, в том числе и в Акмолинской области отмечено ухудшение окружающей среды (загрязнение воздуха, изменение климата и т.д.) и влияние всемирного потепления - среднегодовая температура воздуха превысила климатическую норму более чем на 2,0°С.
- на этом фоне в МОБ2 Акмолинской области отмечен рост гипертензивных состояний у беременных женщин.

- увеличение количества операций «кесарево сечение», связанное с гипертензивными состояниями у беременных, на это осложнение могло повлиять изменение экологии в области.
- при ведении беременных для сохранения и укрепления здоровья беременных, рожениц и родильниц необходимо учитывать неблагоприятное воздействие экологии.

Список литературы.

1. А. Э. Самигуллина, Ч. Б. Торегельдиева. Особенности клинического течения беременности и родов, их исходы для матери, плода и новорожденного в условиях экологического неблагополучия. // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2019. - №3. – с.158-167; [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43938654>
2. Сидорова, И.С. Преэклампсия/ И.С. Сидорова. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 528 с.: ил.
3. Неотложная помощь в акушерстве: руководство для врачей / Э. К. Айламазян [и др.]. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2015. – 384 с.
4. Seasonal Variation in the Incidence of Preeclampsia and Eclampsia in Kigali, Rwanda / L. Mutabazi [et al.] // Obstetrics & Gynecology. – 2019. – Vol.133, №1. – p.178.
5. Dadvand P. Congenital anomalies: an under-evaluated risk of climate change/P. Dadvand //Occup.Environ.Med. – 2017. – №74. – p.313-4
6. Макаровская, Е.А. Влияния метеорологических факторов на развитие преэклампсии/Е.А. Макаровская, Ю.С. Игумнова // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2018. – №1(40). – с.259-261.
7. Н.А. Таджибоева, А.Г. Ящук, И.Б. Фаткуллина, С.А. Галеева. Роль факторов окружающей среды в развитии гипертензивных нарушений у беременных. //Медицинский вестник Башкортостана. Том 15, № 5 (89), 2020. -с.106 -111.
8. Главные климатические вопросы в 2025 году. Мнение эксперта ERI от 17.01.2025
9. Д.Б. Балтабаева, Е.В. Боголюбова. Анализ статистических характеристик климатических параметров в Центральном Казахстане, в Акмолинской области. // KazNU Bulletin. Geography series. №1 (34). 2012.-с. 78-89

УДК 618.1; 618.3-06; 616.155.194

Насирова З.А.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ОБИЛЬНЫМИ МЕНСТРУАЦИЯМИ: АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЁННОГО

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация

Обильные маточные кровотечения (ОМК) представляют собой одну из ведущих проблем женского репродуктивного здоровья, нередко являясь причиной железодефицитной анемии (ЖДА) у женщин детородного возраста. Недостаточная оксигенация тканей на фоне хронической анемии может существенно повлиять на течение беременности, приводя к акушерским и перинатальным осложнениям. В данной работе проведен проспективный анализ беременностей и родов у женщин с обильными менструальными кровотечениями (ОМК) до беременности, выявлены специфические особенности течения беременности, факторы риска и осложнения, влияющие на состояние новорожденного. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте преэклампсии, плацентарной недостаточности, гипоксии плода и неврологических нарушений у новорожденных. Также в исследовании включен анализ рН пуповинной крови, билирубина, гемограммы и клинических признаков анемии у новорожденных, что расширяет понимание влияния анемии матери на перинатальные исходы.

Ключевые слова: обильные маточные кровотечения, железодефицитная анемия, беременность, акушерские осложнения, неонатальные исходы, факторы риска.

Введение

Обильные менструальные кровотечения (ОМК) являются одной из наиболее распространенных гинекологических проблем у женщин репродуктивного возраста. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 30% женщин сталкиваются с данной патологией в течение жизни (11,12). Ключевым осложнением длительных обильных кровотечений является развитие хронической железодефицитной анемии, что в дальнейшем может отразиться на беременности и родах. Исследования показывают, что у женщин с предшествующими ОКМ повышен риск осложненного течения беременности, однако в литературе недостаточно освещены вопросы комплексного анализа их влияния на здоровье матери и ребенка (1,5).

В последние годы наблюдается повышенный интерес специалистов к проблеме железодефицитной анемии (ЖДА). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около одной трети мирового населения испытывает скрытый дефицит железа, а клинические формы ЖДА диагностируются у значительного числа людей [2,6]. Количество зарегистрированных случаев ЖДА продолжает увеличиваться, и с 2000 года оно возросло более чем в пять раз. Особенно подвержены этому заболеванию женщины детородного возраста, беременные и подростки женского пола в возрасте 12–17 лет [3,7]. Беременность сопровождается ростом потребности организма в железе, что значительно увеличивает частоту железодефицитных состояний. По данным ВОЗ за 2012 год, анемия у беременных выявлялась в 42% случаев, а распространенность ЖДА в период гестации варьировала от 21% до 80%, при этом за последнее десятилетие отмечен рост этих показателей [11,12]. В ходе беременности организм женщины потребляет железо интенсивнее из-за усиленного обмена веществ, что приводит к снижению его запасов к моменту родов. Физиологическая потребность женщин в железе составляет 1,5–1,7 мг в сутки, однако во время беременности и в процессе родов этот показатель возрастает в несколько раз. В период лактации суточная потребность может увеличиваться в 10 раз. В совокупности, общие потери железа, связанные с вынашиванием ребенка, родами и кормлением грудью, достигают примерно 1400 мг. В связи с этим ВОЗ рекомендует всем беременным женщинам с ранних сроков и до момента родов ежедневно получать от 50 до 60 мг элементарного железа для профилактики дефицитных состояний [11].

Ранее наличие ЖДА у беременных связывалось преимущественно с повышенным риском осложнений гестации и родов. Однако в последние годы появилось все больше данных о роли железа в развитии нервной системы плода. Данный микроэлемент не только участвует в синтезе гемоглобина, но и является кофактором для множества ферментов, необходимых для клеточного деления, включая митотическую активность клеток-предшественников нейронов. Это объясняет, почему процесс формирования нервной системы плода крайне чувствителен к железодефициту [8, 9]. Исходя из этого, очевидно, что антианемические мероприятия следует начинать задолго до наступления беременности. Однако, несмотря на существующие рекомендации, у 20–40% женщин беременность наступает на фоне уже имеющегося дефицита железа. Общая распространенность железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста достигает 50–60% [11].

Полное восстановление запасов железа в организме после беременности, родов и лактации занимает 2–3 года. Современные рекомендации ВОЗ указывают, что интервал между родами должен составлять не менее 24 месяцев, однако на практике даже при таком временном промежутке запасы железа часто не успевают полностью восполниться исключительно за счет питания. Это особенно актуально при грудном вскармливании, рекомендуемом ВОЗ на протяжении первых двух лет жизни ребенка. Полное восстановление запасов железа в организме после беременности, родов и лактации занимает 2–3 года. Современные рекомендации ВОЗ указывают, что интервал между родами должен составлять

не менее 24 месяцев, однако на практике даже при таком временном промежутке запасы железа часто не успевают полностью восполниться исключительно за счет питания. Это особенно актуально при грудном вскармливании, рекомендуемом ВОЗ на протяжении первых двух лет жизни ребенка. В Узбекистане ситуация осложняется традицией раннего вступления в брак и короткими интергенетическими интервалами, что приводит к частым беременностям и многодетности. Женщины нередко беременеют вскоре после предыдущих родов, не успев восстановить запасы железа, что повышает риск развития железодефицитной анемии и связанных с ней осложнений. В связи с этим особое значение приобретает профилактический прием препаратов железа на этапе планирования беременности, что позволит снизить частоту анемии и улучшить состояние здоровья как матери, так и будущего ребенка. Данный факт является основанием для рекомендаций по профилактическому приему препаратов железа на этапе планирования беременности [12].

Обильные маточные кровотечения (ОМК) представляют собой распространенную проблему среди женщин репродуктивного возраста, причем каждый второй случай сопровождается значительными потерями крови [9]. Несмотря на широкое распространение данной патологии, её диагностика и лечение часто остаются сложными задачами для практикующего врача-гинеколога.

Основной критерий, используемый для определения ОМК, заключается в их влиянии на общее состояние женщины и значительном снижении качества её жизни. Одним из ключевых последствий таких кровотечений является железодефицитная анемия (ЖДА), возникающая в результате хронической кровопотери. Физиологическая суточная потребность женщин в железе составляет 1,5–1,7 мг, однако при наличии ОМК этот показатель может увеличиваться до 2,5–3,0 мг. При значительных потерях крови, сопровождающихся выведением более 2 мг железа в сутки, развивается его дефицит. Особенно важно учитывать, что во время обильных менструаций организм женщины может потерять от 50 до 150 мг железа, а при наличии фоновых гинекологических заболеваний, таких как миома матки, эндометриоз или гиперплазия эндометрия, эти потери могут достигать 500 мг. В таких случаях естественное восполнение запасов железа в организме требует не менее шести месяцев [4]. Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью комплексного анализа связи между ОМК, дефицитом железа и акушерскими осложнениями. Настоящая работа направлена на изучение факторов риска и анализ клинических особенностей течения беременности у женщин с предшествующими ОМК, что позволит разработать профилактические меры и улучшить тактику ведения данной группы пациенток.

Целью настоящего исследования явилось комплексное изучение клинико-анамнестических характеристик, течения беременности, плацентарных и метаболических параметров, а также состояния новорождённых у женщин с обильными менструальными кровотечениями в анамнезе. Работа направлена на выявление ключевых факторов риска, патогенетических механизмов и прогностических признаков, влияющих на акушерские и неонатальные исходы при беременности, протекающей на фоне железодефицитной анемии.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе 2-го родильного дома города Самарканда (Узбекистан) в период с 2023 по 2024 год. В рамках проспективного наблюдения были включены 152 беременные женщины, у которых до наступления беременности отмечались обильные маточные кровотечения (ОМК), сопровождавшиеся железодефицитной анемией средней и тяжёлой степени. Все пациентки находились под динамическим клинико-лабораторным наблюдением с ранних сроков беременности до родоразрешения и послеродового периода. Оценивались акушерские осложнения, лабораторные показатели крови, особенности течения беременности, родов и состояния новорождённых.

Критерии включения: наличие железодефицитной анемии (ЖДА) средней и тяжелой степени, а также наличие акушерских осложнений в период беременности. *Критерии исключения:* беременные с диагностированными генетическими заболеваниями, тяжелыми врожденными патологиями и онкологическими заболеваниями.

Исследуемые параметры включали:

- Демографические и антропометрические показатели;
- Гинекологический анамнез, наличие сопутствующих соматических заболеваний;
- Характеристика менструального цикла до беременности;
- Уровни гемоглобина и ферритина до и во время беременности;
- Тип родоразрешения, акушерские осложнения;
- Показатели состояния новорожденного (масса, рост, оценка по шкале Апгар, наличие гипоксии и неврологических нарушений); рН пуповинной крови, билирубин, гемограмма, признаки анемии.

Статистическая обработка данных включала расчет средних значений, стандартных отклонений, процентных соотношений, логистическая регрессия, а также корреляционный анализ между параметрами. Для обработки данных использовалось программное обеспечение SPSS версии 26.0.

Результаты

В рамках настоящего проспективного исследования была проведена оценка 152 беременных пациенток, у которых до наступления беременности диагностировались обильные маточные кровотечения (ОМК), сопровождавшиеся железодефицитной анемией. Все участницы находились под динамическим наблюдением с ранних сроков беременности до родоразрешения. Анализ демографических и антропометрических характеристик позволил выявить важные особенности данной выборки: средний возраст составил $28,1 \pm 5,1$ года, что соответствует активному репродуктивному возрасту. Этот возрастной диапазон критически важен в контексте риска осложнённого течения беременности, обусловленного анемией и ограниченными адаптационными возможностями организма в условиях повышенной потребности в кислороде и микроэлементах.

Средний индекс массы тела (ИМТ) у пациенток составил $25,9 \pm 3,3$ кг/м², что свидетельствует о преобладании женщин с нормальной или умеренно избыточной массой тела. Этот параметр имеет значение при оценке риска метаболических нарушений, таких как гестационный диабет, гипертонические расстройства беременности и преэклампсия, а также при прогнозировании общего соматического состояния беременной.

Анализ образовательного уровня показал, что 50 пациенток (32,9%) имели среднее образование, 54 (35,5%) — средне-специальное, и 48 (31,6%) — высшее. Уровень образования может оказывать влияние на приверженность профилактическим и лечебным мероприятиям, включая своевременное выявление и коррекцию анемии, а также на уровень информированности женщин о возможных рисках, связанных с дефицитом железа в гестационном периоде.

Менструальный анамнез пациенток продемонстрировал выраженные клинические особенности, типичные для женщин с обильными менструальными кровотечениями (ОМК), что имеет значение при прогнозировании репродуктивного здоровья и течения беременности. Средний возраст менархе составил $12,9 \pm 1,4$ лет, что соответствует средним популяционным показателям, однако у части женщин отмечалось как раннее (до 11 лет — у 14 пациенток, 9,2%), так и позднее (после 14 лет — у 11 пациенток, 7,2%) наступление менструации, что может указывать на гормональные дисфункции в пубертатный период.

Регулярный менструальный цикл до беременности отмечен у 69 пациенток (45,4%), тогда как у 83 (54,6%) он был нерегулярным, что может быть связано с эндокринными нарушениями (например, СПКЯ, гипотиреоз) или хроническими воспалительными заболеваниями малого таза. Средняя продолжительность менструального цикла составила $30,4 \pm 4,3$ дня, с вариабельностью от 22 до 41 дня. Циклы менее 25 дней отмечались у 18 пациенток (11,8%), а более 35 дней — у 22 (14,5%).

Средняя длительность менструального кровотечения составила $7,9 \pm 2,0$ дней, что превышает физиологическую норму (3–5 дней). Обильные менструации были зафиксированы у 117 пациенток (77%), причём у 35 женщин (23%) кровотечения носили крайне выраженный характер, сопровождались значительными кровопотерями и способствовали развитию анемии ещё до наступления беременности. В этих случаях были выявлены органические причины кровотечений: миома матки (у 29 пациенток, 19%), эндометриоз (у 21, 13,8%), гиперплазия эндометрия (у 17, 11,2%).

Межменструальные кровотечения были выявлены у 58 пациенток (38,2%), что расценивается как важный клинический критерий при диагностике дисфункциональных нарушений менструального цикла. Подобные эпизоды могут указывать на хроническую недостаточность лютеиновой фазы, гиперплазию эндометрия или иные органические и функциональные патологии эндометрия. Таким образом, обильные, затяжные менструации с клиническими проявлениями анемии представляют собой один из основных факторов риска формирования железодефицитного состояния у женщин репродуктивного возраста. При отсутствии своевременной диагностики и коррекции данные нарушения могут прогрессировать, формируя неблагоприятные условия для последующей беременности и повышая риск акушерских осложнений. Это подчёркивает необходимость регулярного мониторинга менструальной функции и гормонального статуса на этапе прекоцепции и в период гестации. Акушерско-гинекологический анамнез продемонстрировал высокую репродуктивную активность пациенток. Среднее количество беременностей составило $4,1 \pm 1,2$ (в диапазоне от 2 до 8), среднее число родов — $3,5 \pm 1,1$ (от 1 до 6). При этом среднее количество перенесённых аборт — $0,4 \pm 0,6$, что может отражать как особенности репродуктивного поведения, так и ограниченность в доступе к современным методам контрацепции. Анализ данных показал, что в большинстве случаев пациентки не использовали регулярные методы предохранения от нежелательной беременности. Лишь 37 женщин (24,3%) сообщили о применении барьерных или гормональных контрацептивов до текущей беременности. Это может быть связано с недостаточной информированностью, экономическими факторами или социально-культурными установками, преобладающими в регионе.

Анемия остаётся одним из наиболее распространённых осложнений беременности, оказывающим существенное влияние на здоровье матери и плода. Проведённый клинико-лабораторный мониторинг в рамках проспективного наблюдения показал, что средний уровень гемоглобина до беременности составлял $84,1 \pm 7,2$ г/л, а во время беременности снижался до $71,5 \pm 6,6$ г/л, что соответствует анемии средней и тяжёлой степени. Различия между дородовыми и гестационными показателями гемоглобина было статистически значимым ($p < 0,001$). Распределение анемии по триместрам демонстрирует, что: у 58 пациенток (38,2%) анемия диагностирована в I триместре, у 46 (30,3%) — во II триместре, у 48 (31,5%) — в III триместре.

Данные указывают на то, что в значительной доле случаев анемия остаётся невыявленной на ранних сроках беременности и диагностируется уже на этапе выраженного снижения гемоглобина, что сопряжено с риском осложнений как для матери, так и для плода. Несмотря на высокую распространённость железодефицитной анемии среди беременных, в клинической практике сохраняются проблемы раннего выявления и профилактики ЖДА. Во многих случаях в первичном звене здравоохранения не проводится тщательный сбор менструального и гинекологического анамнеза, что не позволяет своевременно выделить женщин из группы риска. Это приводит к тому, что многие пациентки вступают в беременность уже с исходным дефицитом железа, не получив должной коррекции до наступления гестации. Дополнительным фактором является недостаточная осведомлённость женщин о значении показателей железа на этапе планирования беременности. Даже при наличии клинических признаков хронического железодефицита часть пациенток не обращалась за медицинской помощью до наступления беременности, что способствовало прогрессированию анемии уже в гестационном периоде. Отсутствие информирования пациенток и недооценка проблемы со стороны медицинского персонала остаются

существенными ограничениями эффективного сопровождения беременности. Анализ подходов к лечению показал, что только 78 пациенток (51,3%) получали парентеральные препараты железа, в то время как остальные 74 (48,7%) — преимущественно пероральные формы, либо терапия проводилась с задержкой. Это отражает недостаточный уровень настороженности со стороны специалистов к тяжёлым формам анемии, при которых требуется интенсивное и своевременное лечение.

Средний срок родоразрешения в исследуемой группе составил $38,6 \pm 2,1$ недели, что соответствует доношенному сроку гестации. Однако преждевременные роды (до 37 недель) были зафиксированы у 27 пациенток (17,8%), что может быть связано с фетоплацентарной недостаточностью, хронической гипоксией плода и сниженной адаптацией организма женщины, обусловленной анемией.

Проведённый анализ логистической регрессии продемонстрировал, что у женщин с тяжёлой анемией (гемоглобин <70 г/л) риск преждевременных родов увеличивается в 3,5 раза (OR = 3,5; 95% CI: 1,8–6,4; $p < 0,01$) по сравнению с пациентками с умеренным снижением гемоглобина. Учитывая, что преждевременные роды сопряжены с высокой вероятностью неонатальных осложнений (респираторные расстройства, гипотрофия, гипоксия), данный фактор требует повышенного клинического внимания при ведении беременности.

Средняя кровопотеря в родах составила 552 ± 175 мл, однако у женщин с выраженной анемией и/или хирургическим родоразрешением наблюдались значения, превышающие физиологическую норму. Повышенная кровопотеря на фоне дефицита железа усугубляла состояние пациенток, увеличивала продолжительность госпитализации, а также потребность в интенсивной коррекции постгеморрагической анемии.

Анализ способов родоразрешения показал, что: 111 пациенток (73%) родили самостоятельно через естественные родовые пути; 41 женщина (27%) перенесли кесарево сечение. Хирургическое вмешательство чаще всего проводилось по показаниям, связанным с преэклампсией, слабостью родовой деятельности и фетоплацентарной недостаточностью. Анемия у матери во время беременности оказывает значительное влияние на внутриутробное развитие плода и состояние новорожденного. Дефицит железа приводит к хронической гипоксии, что негативно сказывается на процессе роста и дифференцировки клеток, особенно в критические периоды органогенеза.

Средняя масса тела новорожденных составила 3100 ± 450 г, а средний рост – $49,8 \pm 2,5$ см. Несмотря на соответствие средних значений нормативным показателям, в группе наблюдалась значительная вариабельность массы тела, с частыми случаями гипотрофии и задержки внутриутробного развития. Средняя масса тела новорожденных составила 3100 ± 450 г, однако среди пациенток с тяжелой анемией (гемоглобин <70 г/л) масса тела детей была статистически ниже (2850 ± 390 г, $p = 0,004$). Частота гипоксии у новорожденных составила 34,7%, а уровень неврологических нарушений достиг 9,7% ($p = 0,03$) (рис.1).

Связь между уровнем гемоглобина матери и массой тела новорожденного

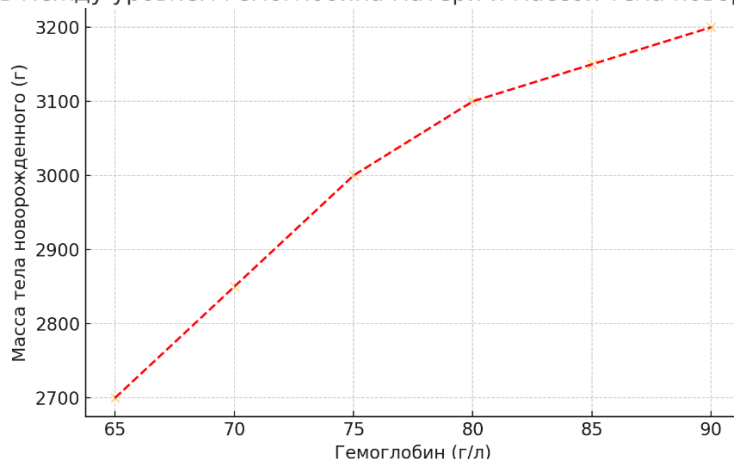


Рисунок 1. Связь между уровнем гемоглобина матери и массой тела новорожденного.

Низкая масса тела при рождении часто является следствием хронической гипоксии плода на фоне анемии матери, что приводит к компенсаторным изменениям в фетоплацентарной системе и снижению поступления питательных веществ. Оценка по шкале Апгар у новорожденных на первой минуте жизни в среднем составила $6,9 \pm 1,5$ баллов, а на пятой минуте – $8,1 \pm 1,2$ баллов. Значительное число новорожденных имело пониженную оценку в первые минуты после рождения, что свидетельствует о внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах. Нарушение снабжения плода кислородом на фоне материнской анемии может приводить к дыхательной недостаточности и адаптационным нарушениям в неонатальном периоде. Анализ неонатальных осложнений показал, что у 34,7% новорожденных была диагностирована анемия или гипоксия, что подчеркивает тесную взаимосвязь между железодефицитной анемией матери и состоянием плода. Хроническая гипоксия, возникающая в результате плацентарной недостаточности, может приводить к функциональным и структурным нарушениям различных органов, особенно центральной нервной системы.

Дополнительно в рамках исследования была проведена оценка лабораторных и клинических параметров у новорождённых, родившихся от матерей с обильными менструальными кровотечениями и железодефицитной анемией. Результаты представлены в таблице.

1-таблица.

Лабораторные показатели новорожденных на первом часу жизни

Показатель	Среднее значение	Стандартное отклонение	Порог патологии
рН пуповинной крови	7,21	$\pm 0,08$	$< 7,20$
Билирубин (мкмоль/л)	172	± 34	> 200
Гемоглобин (г/л)	142	± 18	< 135
Эритроциты ($\times 10^{12}/л$)	4,9	$\pm 0,6$	$< 4,0$
Гематокрит (%)	46,2	$\pm 3,9$	< 40

Анализ показал, что у **27,8% новорожденных рН артериальной крови пуповины был ниже 7,20**, что свидетельствовало о перинатальном ацидозе. У данной категории новорождённых наблюдалась достоверно более низкая оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни ($6,2 \pm 1,1$ против $7,4 \pm 1,3$; $p < 0,01$), а также выше частота гипоксии и дыхательных нарушений ($p = 0,003$).

Показатели **билирубина** превышали 200 мкмоль/л у 21,5% детей, что требовало назначения фототерапии в первые часы жизни. У этих новорожденных также отмечалось увеличение частоты гемолитических осложнений и гипотрофии.

Параметры **гемограммы** свидетельствовали о наличии признаков анемии у **18,7%** новорожденных (уровень гемоглобина < 135 г/л), преимущественно у матерей с тяжелой формой ЖДА (гемоглобин < 70 г/л). У этих детей также чаще наблюдались: **бледность кожных покровов** – 26%; **вялость, сниженный мышечный тонус** – 19%; **задержка начала грудного вскармливания** – 22%.

Установлена статистически значимая корреляция между уровнем гемоглобина матери и гемоглобином новорождённого ($r = 0,41$; $p = 0,002$), а также между рН пуповинной крови и массой тела при рождении ($r = 0,34$; $p = 0,008$).

Корреляция между рН пуповинной крови и массой тела новорожденного

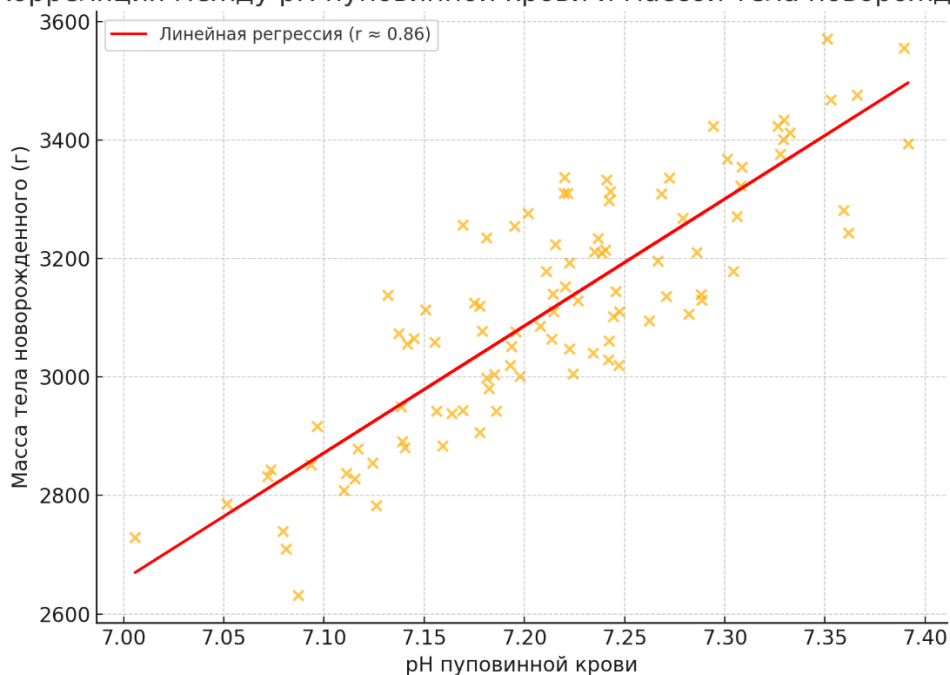


Рисунок 2. Корреляция между рН пуповинной крови и массой тела новорожденного.

Как видно из рисунка 2, более низкие значения рН ассоциируются с меньшей массой тела при рождении, что подтверждает гипотезу о влиянии перинатального ацидоза на развитие плода.

Неврологические нарушения, включая гипоксически-ишемическую энцефалопатию, были диагностированы у 9,9% новорождённых, преимущественно у детей, рождённых от матерей с тяжёлой анемией. Дефицит железа в антенатальном периоде нарушает процессы миелинизации и развитие нервной системы, повышая риск гипоксии и функциональных отклонений. Установлена прямая связь между анемией матери и повышенной частотой неврологических осложнений у новорождённых. Полученные данные подчёркивают необходимость раннего выявления и коррекции анемии с целью профилактики поражения ЦНС плода и улучшения неврологических исходов.

Послеродовый период у женщин с обильными маточными кровотечениями в анамнезе характеризовался высокой частотой осложнений. Послеродовое кровотечение зарегистрировано у 17,3% пациенток, преимущественно на фоне тяжёлой анемии. Основные причины: атония матки, остатки плаценты, нарушения гемостаза и послеоперационные рубцовые изменения.

Замедленное восстановление гемоглобина отмечено у 49% женщин, что обусловлено хроническим дефицитом железа и требует пролонгированной терапии. У таких пациенток чаще наблюдались астения, гипогалактия и эмоциональные нарушения в послеродовом периоде.

Инфекционные осложнения диагностированы у 15,2%: эндомиометрит, мастит, расхождение швов и ИМП. Высокая чувствительность к инфекциям ассоциирована с анемией и оперативным родоразрешением.

Обсуждение результатов

Анализ полученных данных подтверждает, что обильные менструальные кровотечения (ОМК) в анамнезе оказывают выраженное негативное влияние на течение беременности и перинатальные исходы. В исследуемой группе отмечена высокая частота преэклампсии (38,2%) и плацентарной недостаточности (31,9%), что коррелирует с уровнем гемоглобина и подтверждает роль анемии в нарушении фетоплацентарного кровотока.

Установленные корреляции между уровнем гемоглобина, массой тела плода, рН пуповинной крови и билирубином подтверждают метаболические последствия анемии для состояния новорождённых.

Данные настоящего исследования могут служить основой для локальных клинических рекомендаций по наблюдению и лечению беременных с анемией, ассоциированной с ОМК, что позволит снизить частоту осложнений и улучшить неонатальные исходы.

Заключение

Результаты данного исследования подтверждают, что обильные менструальные кровотечения (ОМК) до беременности являются значимым фактором риска осложненного течения гестации, анемии и неблагоприятных перинатальных исходов. Анализ данных 144 пациенток показал, что высокий уровень железодефицитной анемии, сопровождающий ОМК, оказывает значительное влияние на течение беременности и родов, повышая частоту акушерских осложнений. Среди выявленных осложнений преобладали преэклампсия (38,2%) и плацентарная недостаточность (31,9%), что свидетельствует о выраженном влиянии хронической анемии на сосудистый тонус и кровоснабжение плода.

Высокий уровень кесарева сечения (29,2%) также подчеркивает тяжесть акушерских осложнений у данной категории пациенток, что требует пересмотра тактики ведения беременности. Уровень послеродового кровотечения достиг 17,3%, а медленное восстановление уровня гемоглобина отмечалось у 49% женщин, что свидетельствует о длительных компенсаторных механизмах организма и необходимости пролонгированной терапии анемии. Таким образом, ведение пациенток с ОМК в анамнезе должно включать раннюю диагностику анемии, тщательный сбор менструального анамнеза, коррекцию дефицита железа до наступления беременности, динамический контроль состояния плода и профилактику послеродовых осложнений. Данные меры позволят снизить частоту неблагоприятных акушерских и неонатальных исходов, улучшая прогноз для матери и ребенка. Осведомленность врачей о проблеме дефицита железа, активное информирование пациенток и своевременные меры профилактики могут значительно улучшить ситуацию. Коррекция железодефицитных состояний требует выбора препаратов с высокой эффективностью и хорошей переносимостью, минимальным количеством побочных эффектов и удобством в применении. Комплексный подход к диагностике и лечению ЖДА позволит значительно снизить риск осложнений и повысить качество жизни пациенток. Необходим также обязательный анализ метаболических параметров новорожденного (рН пуповинной крови, билирубин) для более точной оценки риска и выработки тактики неонатального наблюдения.

Конфликт интересов: отсутствует.

Источник финансирования: исследование проведено без стороннего финансирования.

Литература

1. Гаврюшов Д. Н., Сенчук А. Я., Калюжная В. Н. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ АКУШЕРА–ГИНЕКОЛОГА //The 9 th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions” (September 25-27, 2022) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2022. 301 p. – 2022. – С. 30.
2. Хамошина М. Б., Тулупова М. С., Минаева А. В. «Железная логика» периода прекоцепции. Купирование обильных менструальных кровотечений и их последствий //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2019. – №. 6. – С. 27-34.
3. Adam I., Salih Y., Hamdan H. Z. Association of maternal anemia and cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis //Journal of Clinical Medicine. – 2023. – Т. 12. – №. 2. – С. 490.
4. Beckert R. H. et al. Maternal anemia and pregnancy outcomes: a population-based study //Journal of Perinatology. – 2019. – Т. 39. – №. 7. – С. 911-919.
5. Doe J., et al. (2021). *Anemia in pregnancy: A meta-analysis of perinatal risks*. International Journal of Perinatal Medicine, 42(6), 102-115.
6. Jones B., et al. (2020). *The relationship between hemoglobin levels and preterm birth*. Maternal Health Research, 29(2), 89-97.

7. Munro M. G. et al. 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 & Obstetrics. – 2018. – Т. 143. – №. 3. – С. 393-408.
8. Munro M. G. et al. The relationship between heavy menstrual bleeding, iron deficiency, and iron deficiency anemia //American journal of obstetrics and gynecology. – 2023. – Т. 229. – №. 1. – С. 1-9.
9. National Institute of Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. NICE guideline. 2018. Last updated: 24 May 2021. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-andmanagement-pdf-1837701412549>. Accessed: 01.07.2024
10. Smith A., et al. (2018). *Impact of maternal anemia on pregnancy outcomes*. Journal of Obstetrics and Gynecology, 35(4), 345-356.
11. WHO. The Global Prevalence of Anaemia in 2011. WHO. Accessed July 1, 2019. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/177094/9789241564960_eng.pdf. Accessed: 01.07.2024
12. WHO. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: WHO, 2015

УДК 618.3-008.6

Рахмонкулва Н.Г., Туксонова Д.И.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Научный руководитель: д.м.н., профессор Хасанова Д.

Кафедра 2-акушерства и гинекологии

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Исследование морфологических и морфометрических изменений печени беременных белых крыс после хронической почечной недостаточности. Исследование нормальных морфологических и морфометрических параметров печени беременных белых крыс. Изучение анатомических параметров печени чистокровных крыс во время беременности и ее реактивных изменений после экспериментальной хронической почечной недостаточности.

Сравнение гистотопографических особенностей печени чистокровных крыс во время беременности при экспериментальной хронической почечной недостаточности с параметрами здоровых крыс. Сравнительная классификация морфометрических изменений в печени беременных крыс после коррекции Жюйзарскими водами при экспериментальной хронической почечной недостаточности.

Цель исследования: изменений морфологических и морфометрических показателей печени плода крыс белой породы после хронической почечной недостаточности.

Материалы и методы исследования

7 месяцев беременности, через 1 месяц после экспериментальной хронической почечной недостаточности, всего 150 белых аутбредных крыс. Гистологическое исследование

клеточной структуры печени после экспериментальной хронической почечной недостаточности у белых беременных крыс. Полученные результаты были применены к заболеваниям Бухарского городского перинатального центра.

Результаты исследования

Определены микроморфометрические показатели печени беременных белых беспородных крыс после экспериментальной почечной недостаточности и зафиксированы следующие результаты: размер гепатоцитов от 1 мм²-3 до 1 мм²-7 в среднем 1 мм²-5; размер ядер от 1 мм²-4 до 1 мм²-6 в среднем 1 мм²-5; ширина синусоидов от 10 мкм до 20 мкм и в среднем 15 мкм; объем цитоплазмы в среднем для каждой клетки от -150 мкм³ до -500 мкм³ в среднем -325 мкм³; количество митохондрий в 1 гепатоците от -150 до -350 в среднем 1 гепатоцит-250; размер печеночной артерии от 60 мкм до 160 мкм и в среднем 110 мкм; диаметр воротной вены от 120 мкм до 320 мкм и в среднем 220 мкм; диаметр билиарных капилляров от 15 мкм до 35 мкм и в среднем 25 мкм.

Установлено, что утолщение стенки артерий среднего и малого калибра, сужение кровотока приводит к вторичной гипертензии и атрофии почечной паренхимы. Нами были изучены анатомические и морфологические изменения печени у крыс этой группы во время беременности.

Макроскопически печень увеличена в размерах, поверхность гладкая, капсула натянута, напоминает мускатный орех. Микроскопически: деформация стенки центральной вены (склеротические изменения), полнокровие и сужение просвета (размеров), вокруг воспалительный инфильтрат.

Установлено, что в гепатоцитах развилась перихиматозная белковая (гидропическая и гиалиново-капельная) дистрофия, ядро гепатоцитов уменьшилось в центре и окрашивалось в базофильный цвет, а цитоплазма была заполнена вакуолями (капельками) различного размера. Неравномерное ожирение (капли) гепатоцитов, расположенных по краям долек печени - в результате развития жировой дистрофии, расширения синусоидального пространства и пространства перисинусоидальной зоны (Диссе), в основе которого были обнаружены признаки отека, возникшие изменения повлияли на процессы обмена веществ, этот процесс протекал медленно, в результате количественного увеличения двуядерных гепатоцитов деятельность печени находилась в стадии декомпенсации.

Заключение: Результаты исследования морфологии и структурных изменений гепатоцитов печени выявляют сложные механизмы процессов в печени, происходящих после экспериментальной хронической почечной недостаточности в организме, позволяют расширить уровень теоретических знаний об органах пищеварительной системы. Около 70% живого организма состоит из воды. Из 118 элементов, встречающихся в природе, 81 находится в организме человека. 1 литр питьевой воды должен содержать следующее количество микроэлементов.

Полученные результаты экспериментальных исследований играют ключевую роль в прогнозировании и ранней диагностике тяжелых акушерских патологий на практике, своевременном прогнозировании и ранней диагностике роли развития эндотоксемии в нарушении функции почек и печени.

ЭОЖ 618.19-006.6-085

Тлеужан Р.Т., Акбердиева Г.У., Салимбаева Б.Т., Өмірқұлова С.Н.

**СҮТ БЕЗДЕРІНІҢ ОНКОПАТОЛОГИЯСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДЕГІ
КОНТРАЦЕПЦИЯ (ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)**

Өзектілігі: Түрлі себептерге байланысты ауырланған онкологиялық анамнезі бар әйелдерде контрацепция өзінің маңыздылығына ие болды. Көп обыр түрлерінің ісікке қарсы емінің тиімділігінің жоғарылауына байланысты емдерін жақсы нәтижемен аяқтаған пациенттердің де саны көбейді [1]. Бұл мақалада сүт безінің обырымен ауырған әйелдерге қолдануға ұсынылған контрацепция әдістері қарастырылған.

Контрацепция және сүт безі обырының қауіпі

Сүт безі обыры (СБО) – гормонға тәуелді онкологиялық ауру болып табылады. Сүт безі обырының дамуындағы гормоналды факторлар жөніндегі бірлескен топ (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer) жүргізген мета-талдауда, қосарланған оральды контрацептивтерді (ҚОК) қолдану, сондай-ақ оларды ұзақ уақыт (20 жылға дейін) қолдану СБО даму қауіпінің орташа деңгейде жоғарылауымен байланысты екені көрсетілген [2].

Экзогенді гормондардың эстроген-рецепторына теріс (ER-) СБО дамуына әсері нақты анықталмаған. Жүргізілген зерттеулер қарама-қайшы нәтижелер көрсетті. Мысалы, **Black Women's Health Study** (n=789) зерттеуінде ҚОК қолданған афроамерикалық әйелдерде ER-СБО даму қауіпінің артқаны анықталған. ҚОК қолдану ұзақтығы артқан сайын, әсіресе соңғы жылдары қолданғандар арасында ER- СБО даму қауіпі де жоғарылаған. 10 жылдан астам ҚОК қолданған әйелдерде ER- ісік даму қауіпі 2,5 есеге дейін артқаны, ал ER+ ісіктер үшін бұл көрсеткіш 1,66 есеге артқаны байқалған.

Қазіргі уақытта медроксипрогестерон ацетатын инъекциялық түрде немесе тері астына салынатын импланттар ретінде қолданудың ER- СБО дамуына әсері туралы мәліметтер жоқ. Бірқатар зерттеулерде левоноргестрел бөлетін жатырға салынатын жүйені (ЛНГ-ЖЖ) қолданған кезде СБО даму қауіпінің аздап артқаны байқалған [3]. Финдік регистрінің деректеріне (n=96 846, 11 жылдан астам бақылау кезеңі) сүйенсек, ЛНГ-ЖЖ қолданған әйелдерде лобулярлы сүт безі обырының стандартизделген сырқаттану коэффициенті (SIR) – 1,33 (95% CI: 1,20–1,46), ал протоктық обыр үшін – 1,20 (95% CI: 1,14–1,25) болған. ЛНГ-ЖЖ жүйесін екі рет қолданған әйелдерде лобулярлы СБО қауіпі 1,73 (95% CI: 1,37–2,15) деңгейінде болған.

Осылайша, зерттеулердің басым бөлігі ЛНГ-ЖЖ жүйесін 10 жылдан астам уақыт қолдану сүт безі обырының даму қауіпін арттыратынын көрсетті.

Анамнезінде сүт безі обыры бар әйелдердегі контрацепция

Сүт безі обырымен (СБО) ауырған әйелдерге ұсынылатын идеалды контрацепция гормоналды емес, тиімділігі жоғары және жақсы төзімді болуы тиіс. Мыс-мазмұнды жатыршілік спираль (мыс-ЖІС) дәрілік препараттармен өзара әрекеттеспейді. СБО кезінде химиотерапия барысында инфекция қауіпі салыстырмалы түрде төмен және бұл мыс-ЖІС қолдануға қарсы көрсеткіш болып табылмайды. Алайда, химиотерапия кезеңінде мыс-ЖІС қолданған кезде жатырдан қан кету немесе меноррагия сияқты жанама әсерлер болуы мүмкін.

ДДСҰ-ның контрацепция жөніндегі ұсыныстарына сәйкес, СБО кезінде гормоналды контрацептивтерді (пероральды, инъекциялық, импланттар және левоноргестрел бөлетін ЖІС) қолдану ұсынылмайды. СБО диагнозы қойылғаннан кейін 5 жылдан аса уақыт өтсе де, бұл әдістерді қолдану **ДДСҰ медициналық критерийлеріне** сай 3-санатқа жатады (яғни, әдісті қолданудың теориялық немесе дәлелденген қауіпі оның пайдасынан асып түседі). ҚОК және гестаген құрамдас гормоналды контрацептивтерді қолдану емдеу кезінде тромбоз қауіпі мен ісіктің қайта өршу қауіпіне байланысты қарсы көрсетілген. Кокрейн шолуына сәйкес, тамоксифен қабылдайтын СБО-мен ауырған әйелдерде ЛНГ-ЖІС қолдану эндометрийдің гиперплазиялық өзгерістерінің жиілігін қысқа (12 ай) және ұзақ мерзімді (24–60 ай) бақылау кезінде азайтқаны анықталған [1,2]. Бұл зерттеуде СБО қайталану жиілігі салыстырмалы түрде төмен болған.

Атап айтқанда, зерттеу топтарында СБО қайталануында статистикалық айырмашылықтар байқалмаған: ЛНГ-ЖІС қолданған топта 11 жағдай, бақылау тобында – 7 жағдай тіркелген. Басқа шағын зерттеуде ЛНГ-ЖІС ісікке қарсы емдеу барысында қолданылғанда қайталану қауіпінің жоғарылағаны, ал емдеу аяқталғаннан кейін қолданылғанда мұндай қауіптің болмағаны анықталған [4].

СБО-мен ауырған әйелдерге **барьерлік әдістер** ұсынылуы мүмкін, бірақ олардың тиімділігі шектеулі, бұл әсіресе емдеу кезеңінде жүктілікке жол беруге болмайтын жағдайда күрделі мәселе туғызады. Егер әйел бұрын осы әдісті қолданып, оны дұрыс пайдалануды меңгерген болса, мүшеқаптар мен диафрагма қолдану ұсынылуы мүмкін. Сонымен қатар, жоғары тиімділігі мен сүт безі обырының қайталану қауіпіне әсер етпейтіндігіне байланысты, **әйел немесе ер адам стерилизациясын** да жұп ішінде талқылауға болады [5].

Еуропалық контрацепция бойынша қоғамының ұсыныстары:

- Сүт безі обырынан кейін аман қалған әйелдерге контрацептивтік әдіс таңдау артықшылығы мен қауіптері теңдестірілген болуы тиіс. Көптеген әйелдерге мыс-ЖІС (мыс бөлетін жатыршілік спираль) басымдық берілуі тиіс.
- Барьерлік әдістер ұсынылуы мүмкін, егер бұрын бұл әдіс тиімді қолданылған болса.
- Медроксипрогестерон ацетаты мен мегестрол ацетаты метастаздық сүт безі обыры бар пациенттерде жоғары дозаларда пайдалану қажет және жоғары контрацептивтік әсер қамтамасыз етеді. Дегенмен, осы препараттарды барлық пациенттерге қолдануға болмайды, себебі олардың бірқатар жанама әсерлері бар.
- Барлық жағдайларда жедел контрацепция қолдануға болады. Жақында жүргізілген зерттеу бұл әдістің сүт безі обырымен аман қалған әйелдер үшін маңыздылығын атап өтті, өйткені бұл әйелдерге тұрақты контрацепция әдістері қолжетімсіз болған жағдайда пайдаланған дұрыс болады.
- Сүт безі обыры бар әйелдерге контрацепция мәселелері бойынша кеңес беру жүргізілуі керек. Сүт безі обыры диагнозы қойылған жас әйелдерге фертильділікті сақтап қалу ұсынылады [6].

Қорытынды: Гормональды контрацептивтерді қабылдаған кезде әрқашан онкологиялық қауіп жоғарлайтын, ал жүктілік, ҚОК қарағанда, аз асқынулармен жүретіні қазіргі уақытта бұл туралы миф жойылды. Онкологиялық аурудың қайта басталу қауіпіне және эмбрионалды уыттылықтың жоғары қауіптілігіне байланысты химиотерапиядан кейін алғашқы 2 жыл бойы жүктіліктен сақтану әйелдің денсаулығын сақтау ақылға қонымды стратегия деп санауға болады.

Әдебиеттер:

1. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use; 2015. Available at: [www.who.int/reproductive health/publications/family planning/MEC-5/en](http://www.who.int/reproductive_health/publications/family_planning/MEC-5/en).
2. Pompei L., Fernandes C. Hormone therapy, breast cancer risk and the collaborative group on hormonal factors in breast cancer article. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2020; 42(5): 233-4. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1712941>.
3. Контрацепция у пациенток с отягощенным онкологическим анамнезом: рак молочной железы и гинекологический рак (часть I). – Научно-практический журнал «Акушерство и гинекология», №11, 2022. – С.45-50.
4. Trinh X.B., Tjalma W.A., Makar A.P. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in breast cancer patients. Fertil. Steril. 2008; 90(1): 17-22. <https://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.033>.
5. Medica A.C.O., Stark S.S., Hadnott T.N. Use of emergency contraception among female young adult cancer survivors. Fertil. Steril. 2018; 109(6): 1114-20.e1. <https://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.02.136>.

УДК 612.017.1:616006; 618.1-08

Туксанова Д.И., Гуломова Д.А., Ахмедов Ф.К.

ИНТЕРЛЕЙКИНА -8 КАК МАРКЕРЫ ДЛЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Научные руководители: д.м.н., профессор Туксанова Д.И.

д.м.н., доцент. Ахмедов Ф.К.

*Кафедра 2-акушерства и гинекологии Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Узбекистан*

Эндометриоз связан с воспалительной средой, в которой обнаруживаются высокие уровни нескольких цитокинов и факторов роста. Интерлейкин-8 (ИЛ-8) — цитокин, стимулирующий нейтрофилы, мощный ангиогенный фактор, участвующий в стимуляции пролиферации клеток. По данным литературы, ИЛ-8 обнаруживается в высоких концентрациях в плазме крови и перитонеальной жидкости женщин с эндометриозом и также связан с тяжестью заболевания. Аденомиоз в настоящее время характеризуется как доброкачественное проникновение эндометрия в миометрий, вызывающее диффузное увеличение матки. При микроскопическом анализе обнаруживается эктопическая пролиферация эндометриальных желез и стромы, окруженных гипертрофированным и гиперпластическим миометрием.

Цель работы: изучить состояние интерлейкина -8 (IL-8) у женщин репродуктивного возраста с генитальным эндометриозом.

Материалы и методы исследования

В течение 2022-2024 гг. обследовано 100 женщин, обратившихся в гинекологическое отделение Вобкентского районного медицинского объединения с эндометриозом. Исходя из целей и задач данного исследования, будет обследовано 70 женщин репродуктивного возраста с генитальным эндометриозом. Всего было обследовано 100 пациентов. Группу I составили 35 женщин с риском развития генитального эндометриоза, тогда как группу II составили 35 женщин с генитальным эндометриозом и 30 физиологически здоровых женщин. У всех участвовавших в исследовании, проверялась сыворотка крови интерлейкина 8.

Результаты исследования

Уровень ИЛ-8 у женщин с риском развития эндометриоза составил $87,4 \pm 3,3$ пг/мл [$150,3-54,7$ пг/мл], а во 2-й группе, то есть у женщин с осложненным эндометриозом, — $44,6 \pm 6,05$ пг/мл [$148,9-10,5$ пг/мл]. У женщин контрольной группы результат составил $8,9 \pm 0,60$ пг/мл [$17,2-4,3$ пг/мл].

Исследования показали, что уровни цитокинов в течение многих лет изучались в перитонеальной жидкости женщин с эндометриозом, но эти уровни не изучались в плазме крови. Мы обследовали женщин, которые жаловались на сильные боли во время менструации и у которых ультразвуковая диагностика подтвердила диагноз эндометриоза, а при исследовании провоспалительного цитокина ИЛ-8 в плазме крови мы подтвердили, что у обеих групп женщин наблюдался повышенный уровень этого цитокина.

Из представленных данных видно, что концентрация ИЛ-8 в плазме крови женщин 1-й группы, имеющих риск развития эндометриоза, была в $9,82$ ($P < 0,001$) раза выше, чем в

контрольной группе, а у женщин 2-й группы, осложненной эндометриозом, она была в 5,0 ($P < 0,01$) раза выше.

В ходе нашего исследования мы обнаружили, что чем выше уровень цитокинов в плазме крови, тем сильнее выражены болевые симптомы, сниженное настроение и депрессия у женщин, что обусловлено рецепцией их сигналов центральной нервной системой.

В частности, для изучения возможности использования интерлейкина-8 (ИЛ-8), как и других интерлейкинов, в качестве предиктора развития эндометриоза нами была проведена статистическая оценка его специфичности, чувствительности и доверительного интервала и получены следующие результаты. В нашем исследовании уровень ИЛ-8 в плазме у женщин с риском эндометриоза составил $87,4 \pm 3,3$ пг/мл (чувствительность 72%, специфичность 84, точность 80%), (95% ДИ (доверительный интервал) 0,802... 0,9,45), $p = 0,001$.

В группе 2 у женщин с эндометриозом уровень ИЛ-6 в плазме составил $44,6 \pm 6,05$ пг/мл (чувствительность 85,4%, специфичность 92%, точность 88%) (95% ДИ (доверительный интервал) 0,383... 0,508), $p = 0,01$, что свидетельствует о возможности использования ИЛ-8 в качестве маркера для выявления эндометриоза.

До сих пор не существует специфических маркеров для неинвазивного выявления эндометриоза, и его можно обнаружить только с помощью хирургического вмешательства, которое, хотя и является инвазивным, показало многообещающие результаты в диагностике заболевания. Мы использовали неинвазивные методы диагностики заболевания и в связи с этим изучали провоспалительные цитокины и различные биологически активные вещества. Когда мы и другие исследователи изучали комбинированные уровни ИЛ-8, ИЛ-6, ИЛ-1 β и СА125, они показали, что они были значительно выше у пациенток с эндометриозом, чем в группе физиологически здоровых женщин.

Заключение: изученные нами провоспалительные цитокины и биомаркеры оказались потенциальными предикторами эндометриоза. Мы можем узнать это благодаря чувствительности, специфичности и точности наших анализов.

УДК 618.17-008.8

Ходжаева А.С.

ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии 2, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Гинекологические заболевания периода полового созревания, в частности аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМКПП), в дальнейшем оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье женщины фертильного возраста. Отягощенный преморбидный фон в сочетании с лабильностью нейроэндокринной регуляции менструальной функции являются пусковым моментом в патогенезе АМКПП.

Целью нашего исследования явилась оптимизация тактики ведения девочек-подростков с АМКПП.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 80 девочек- подростков с АМКПП в возрасте 13-17 лет за период 2022-2023 гг. (средний возраст $14,1 \pm 1,9$). Для выявления факторов риска возникновения АМКПП, нами был проведен детальный анализ

преморбидного фона (ПФ), выявивший заболевания ЖКТ 72%, анемию 1-2- степени (54%), патологию щитовидной железы (53%), хронический тонзиллит и частые ОРВИ (41%), гиповитаминозы – 39%. Гинекологические заболевания- вульвовагиниты, аднекситы в 52%.

Результаты: Пациентки в комплексном лечении получали лекарственные препараты, активным компонентом которых являлась транексамовая кислота, обладающая антифибринолитическим, противовоспалительным действием, в дозе 250-500 мг 2-4 раза в день. Клиническое течение коррелировало с лабораторными и УЗИ данными. Рецидивы не наблюдались.

Обсуждение. Данный метод лечения оправдан, поскольку гемостатический эффект достигается без гормональной нагрузки на незрелую ГГЯС, а также способствует профилактике рецидивов. Клинические исследования показали высокую эффективность предлагаемого нами лечения МКПП 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.

Выводы: Предлагаемое нами комплексное лечение пациенток с АМКПП является эффективной альтернативой традиционным гормональным методам лечения, поскольку затрагивает патогенетические звенья механизма возникновения АМКПП.

УДК: 618.11-006.2

Ходжаева А.С.

НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии 2, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность темы: В статье приводится анализ традиционного и усовершенствованного способов консервативного лечения функциональных кист яичников у девочек-подростков. Предложен комплексный метод лечения, способствующий органосохранению и реабилитации. Убедительно доказана патогенетическая оправданность комплексного лечения с последующим применением биоидентичного прогестерона.

Начальные этапы формирования и развития женской репродуктивной системы сопровождаются активной стимуляцией центральных механизмов её регуляции, имеющие свои физиологические особенности, а также особенности развития патологического процесса в период полового созревания. Это обстоятельство подразумевает четкое знание возрастных параметров репродуктивной системы. В пубертатном периоде возникают различные функциональные кисты яичников (до 20%) – фолликулярные, эндометриоидные и кисты желтого тела, представляющие собой сложную тактическую задачу для детских гинекологов, поскольку наиболее часто сопровождаются не только болевым синдромом, но и нарушением менструального цикла [1,3,5]. Возникшие трудности дифференциальной нозологической диагностики объясняются схожей клинической картиной, динамикой патологического процесса, неоднозначными лабораторно-инструментальными данными исследования и проч. Следствием чего выбор лечебной тактики в каждом конкретном случае является ответственной и непростой проблемой, учитывая деликатность возраста. Перед врачом стоит проблема что предпочесть: излишняя оперативная активность не всегда оправдана,

консервативное лечение опасно из-за возможных критических осложнений [2,4,6]. Второй проблемой является высокая частота рецидивирования функциональных кист яичников – до 28%.

Ключевые слова: функциональные кисты яичников, факторы риска, преморбидный фон, гормональный профиль, УЗИ-верификация, консервативное лечение, биоидентичный прогестерон.

New Drug Technologies in the Treatment of Functional Ovarian Cysts in Adolescent Girls" Khodjaeva A.S. Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Department of Obstetrics and Gynecology 2. Uzbekistan, Tashkent.

Abstract. The article presents an analysis of traditional and improved methods of conservative treatment of functional ovarian cysts in adolescent girls. A complex method of treatment has been proposed that promotes organ preservation and rehabilitation. The pathogenetic justification of complex treatment followed by the use of bioidentical progesterone has been convincingly proven.

Key words: functional ovarian cysts, risk factors, premorbid background, hormonal profile, ultrasound verification, conservative treatment, bioidentical progesterone.

Хулоса: Маколада усмир кизларда тухумдонларнинг функционал кисталарини консерватив даволашнинг анъанавий ва такомиллаштирилган усуллари тахлил килинган. Органларни сақлаш ва реабилитация қилишга ёрдам берадиган комплекс даволаш усули таклиф этилган. Сунгра табиий прогестеронга биологик томонлама мос ёрдамида даволашнинг патогенетик асослари ишончли тарзда исботланган.

Калит сузлар; функционал тухумдон кисталари, хавф омиллари, преморбид фон, гормонал профил, консерватив даво, табиий прогестеронга биологик томонлама мос даво.

Цель нашего исследования – оптимизация тактики ведения пациенток с функциональными кистами яичников с целью предотвращения их рецидивирования..

Материал и методы: Обследовано 60 девочек-подростков в возрасте 12-18 лет (средний возраст составил $15,75 \pm 0,36$ лет), обратившихся к детскому гинекологу с жалобами на боли внизу живота, выделения из влагалища, нарушения ритма и длительности менструации. Всем тематическим больным, согласно рекомендациям ВОЗ, была проведена УЗИ-верификация патологического образования яичников и выявлены функциональные кисты яичника - фолликулярные (ФКЯ) разных размеров от 3.6 см до 9.9 см. Впервые киста возникла у 62% обследованных девочек-подростков в течение первых 1.2-1.5 лет после менархе, в 32% случаях отмечены рецидивы

Детально собран соматический и гинекологический анамнезы с учетом наследственности и с целью уточнения диагноза проведено полное клинико-лабораторное обследование в соответствии с разработанными стандартами диагностики причин гинекологических заболеваний. Все исследования проводились с учетом требований Хельсинской декларации Всемирной Ассоциации «Этические принципы проведения научных и медицинских исследований с участием человека», нормативных документов, согласно принципам доказательной медицины.

В момент обращения 6 девочек в экстренном порядке были прооперированы из-за резко выраженного болевого синдрома. Гистологический анализ показал наличие 3х фолликулярных кист и 3х кист желтого тела размерами до 10 см.

Поиск факторов, способствующих возникновению кисты яичника, неспецифичность клиники ФКЯ, диктовали большое внимание уделить соматическому здоровью ребенка (скорее его нарушение). Был проведен детальный углубленный анализ преморбидного фона (ПФ) обследованных пациенток. ПФ (до 72%) оказался отягощен детскими инфекционными и острыми/ хроническими респираторными заболеваниями (64%), заболеваниями ЖКТ (63%), патологией щитовидной железы (65%), хроническими тонзиллитами (32%), анемией 1-

2 степени (47%), энтеробиозом (19%). Аппендэктомии подверглись 12% обследованных пациенток.

Дальнейшее изучение анамнеза с целью выявления гинекологической заболеваемости среди обследованных пациенток показало наличие воспалительных заболеваний гениталий (вульвовагиниты, аднекситы) в 67%. Бактериологическое изучение влагалищных выделений (бакпосев с учетом чувствительности выявленных микроорганизмов) выделило моновозбудитель (St. Aureus, St. Haemoliticus, St. Epidermidis, E. Coli) лишь в 15% , в остальных 85% случаях обнаружена ассоциация микроорганизмов с преобладанием хламидийно-грибково-кокковой (аэробной-анаэробной) флоры. Биохимия крови выявила анемию различной степени выраженности (1-2 степени) у 47% обследованных больных. Тесты функциональной диагностики (базальная температура и проч.) выявили ановуляцию в 48%, недостаточность лютеиновой фазы отмечена в 57%. Гормональный анализ гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ) гипофиза у всех обследованных пациенток показал относительную гипергонатотропинемия в 52% случаях (ФСГ 3.9 ± 0.2 МЕ/л, ЛГ 5.8 ± 0.3 МЕ/л), стероидные гормоны яичников (эстрадиол, прогестерон) – выявили дисгормоноз также практически у каждой второй пациентки на фоне дефицита прогестерона (1.2 ± 0.04 нм/л; эстрадиол – $258 \pm 34,5$ пм/л).

Наследственность оказалась отягощенной различными гинекологическими заболеваниями матерей (миомы, кисты, ДМК, бесплодие) у 67% пациенток.

Обследованные пациентки были разделены на две группы:

1 группа (n=40) – пациенткам с первичными ФКЯ проводилась традиционная консервативная терапия с включением противовоспалительных средств и КОК, согласно гинекологическим стандартам;

II группа (n=20) – пациенткам с рецидивами ФКЯ проводилась консервативная противовоспалительная и гормонотерапия с последующим использованием биоидентичного прогестерона, представленного препаратом Биогест. Выбор данного препарата обусловлен полным совпадением с молекулой натурального прогестерона, наличием противовоспалительного эффекта за счет снижения провоспалительных цитокинов и TNF α , отсутствием метаболизма в печени, что актуально, поскольку был отмечен высокий удельный вес заболеваний ЖКТ у обследованных пациенток. Неоспоримым преимуществом данного биоидентичного прогестеронового препарата является ректальный способ его введения у девочек-подростков, не живущих половой жизнью.

Пациентки с сопутствующей экстрагенитальной патологией получали соответствующее лечение после консультации специалистов (эндокринолог, гастроэнтеролог).

Результаты: С момента начала стандартной консервативной терапии (1 группа пациенток) положительная клиническая динамика в виде уменьшения болевого синдрома и улучшения общего самочувствия отмечалась на 10-12 сутки , УЗИ-параметры ФКЯ имели незначительную тенденцию к снижению на 2-3мм в течение первых (1-3) месяцев лечения. Менструальный цикл восстановился через 3-4 месяца у 71% пациенток. Полная инволюция ФКЯ наблюдалась через 4-6 месяцев. Однако у 6ти пациенток 1 группы в течение 2 месяцев наблюдения размеры ФКЯ оставались по-прежнему большими без изменений (до 10 см), в связи с чем они были прооперированы в плановом порядке. Гистоанализ показал наличие серозных кист.

Пациентки II группы получали консервативную базовую терапию с последующим применением препарата биоидентичного прогестерона по индивидуальной схеме- по 1 свече ректально от 5 до 10 дней . Выраженная положительная клиническая динамика (уменьшение болевого синдрома) отмечена уже на 3-4 сутки от начала лечения. Значительно уменьшились УЗИ-параметры ФКЯ - вдвое через месяц, полная резорбция кист наблюдалась через 1- 2 месяца у всех пациенток данной группы. Также у них восстановился менструальный цикл в следующем месяце. Рецидивов не было. Отмечалась высокая комплаентность лечения, поскольку биоидентичный прогестерон обладает нейропротекторным эффектом, что способствует улучшению психо-эмоционального самочувствия.

Отдаленные результаты лечения девочек с ФКЯ (2 года), пролеченных согласно нашим рекомендациям, ни в одном случае не выявили рецидивов заболевания.

Результаты проведенного исследования позволили нам сделать следующие **выводы:**

- консервативная терапия ФКЯ должна проводиться индивидуально строго по показаниям, определяющим их характер;
- консервативная терапия ФКЯ с последующим применением препарата биоидентичного прогестерона позволяет оптимизировать тактику ведения пациенток с ФКЯ, ускорить сроки излечения, избежать рецидивов;

Таким образом, применение комплексной терапии (стандартной базовой с включением препарата биоидентичного прогестерона) при лечении функциональных кист яичников в практике гинеколога, на наш взгляд, патогенетически оправдано, поскольку в сжатые сроки позволяет нивелировать патологический процесс и избежать рецидивы.

Литература:

1. Адамян Л.В., Богданова Е.А. Оперативная гинекология детей и подростков.- М: ЭликсКом, 2021.- 208с.
2. Кузьмина Н.И. Ретенционные образования яичников у девочек // Сб. науч.тр.У11 Всерос.конф.дет.гин.-М.-2021.-С.131-134.
3. Радзинский В.Е. и соавт. Реабилитация репродуктивной функции после хирургического лечения доброкачественных образований яичников// Труд.пациент.- 2020.- №2.- С.3-6.
4. Репина М.А., Сафронова М.М. Системная энзимотерапия при гнойно-воспалительных заболеваниях в гинекологии //Клинич.рекомендации.- Санкт-Петербург.-2014.- 27с.
5. Уварова Е.В. Параметры овариального резерва девочек 15-17 лет с гармоничным половым и физическим развитием // Репр.здоровье детей и подростков.- 2022-№3.- С.20-29.
6. Ходжаева А.С. Репродуктивное здоровье девочек-подростков.- монография.- Ташкент,2023.- 329 с.

УДК 616.12-008.318-055.26:618.3-06

Kobilova Zarina Khamzaevna

A MODERN VIEW OF THE FEATURES OF THE OCCURRENCE OF ARRHYTHMIAS IN PREGNANT WOMEN (Samarkand)

*1st year resident of the Master's program in the specialty Obstetrics and Gynecology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan.*

Scientific adviser: Doctor of Medical Sciences, Professor D.R. Khudoyarova

The aim of the research. To study the features and causes of arrhythmias in pregnant women.

Materials and methods of the research: The study involved 50 women (mean age 25.9 ± 3.5 years) in the II–III trimester of pregnancy, referred for consultation to the clinic of the Multidisciplinary Clinic of Samarkand State Medical University. All patients underwent standard diagnostic tests, including serum electrolyte analysis, thyroid hormone testing, Doppler echocardiography, and daily ECG monitoring.

Results of the research. Various types of heart rhythm disorders were detected in 40 patients. Among them, 21 women developed arrhythmias against the background of cardiovascular diseases

(group 1), and 19 women were idiopathic (group 2). The control group consisted of 10 women with normal sinus rhythm. Hereditary predisposition was in 27 (54.0%) patients. In the second trimester, 10 women from group 1 were diagnosed with mitral valve prolapse, at the same time, mitral regurgitation of the first degree was observed in 6 patients, and of the second degree in 4 patients. In addition, 5 women had mitral insufficiency of rheumatic origin, 5 had post-myocarditic cardiosclerosis, and 1 had an open foramen ovale.

It was found that the percentage of complaints about HRD in women under 30 years of age is almost two times lower than in primiparous older women – 45% (n=22) versus 75% (n=15). However, when comparing the data of instrumental studies, there is an increase in the incidence of HRD after 30 years of age: 42% (n=21) of registered HRD in patients under 30 years of age versus 48% (n=24) of registered HRD in patients over 30 years of age. The following trend is noteworthy: the percentage of data obtained through instrumental research is slightly lower than the percentage of complaints against HRDs. There were also no significant differences in objectively confirmed HRD in pregnant women of different age groups.

Conclusions. Thus, the incidence of HRD increases with age at the time of the first childbirth, in pregnant women, heart rhythm disorders can occur both against the background of cardiovascular diseases and in their absence, without obvious signs of metabolic disorders.

Such patients require careful monitoring, and in the development of life-threatening arrhythmias – timely and adequate treatment. talk about a more sensitive attitude of pregnant women to their feelings. It is extremely important for pregnant women to observe proper eating behavior, as well as to carefully measure and adjust their weight in accordance with the doctor's recommendations, since increased BMI values are associated with an increase in the incidence of HRD.

УДК 618.11-008.64+618.2-06]-056.25:613.25

Бобрахимова У.М.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РЕПРОДУКТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация

Ожирение и метаболический синдром (МС) представляют собой одни из наиболее актуальных проблем здравоохранения XXI века, особенно среди женщин репродуктивного возраста. Эти состояния не только снижают качество жизни, но и существенно влияют на репродуктивную функцию, способствуя развитию ановуляторного бесплодия, синдрома поликистозных яичников (СПКЯ), гестационного диабета, преэклампсии и других осложнений беременности. Обследовано 150 обратившихся женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела/ожирением. По типу ожирения 88 (58,7%) женщин относились к женскому типу, 62 (41,3%) женщины к андройдному типу. Средний возраст исследованных составил 25,5±4,7 года. Были выявлены достоверные различия в показателях углеводного и липидного обмена, частоте инсулинорезистентности и гормональных нарушениях у женщин с различным индексом массы тела. Полученные данные подчёркивают необходимость раннего скрининга метаболических нарушений у женщин с избыточной массой тела, особенно в контексте планирования беременности и ведения гинекологических пациентов.

Ключевые слова: ожирение, метаболический синдром, репродуктивный возраст, инсулинорезистентность, бесплодие, гиперандрогения.

Введение

За последние десятилетия наблюдается устойчивый рост распространённости ожирения как в мире, так и в странах постсоветского пространства. Особенно тревожит увеличение частоты избыточного веса среди женщин репродуктивного возраста, что сопряжено с нарушениями менструального цикла, овуляции, снижением фертильности, увеличением риска осложнённого течения беременности и родов.

Метаболический синдром, определяемый как совокупность метаболических нарушений — абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, дислипидемии и артериальной гипертензии — играет ключевую роль в патогенезе репродуктивной дисфункции.

Изучение влияния этих нарушений на репродуктивное здоровье женщин представляет значительный клинический интерес, поскольку открывает возможности для своевременной профилактики и коррекции осложнений.

Цель исследования

Оценить распространённость и особенности клинико-метаболического профиля ожирения и метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Исследование проведено в частной клинике «Доктор Джураев» в течение 12 месяцев. В исследование были включены 150 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, давших информированное согласие на участие.

Критерии включения: отсутствие острых воспалительных и онкологических заболеваний, беременность и лактация на момент обследования исключались.

Женщины были разделены на три группы по индексу массы тела (ИМТ) согласно рекомендациям ВОЗ:

Группа I (контрольная) — ИМТ 18,5–24,9 кг/м² (n=40);

Группа II — ИМТ 25,0–29,9 кг/м² (n=40);

Группа III — ИМТ $\geq 30,0$ кг/м² (n=40).

Каждой участнице проводилось: анкетирование (анамнез, образ жизни, жалобы, менструальный цикл); измерение роста, веса, окружности талии и бедер; расчет ИМТ и соотношения ОТ/ОБ; измерение артериального давления;

биохимические анализы: глюкоза, инсулин, индекс НОМА-IR, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды; определение гормонального профиля (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, ДГЭА-с). Измерение уровня лептина нами проводилось для дифференциальной диагностики ожирения с лептин-резистентностью у 100 женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела/ожирением в возрасте от 18 до 35 лет

Диагностика метаболического синдрома проводилась в соответствии с критериями IDF (2005), согласно которым диагноз устанавливается при наличии абдоминального ожирения (ОТ ≥ 80 см у женщин) и двух или более из следующих признаков: повышенное АД ($\geq 130/85$ мм рт. ст.), гипергликемия (глюкоза $\geq 5,6$ ммоль/л), снижение ЛПВП ($< 1,29$ ммоль/л), повышение триглицеридов ($\geq 1,7$ ммоль/л).

Результаты

Распространённость метаболического синдрома:

В группе I МС выявлен у 2 (5%) женщин.

В группе II — у 11 (27,5%) женщин.

В группе III — у 24 (60%) женщин.

→ Различия статистически достоверны ($p < 0,01$).

Инсулинорезистентность (НОМА-IR $> 2,5$):

Группа I — 6 (15%) женщин;

Группа II — 18 (45%) женщин;

Группа III — 28 (70%) женщин ($p < 0,001$).

Липидный профиль:

У женщин с ожирением чаще наблюдалось повышение ЛПНП, общего холестерина и триглицеридов, а также снижение ЛПВП ($p < 0,01$). Контрольную группу составили 50 женщин с избыточной массой тела/ ожирением (25 женщин с феминным типом и 25- с андройдным типом ожирения), не применявшие никакой контрацепции (Таблица 6).

У пациенток с ожирением по андройдному типу (I группа, n-37) наблюдался повышенный уровень лептина $22,89 \pm 1,74$ - до начала терапии. Этот показатель статистически не отличался от показателя пациенток с феминным типом ожирения (II группа n-63, $25,38 \pm 1,76$), так же, как и показателя контрольной группы n-50, $28,70 \pm 2,30$, что пропорционально соответствует среднему значению ИМТ.

Исходный уровень лептина у пациенток с ожирением ($p < 0,05$)

I группа n-37 (ИМТ $33,3 \pm 0,9$)	II группа n-63 (ИМТ $33,1 \pm 2,2$)	Контрольная группа n-50 (ИМТ $34,4 \pm 3,2$)	Референсные показатели	P1, P2
$22,89 \pm 1,74$	$25,38 \pm 1,76$	$28,70 \pm 2,30$	3,8-11,2	$>0,2$; $>0,1$

После проведения мероприятий первого этапа – изменение пищевого поведения, дозированные физические нагрузки, метформин – проводилась детекция изменений в динамике в течение 6-12 месяцев. (Таб. 7)

Нами проведена оценка эффективности выбранной нами тактики ведения пациенток с ожирением с учетом изменения ИМТ и уровня лептина. В I и во II группе достигнут значительный эффект лечения, чем в группе контроля. Так, ИМТ и показатели лептина снизились в большей степени, чем в группе контроля $>0,2$. Т.е., произошло достоверное снижение ИМТ и уровня адипогенного гормона. Достигнутое снижение показателей лептина под воздействием метформина, изменения пищевого поведения и дозированной физической нагрузки, оказалось более выраженным у пациенток основной группы в сравнении с группой контроля, показатель уменьшился с $16,78 \pm 1,5$ ($p < 0,001$ на 6 месяце, до $12,46 \pm 0,5$ ($p < 0,01$) через 12 месяцев, индекс массы тела же уменьшился на 22,4% при сравнении показателей через 6 мес ($p < 0,001$) и 12 месяцев ($p > 0,2$).

Изменение уровня лептина через 6-12 месяцев терапии ($p > 0,1$)

Показатели	Основная группа						Контрольная группа			Референсные показатели
	n-37			n-63			n-50			
	6 мес.	12 мес	P	6 мес.	12 мес	P	6 мес.	12 мес	P	
ИМТ	$30,1 \pm 0,4$	$24,3 \pm 0,6$	$<0,001$	$30,7 \pm 3,0$	$25,4 \pm 0,4$	$>0,2$	$31,5 \pm 3,1$	$30,2 \pm 0,6$	$>0,5$	18,5 - 24,9
Лептин	$14,74 \pm 1,3$	$11,46 \pm 0,5$	$<0,01$	$15,2 \pm 1,7$	$10,6 \pm 0,7$	$<0,01$	$26,71 \pm 2,20$	$22,71 \pm 1,5$	$>0,1$	3,7-11,1

У 73 (48,6%) женщин, страдающих ожирением, отмечалось стойкое нарушение менструального ритма (не менее полугодом подряд). Регулярный ритм менструаций достоверно чаще встречается у женщин, купировавших ожирение без нарушения липидного обмена. Нерегулярные менструации характерны для 23 (31,5%) пациенток андройдной группы, 25 (34,2%) феминной группы и 25 (34,2%) контрольной группы; разница в распространенности нарушений менструального ритма между первой и второй, третьей и второй группами достоверна ($p < 0,05$). Различий в нарушениях менструального цикла в феминной и контрольной группах не было: ТПСК диагностирован у 27 (24,7%) женщин, большинство из них (41,4% относились к первой, 14,3% ко второй группе и 14,3% к третьей группам.

0-5 баллов – незначительные метаболические нарушения. Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие дросперинон, женщины с ожирением могут принимать без

ограничений. Одновременно рекомендуется изменение пищевого поведения и повышение физических нагрузок.

6-15 баллов – умеренная степень метаболических нарушений. Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие дросперинон, можно рекомендовать, но под контролем врача и лабораторных показателей. Польза от применения метода контрацепции превышает риск.

16-34 баллов – высокая степень метаболических расстройств. Комбинированные оральные контрацептивы не рекомендуются. Риск от применения метода контрацепции превышает пользу.

На основании полученных данных балльная оценка расчета приемлемости комбинированной оральной контрацепции была проведена у 150 женщин с ожирением: у 88 с феминным ожирением и у 62 – с андронидным ожирением.

Выявлены достоверные корреляции между ИМТ и уровнем триглицеридов ($r=0,58$), а также между окружностью талии и уровнем инсулина ($r=0,71$; $p<0,001$).

Нарушения менструального цикла:

В группе I нарушения цикла отмечались у 3 (7,5%) женщин,

в группе II — у 13 (32,5%),

в группе III — у 26 (65%).

Чаще регистрировались олигоменорея, ановуляция и дисфункциональные кровотечения.

Гиперандрогения и СПКЯ:

У 35% женщин с ожирением выявлены клинические и лабораторные признаки гиперандрогении.

У 22% женщин диагностирован СПКЯ по критериям Роттердама.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают важнейшую роль ожирения и МС в нарушении репродуктивного здоровья. Инсулинорезистентность лежит в основе патогенеза СПКЯ и ановуляторного бесплодия. Гиперинсулинемия стимулирует синтез андрогенов в яичниках и надпочечниках, нарушает нормальный фолликулогенез.

Женщины с избыточной массой тела и особенно с ожирением имеют значительные риски осложнений беременности: гестационный диабет, преэклампсия, преждевременные роды, макросомия плода. У таких пациенток также выше вероятность кесарева сечения и осложнений в послеродовом периоде.

Выводы

Ожирение и метаболический синдром широко распространены среди женщин репродуктивного возраста и сопровождаются выраженными нарушениями углеводного, липидного и гормонального обмена.

Метаболические нарушения существенно повышают риск менструальной дисфункции, бесплодия и осложнённого течения беременности.

Скрининг на метаболический синдром, инсулинорезистентность и гиперандрогению должен проводиться у всех женщин с избыточной массой тела, особенно при наличии нарушений менструального цикла.

Эффективная коррекция массы тела, модификация образа жизни и раннее начало терапии позволяют улучшить репродуктивные и соматические исходы.

Список литературы

1. Агабабян Л.Р. Абдуллаева Л.М Избыток массы тела у женщин репродуктивного возраста и методы его коррекции Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 11-13.
2. Боборахимова У.М., Агабабян Л.Р. Абдуллаева Л.М. Гормональная контрацепция преимущества и недостатки// Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1, pp. 14-17.

3. Boborakhimova Umida Musayevna. Features of eating behavior in women of reproductive age with overweight//Art of medicine International Medical Scientific Journal. 2022,2(1), pp.-288-295.
4. Агабабян Л.Р Абдуллаева Л.М “Методы коррекции массы тела у пациенток репродуктивного возраста с ожирением” LXX international correspondence sciennific and practical conference «International sciennific review of the problems and prospects of modern science and education» (Boston. USA.May 20-21, 2020) 2020 стр 93.
5. Агабабян Л.Р. Абдуллаева Л.М Особенности соматического и гинекологического здоровья женщин с избыточной массой тела, планирующих использовать гормональную контрацепцию//Биология ва тиббиёт муаммолари №1,1 (117) 2020йил 268 бет.
6. Абдуллаева.Л.М Ортиқча тана вазнга эга бўлган аёлларда замонавий гормонал контрацептивларни қўллаш имкониятлари Услубий –тавсиянома Тошкент – 2021.
7. Абдуллаева Л.М Гормонал контрацепциядан фойдаланишни режалаштираётган семизлик қайд этилган аёлларда тана вазнини коррекциялаш Услубий –тавсиянома Тошкент – 2021.
8. Alberti K.G., Zimmet P.Z. The metabolic syndrome — a new worldwide definition. Lancet. 2005; 366(9491):1059–62.
9. Azziz R., et al. Polycystic ovary syndrome. Nat Rev Dis Primers. 2016; 2:16057.
10. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet, 2022.
11. Баранова А.М., Мишина Е.А. Метаболический синдром и репродуктивное здоровье. Акушерство и гинекология. 2021; (12): 45–49.
12. Кириченко Н.В. и соавт. Инсулинорезистентность и ожирение у женщин: клинические подходы. Вестник репродуктивного здоровья. 2020; 3: 23–30.

УДК 618.56-005.1

Абдуллаева М.Д¹, Пахомова Ж. Е².

«ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ ДАННЫХ»

1. Абдуллаева М.Д., Базовый докторант. Самаркандский государственный медицинский университет

2. Пахомова Ж. Е. д.м.н., профессор, Ташкентская медицинская академия, кафедра акушерство и гинекологии семейной медицины

Актуальность: Послеродовое кровотечение (ПК) остается одной из ведущих причин материнской смертности и заболеваемости. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от осложнений, связанных с ПРК, умирают тысячи женщин, особенно в странах с ограниченным доступом к медицинской помощи. Ранняя диагностика, своевременное вмешательство и знание факторов риска имеют решающее значение для сохранения жизни роженицы. Анализ включает данные о применении утеротоников, хирургических вмешательств, гемостатической терапии и переливания крови. Полученные результаты позволяют выделить наиболее эффективные схемы лечения и определить факторы, влияющие на исходы. Исследование подчеркивает необходимость своевременной диагностики и комплексного подхода к ведению послеродовых кровотечений

Цель исследования . Провести ретроспективный анализ клинических случаев ПК и оценить эффективность различных методов терапии, в сравнении 3 летней давности, а также определить эффективность применяемых методов лечения случаев ПРК в акушерском стационаре.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование медицинской документации 200 женщин, у которых диагностировано послеродовое атоническое кровотечение различной степени тяжести в период с января 2022 года по декабрь 2024 года, на базе акушерского отделения 2 родильного комплекса. 2022 г (80 историй), 2023 г (70 истории) и 2024 г. (50 историй) У всех женщин диагностирован послеродовое атоническое кровотечение различной степени тяжести. Были изучены подробные сведения гинекологического и акушерского анамнеза, данные о настоящей беременности, сопутствующей соматической патологии, результаты дополнительных исследований, сведения о течении родов протекавшие тяжелой анемией. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от кровопотери.

Результаты В исследование включено женщин, у которых после родоразрешения было диагностировано послеродовое кровотечение. Изучены подробные сведения гинекологического и акушерского анамнеза, данные о настоящей беременности, результаты дополнительных исследований, сведения о течении родов, количество кровопотери. Мы определили ведущие факторы риска, которые позволят уменьшить частоту ПК. Наиболее важными факторами риска оказались: возраст женщин, многоплодие, крупный плод, многоводие, гипотония матки в анамнезе, низкий уровень подготовки женщин к родам в сельской местности, повторно беременные с рубцами на матке и др. Также мы предложили профилактические и диагностические мероприятия, которые позволят уменьшить частоту данной патологии.

Результаты и их обсуждение. За 2022-2024 годы на базе 2 родильного дома г. Самарканд было принято 16774 родов. Из 200 проанализированных случаев послеродового кровотечения, что составляет 1,19%. Средний возраст пациенток составил $25,4 \pm 4,8$ лет. ПРК статистически значимо чаще проводилось ручное обследование полости матки (70%), перевязка магистральных сосудов (30%), использование кровозамещающих технологий (75%), трансфузия эритроцитарной массы 65%, а также гистерэктомия (23%). Для лечения и стабилизации состояния женщины, перенесшей послеродовое кровотечение, предприняли переливания крови и препаратов железа. Больных разделили на III группы по степени объема кровопотери:

В I группе с лёгкой степенью тяжести объем кровопотери до 500 мл ОЦК 10–15%

Получили одну эритроцитарную массу 350мл и препараты Железа Fe (III) 5.0 (15%) женщины, перенесшей послеродовое кровотечение.

Во II группе с умеренной степенью тяжести объем кровопотери 500-1000 мл ОЦК 15-25%Получили (35%) женщин две эритроцитарную массу 350 мл и препараты Железа Fe (III) 5.0 перенесшей послеродовое атоническое кровотечение различной степени тяжести.

В III третьей группе тяжёлой степени объём кровопотери 1000-1500мл ОЦК 25%-40%Получили четыре эритроцитарную массу 350 мл и плазму а также препараты Железа Fe (III) 5.0 (45%) женщины, перенесшей послеродовое атоническое кровотечение различной степени тяжести. Из всех проанализированных случаев: 55% (110 женщин) рожали через естественные родовые пути, 45% (90женщин) закончились с кесаревом сечением. 60 случай (43,5 %) — ПРК вследствие атонии матки 50 случаев (42,5%) — с многоплодием , с преэклампсией 20 случаев (14,2 %) — с нарушением свертываемости крови у женщин патологии. У 80 % пациенток применялись утеротоники (окситоцин, карбопрост, карбетоцин , гемоплазмотрансфузия, препараты транексамовой кислоты).

У 28 пациенток (17,9%) перевязка магистральных сосудов в 8 случаях. В 4 случаях (2,6%) выполнена экстренная гистерэктомия по жизненным показаниям. Смертность составила 0% в исследуемой группе. В группе исследуемых за 2022-2024 гг. отсутствовали женщины с

благоприятным течением беременности. Основопологающими из них были: анемия в 100% случаев, отеки – 20 (28,33%), преэклампсия – 16 (23,57%) случаев. Из 70 случаев ПК 30 (42,8 %) случая - на фоне отслойки нормально расположенной плаценты легкой и тяжелой степени . В раннем послеродовом периоде атонии матки т.е. атоническое кровотечение различной степени тяжести наблюдались 40 (57,1%) случая, из них вследствие операции кесарева сечения (КС) и ее осложнения 20 (28,5,1%) случая. Беременные с ПК домохозяйек было 71,4%, рабочих — 14,2 %, студенток — 7,1 % . ПК наблюдались у 28,5 % первобеременных, 71,4 % повторобеременных, преждевременные роды были у 28,6% и срочные — у 71,4 %. Что касается тактики ведения, наиболее эффективным методом остановки кровотечения в первичной фазе оказалась бимануальная компрессия матки и использование утеротоников. Хирургическое вмешательство потребовалось в 23 случаях, включая перевязку маточных артерий и, в крайних случаях, гистерэктомию.

Выводы Результаты исследования подтверждают ведущую роль атонии матки как основной причины ПК. Основным методом первичной терапии являются утеротоники, однако при их недостаточной эффективности прибегают к хирургическому вмешательству и переливанию крови. Применение препаратов транексамовой кислоты также показало высокую клиническую эффективность и может рассматриваться как обязательный компонент при ПК Хирургическое вмешательство применялось в крайнем случае и сопровождалось более длительным пребыванием в стационаре. Переливание позволяет восстановить объем циркулирующей крови и обеспечить нормальное функционирование органов и систем. Несмотря на то, что переливание крови остается жизненно важным, необходимо искать альтернативные способы и препараты для замены переливания крови. Это связано с рядом факторов, таких как возможные осложнения, связанные с несовместимостью крови, инфекционные риски, а также ограниченные запасы крови в донорских пунктах. Показания для переливания крови должны строго соответствовать клиническим стандартам и учитывать индивидуальные особенности пациента. Необходимо развивать и внедрять новые методы лечения, направленные на снижение зависимости от донорской крови и создание резервов для экстренных случаев. Таким образом, несмотря на необходимость переливания крови при таких тяжелых состояниях, как гипотоническое кровотечение, важно вести работу по поиску альтернативных методов и препаратов для минимизации рисков и увеличения доступности лечения.

УДК 618.177-07

Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ БЕСПЛОДИИ МАТОЧНОГО ГЕНЕЗА

Научный руководитель: д.м.н., проф. Худоярова Д.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, Самарканд

Актуальность: Бесплодие маточного генеза составляет серьезную медико-социальную проблему и оказывает заметное влияние на состоянии здоровья женщин и демографическую проблему в стране. Данный вид бесплодия с высокой долей вероятности является причиной неудачных попыток имплантации эмбрионов в рамках программ ВРТ, выкидышей, а также увеличения поражаемости беременных, по причине акушерских осложнений. Успешное ведение пациенток с бесплодием маточного генеза подразумевает работа с восстанавливающей обратной связью, основанная на глубоких исследованиях и диагностике, индивидуальной терапии и применении сопутствующих мер в области репродуктивной охране с целью улучшению маточного фактора.

Цель: проанализировать репродуктивные возможности при бесплодии маточного генеза.

Материалы и методы: Анализ включал ряд источников, таких как клинические исследования, мета-анализы, рекомендации, изучающие бесплодие маточного генеза. Проанализированы данные о различных методах визуализации матки (гистероскопия, соногистерография, МРТ), эффективности медикаментозной терапии (гормональная коррекция, антибактериальная терапия, иммуномодулирующая терапия), хирургического лечения (гистерорезектоскопия, лапароскопия, лапаротомия) в условиях города Самарканд.

Результаты: Диагностика бесплодия маточного генеза должна включать комплексное обследование, направленное на выявление анатомических аномалий матки (перегородки, внутриматочные синехии, миома матки), патологии эндометрия (хронический эндометрит, полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия), а также оценку функционального состояния матки (рецептивность эндометрия). Гистероскопия является «золотым стандартом» диагностики внутриматочной патологии и позволяет выполнить хирургическую коррекцию большинства внутриматочных аномалий.

Медикаментозное лечение направлено на оптимизацию гормонального фона, лечение хронического эндометрита и повышение рецептивности эндометрия имела больший успех (85,4%). Иммуномодулирующая терапия может быть рассмотрена у пациенток с рецидивирующими неудачами имплантации.

Хирургическое лечение направлено на устранение анатомических аномалий матки - гистерорезектоскопия является предпочтительным методом удаления внутриматочных синехий и полипов эндометрия (эффективность 88%). Миомэктомия может быть выполнена лапароскопическим или лапаротомическим доступом, в зависимости от размера и локализации миоматозных узлов, выявлено что в условиях Самарканда чаще используется лапаротомический метод. Коррекция аномалий развития матки является ключевым моментом для оценки потенциала репродукции. В условиях гинекологического стационара СамГМУ были обследованы 56 пациенток с аномалиями развития, из них только пациентки с синехиями (53,7%) имели репродуктивный потенциал. Случаи необходимости суррогатство (неэффективности традиционных методов лечения, тяжелые необратимые изменения в матке - синдром Ашермана тяжелой степени, отсутствие матки) не имели репродуктивный потенциал (28,6%) в условиях нашей республики и были направлены для ЭКО в другие страны (РФ, Казахстан).

При неэффективности традиционных методов лечения, а также при наличии тяжелых необратимых изменений в матке, таких как синдром Ашермана тяжелой степени или отсутствие матки, единственным репродуктивным вариантом является суррогатное материнство.

Выводы: Бесплодие маточного генеза требует индивидуализированного подхода к диагностике и лечению. Патологии, требующие медикаментозной терапии, имели больше репродуктивного потенциала чем требующие хирургического лечения. В случаях, необходимости суррогатного материнства пациентки были направлены в другие страны для ЭКО. Необходимы дальнейшие исследования для разработки новых методов лечения и повышения эффективности репродуктивных стратегий у пациенток с бесплодием маточного генеза.

УДК: 616.9-053.31-022.7:616.073

Раджабова З.А., Каримова Ф.Д.

МОРФОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ У РОЖЕНИЦ С ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ПРЕЭКЛАМПСИИ.

Актуальность: Преэклампсия - одна из самых актуальных проблем современного акушерства, поскольку не имеет достоверных ранних прогностических и диагностических признаков, действенных мер профилактики и лечения. Несмотря на большое количество исследований, посвященных ее изучению, вопросы этиологии и патогенеза ее остаются открытыми.

В основе развития преэклампсии по нашим данным особая роль отводится облитерационной ангиопатии, степень выраженности которой имеет прямую зависимость от тяжести патологического процесса. При прогрессировании преэклампсии увеличивается степень и объем дистрофических изменений сосудисто-стромального компонента за счет изменения макро- и микрометрических параметров.

Планированное нами исследование позволит впервые выделить на основе параллельного изучения сосудов ворсинчатого хориона при разной степени тяжести преэклампсии с помощью комплекса методов стадии развития облитерационной ангиопатии, уточнить детали ее морфогенеза.

Цель работы: Целью исследования явилось изучение морфометрических параметров опорных ворсин, артериол, венул плацент от женщин с преэклампсией тяжелой степени тяжести.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных цели проведено клинкоморфологическое исследование, объектом которого явились плаценты от женщин с наличием преэклампсии тяжелой степени тяжести. Исследование использованы следующие методы: макроскопические, микроскопические, морфометрические.

Критерии включения беременных в группу исследования:

1. Наличие клинических признаков преэклампсии;
2. Наличие доплерометрических, ультразвуковых признаков хронической фетоплацентарной недостаточности.

Критерии исключения беременных из исследования:

1. Наличие клинических или лабораторных признаков ВУИ;
2. Выявленные острые или обострения хронических инфекций у беременной. Большинство беременных имели возраст от 25 до 30 лет, что составляло 35,0% и 40,0% женщин в группе сравнения и клинической группе.

Основную группу патоморфологическому исследованию подверглись 50 плацент от 50 женщин в возрасте от 16 до 40 лет (средний возраст $36 \pm 1,3$ лет) с клиникой тяжелой преэклампсии. Результаты доплерометрических исследований подтверждали патологическое течение беременностей, отмечалось нарушение гемодинамики выраженной степени тяжести. Были рождены дети в сроке 37 недель, массой от 2480гр до 2950гр, с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов.

Результаты исследования: Переходя к анализу органометрических показателей, следует подчеркнуть резкое снижение средней массы плацент ($384,2 \pm 4,12$). В таком же направлении уменьшился и объем плацент, в такой же степени резко уменьшилась площадь материнской поверхности (до $195,6 \pm 2,89$ см²), ППК составил $0,124 \pm 0,005$. Регистрировались в 28 случаях тромбоз межворсинчатого пространства, в 4 случаях хронические инфаркты и в 10 случаях массивное отложение межворсинчатого фибриноида. Из 50 плацент выявлено 36 плацент с разными формами аномалий. У 24 плацент отмечалось краевое прикрепление пуповины, наличие разнокалиберных изолированных котиледонов (20 плацент) и участков резкого

истончения плацентарной ткани (9 плацент). На материнской поверхности в 32 наблюдениях были видны многочисленные мелкие кальцификаты, которые диффузно распространялись на все котиледоны. На параллельных разрезах со стороны материнской поверхности, вплоть до хориальной пластины, значительные объемы 28 из 50 случаев занимали тромбоз межворсинчатого пространства, красные инфаркты - 22, серые инфаркты - 36. Прицельное изучение сосудов опорных ворсин выявило различную степень облитерационной ангиопатии артериол (в 34 из 50 случаев). В большинстве микропрепаратов данной группы плацент преобладали мелкие терминальные ветви, порой с хаотичной ориентацией, большим количеством инволютивных синцитиальных узелков - морфологический эквивалент местного снижения кровоснабжения, равных отношению большего диаметра к меньшему. При изучении сосудов опорных ворсин в 34 случаях из 50, практически на всех их уровнях определяется облитерационная ангиопатия с узким, порой щелевидным, просветом, десквамацией эндотелиоцитов, гипертрофией мышечной оболочки, где выявлены признаки отека, больше в зоне перехода мышечной оболочки в соединительную ткань стромы, окружающие эти артериолы. Уплотнение коллагенового футляра более заметно при окраске по ван Гизону, где ориентировка коллагеновых волокон повторяет концентрический характер мышечной оболочки артериол. Интересной гистологической находкой стало выявление в 20 из 50 плацент увеличение числа сосудов в опорных ворсинах (2 артериолы с явным щелевидным просветом и одной расширенной венулой), то есть соотношение этих сосудов соответствовало аналогичному соотношению сосудов пуповины. Важным структурным феноменом было расширение капиллярного русла вокруг облитерированной артериолы и эктазированной венулы капиллярной сети, которые представлены, главным образом, капиллярами-синусоидами в непосредственной близости от эпителиального покрова опорной ворсины парасосудистой капиллярной сетью, стазом эритроцитов плода в плаценте при тяжелой преэклампсии, окраска гематоксилином и эозином.

Выводы: Итак, группа плацент с преэклампсией тяжелой степени характеризуется существенными особенностями. Выявлены отличия в макро- и микроскопической картине: минимальные массы, объем, площадь материнской поверхности плацент с морфологически документированной местной гипоксией плацентарной ткани, более выраженными признаками тромбоза сосудистого русла ворсин, и, наконец, более четкие структурные нарушения сосудов опорных ворсин с выявлением большего количества облитерационных ангиопатий, при иммуновизуализации - меньшего числа положительных клеток и клеток-продуцентов. Отложение фибриноида в межворсинчатом пространстве и на поверхности терминальных ворсин, фиброз стромы ворсин, псевдоинфаркты, кальциноз. Несколько ниже, но с высокой частотой, наблюдали инволютивно-дистрофические изменения в плацентах при тяжелой преэклампсии. В работе определены нормативы морфометрических показателей, характеризующие состояние стенки и просвета артериол опорных и промежуточных ворсин при преэклампсии разной степени тяжести, а также в сочетании с экстрагенитальной патологией - коэффициентов облитерации и элонгации, эти морфологические и морфометрические показатели, позволяют интерпретировать состояние матери и новорожденного.

УДК 618.3-008.6

Курбанова Г.Х., Икромова П.Ф.

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАЦИЕНТОК С РВОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Рвота беременных является наиболее частой патологией в структуре ранних токсикозов. Проявляясь в легкой форме, средней и тяжелой степени тяжести, это осложнение ухудшает качество жизни беременной женщины, способствует нарушению гомеостаза организма женщины, развитию обратимых и необратимых патологических процессов в организме беременной женщины, его истощению и адинамии, нарушению функций различных органов и систем. Кроме того, на его фоне развиваются такие осложнения беременности, как невынашивание, плацентарная недостаточность, недостаточная прибавка массы тела в течении гестации, рождение детей с различной перинатальной патологией и другие (Айламазян Э.К., 2015, Рахронова Т.Х. и соавт., 2020, Feizo M.S., et al., 2022, Smith J.A., et al., 2022). На возникновение раннего токсикоза беременных влияет множество факторов: наследственность, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, психоневрологические нарушения, а также возникающий гормональный дисбаланс (Юпатов А.И. Илюшин Е.Ю., 2022).

Целью настоящих исследований явилось изучение медико-социальных аспектов рвоты беременных с учётом степени тяжести осложнения.

Материал и методы. Анализированы 240 историй родов пациенток ретро- и проспективно. Анализу были подвергнуты карты беременных 111 женщин, которые обратились в Центры репродуктивного здоровья по поводу рвоты беременных лёгкой степени и 129 истории беременных и рожениц, которые поступили в городской родильный дом №1 г. Душанбе в 2021-2022 гг по поводу рвоты средней степени тяжести и тяжелой. Среди последних 79 женщина страдала рвотой беременных средней степени тяжести и 50 – тяжелой формой осложнения. Впоследствии указанные беременные женщины наблюдались в динамике для изучения течения беременности, родов и перинатальных исходов.

Полученные данные были обработаны на ПК с применением прикладных статистических пакетов IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM USA) и Statistics 10.0 (statSoft Inc., USA).

Результаты исследования. При анализе обращаемости в ЦРЗ и поступления в стационар по месяцам выяснилось, что наибольшее число беременных с рвотой – 17,0% были госпитализированы в январе месяце, причём 27,8% и 20,0% из них страдали средней тяжестью и тяжелой формой осложнения соответственно. Наименьшее число исследованных поступили в июне месяце – 0,4% и то эта 1 беременная страдала лёгкой степенью осложнения. При раскладке беременных в целом по сезонам года, получена следующая картина: осенью и зимой число поступивших с рвотой беременных в стационар составило по 31,2%, т.е. каждая третья пациентка. При этом, 48,1% из них страдала средней степенью тяжести и 28,0% - тяжелой формой осложнения, Последние, особенно часто поступали осенью – 36,0%. В летний период число поступивших всего оказалось 12,1% и среди них с тяжелой формой осложнения составили 10,0% ($P < 0,001$).

Следовательно, анализ полученных результатов предполагает о том, что встречаемость рвоты беременных носит сезонный характер. Это осложнение, особенно его тяжелые формы, наиболее часто развиваются в осенне-зимний период и реже - в летний период года.

Возрастная структура обследованных женщин показывает, что беременных с рвотой в возрасте до 20 лет, т.е. в юном репродуктивном возрасте (ЮРВ), оказались 15,0%, основную часть составили молодые женщины активного репродуктивного возраста – 76,2%, причём женщин в возрасте от 20 до 24-х лет и 25- 29 лет была каждая 4-я – 28,7% и 27,1% соответственно. Удельный вес этой возрастной группы среди пациенток с тяжелой формой осложнения составил 82,0%. Следует отметить, что женщин позднего репродуктивного периода было меньше всего – 8,7% и удельный вес тяжелых форм рвоты беременных был низкий – 10,0% ($p < 0,001$).

По социальному статусу пациентки были распределены на 3 группы – домохозяйки, работницы и студентки. Как и следовало ожидать, домохозяек оказалось больше всех – 68,3%. Среди обследованных беременных образованных женщин также было меньше, их было всего 27,9%, что объясняется послевоенным периодом и неурядицами конфликтного времени.

Менструальная функция обследованных женщин с рвотой беременных была оценена как нормальная всего у 52,9% и у них же была тяжёлая форма осложнения в 26,0%. У большинства обследованных женщин в анамнезе были такие нарушения как позднее менархе, скудные и короткие менструации, болезненность, нерегулярность и другие, которые достоверно отличались от контрольной группы ($p < 0,001$).

Частота тяжёлых форм была анализирована в зависимости от числа беременностей в анамнезе исследуемых женщин. Удельный вес осложнения и его формы встречались почти одинаково во всех исследуемых группах, за исключением многократно беременных женщин, среди которых тяжёлая форма осложнения встречалась в 40,0% случаев, т.е. несколько больше чем у других.

Индекс массы тела ниже 19,8 у беременных с рвотой в прегравидарном периоде, который расценивается как дефицит массы тела, был установлен у 28,7% исследованных; нормальная масса тела была установлена всего у 43,7%, избыточная – у 15,8% и ожирение – 11,6% пациенток. Степень тяжести этого осложнения беременности особо не зависела от индекса массы тела.

Заслуживает внимания и репродуктивный анамнез исследованных пациенток с рвотой беременных. На репродуктивные потери указали 59,0% женщин, в том числе самопроизвольный выкидыш у 41,2%, неразвивающаяся беременность – у 11,2%, мертворождение – у 6,2% и у одной - внематочная беременность. На преждевременные роды в анамнезе указали 6,2% пациенток. Искусственное прерывание беременности имело место у каждой 5-й женщины, что составило 20,4%

Вышеизложенное указывает на неблагоприятный репродуктивный анамнез беременных женщин, страдающих рвотой беременных.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований указывают на высокую частоту развития рвоты беременных различной степени в осенне-зимний период, показывая сезонный характер встречаемости осложнения; рвота беременных преимущественно встречается в молодом возрасте до 30 лет, особенно у многократно беременных; одним из основных факторов риска развития рвоты беременных, возможно, является нарушение репродуктивной функции или они взаимосвязаны.

УДК 618.17-007.61:615.874+616.89-008.454

Уразалина Д.А., Токтарова А., Тимирбаева А., Турсынбаева А., Шаймуханова З.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Главврач Центрального клинического госпиталя для ветеранов ВОВ,
резиденты 2 года обучения кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский
Университет Астана», Астана, Казахстан
Научные руководители:*

Зав. кафедрой к.м.н. (Ph.D.) Искаков С.С., профессор кафедры д.м.н. Малгаждарова Б.С.

Аннотация. В статье описан проведенный анализ состояния здоровья женщин в перименопаузальном периоде, получающих медицинскую помощь в различных лечебно-профилактических учреждениях города Астана. Выявлена степень распространённости

различных климактерических симптомов, влияние этих изменений на качество жизни женщин, а также наличие гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, усугубляющих течение периода перименопаузы. Описаны особенности ведения пациенток в перименопаузальном периоде и выявление факторов, влияющих на их здоровье и благополучие.

Ключевые слова: перименопауза, стероидные гормоны, шкала Грина, экстрагенитальная патология, гинекологическая патология, психоэмоциональные расстройства, депрессия, стресс, менопаузальная терапия, вазомоторные симптомы, качество жизни

Введение. В настоящее время понятие «менопауза» заменено более точным термином «перименопауза»[1]. Перименопаузальный период представляет собой переходную фазу между репродуктивным и пострепродуктивным этапами жизни женщины. Перименопауза включает три стадии: пременопауза (регулярные менструальные циклы с ≥ 12 менструациями в течение последних 12 мес.), переходный период в менопаузе (несколько менструаций, но < 12 в течение последних 12 мес.) и ранняя постменопауза (отсутствие менструаций в течение последних 12 мес.)[2,3]. Перименопауза – это естественное физиологическое событие, которое происходит у женщин и определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как постоянное прекращение менструации и снижение уровня стероидных гормонов яичников (эстрогена и прогестерона) из-за потери фолликулярной массы яичников. Последний менструальный период ретроспективно оценивается после аменореи 12 месяцев подряд при отсутствии других патологических или физиологических причин [4]. Главные постулаты медицины климактерия гласят, что дефицит эстрогенов может вносить глобальные неблагоприятные коррективы в здоровье женщины [5]. Менопауза является закономерным генетически запрограммированным процессом, однако гормональные сдвиги, которые происходят в этот период, особенно резкое снижение уровня эстрогенов, вносят существенный вклад в изменение качества жизни и развитие многих возрастных заболеваний у женщин, что обуславливает возрастание значимости медицинских и социальных проблем этой возрастной группы населения для общества. По данным экспертов международного общества по менопаузе (IMS) необходимо, чтобы менопауза была принята во внимание в рамках «Десятилетия здорового старения» Организации Объединенных Наций [6,7]. По их данным в 2025 году более одного миллиарда женщин во всем мире будут находиться в возрастной группе перименопаузы или постменопаузы [8].

Цели исследования:

1. Изучить состояние здоровья женщин в менопаузе и клинические особенности перименопаузального периода
2. Оценить подходы к ведению женщин в перименопаузальном периоде в современных условиях на основании собственного наблюдения.
3. Использование шкалы Грина для количественной оценки климактерических симптомов

Материалы и методы исследования:

Материалам исследования явились женщины в менопаузе, данные о которых собирались в течение двух лет (2023–2025 гг.) на базе Центрального клинического госпиталя для ветеранов ВОВ, гинекологического отделения Многопрофильной областной больницы №2 Акмолинской области и Многопрофильной городской больницы №1 г. Астана.

Для оценки выраженности климактерических симптомов использовалась шкала Грина, включающая 21 симптом, сгруппированных в четыре кластера: тревожность, депрессия, соматические симптомы и вазомоторные нарушения. В выборке: лёгкая степень — у 13 женщин (32,5%), средняя — у 17 женщин (42,5%), тяжёлая — у 10 женщин (25%) (рис 1)

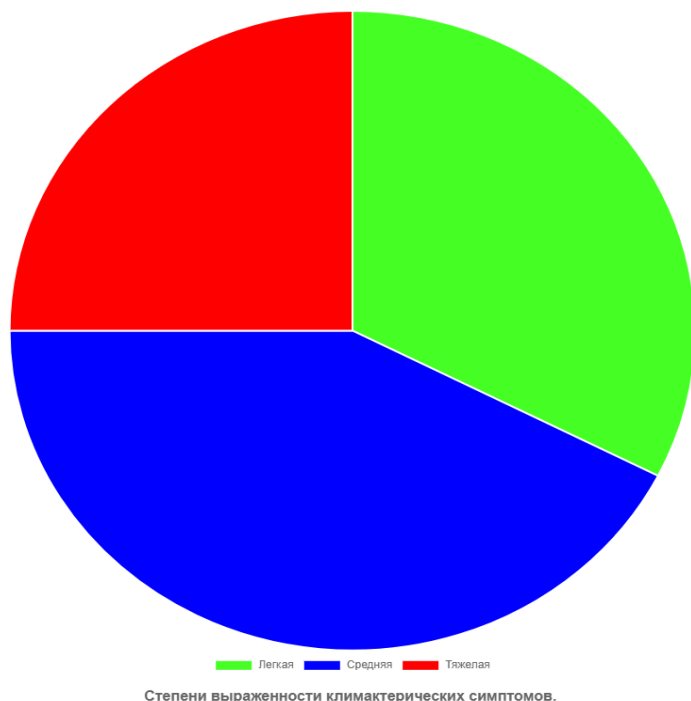


Рисунок 1. Степени выраженности климактерических симптомов.

Проведено проспективное исследование 40 женщин перименопаузального возраста. Оценивались анамнестические данные, наличие экстрагенитальной патологии, показатели ИМТ, артериального давления, гинекологические заболевания, результаты лабораторно-инструментальных исследований. Наблюдаемые были в возрасте от 38 до 78 лет, находившихся в перименопаузе или ранней постменопаузе.

В исследование были включены 22 женщины, госпитализированные в гинекологическое отделение Многопрофильной областной больницы № 2 и Многопрофильной городской больницы №1 для проведения активного лечения заболеваний, таких как миома матки, гиперплазия эндометрия и другие. Из них 6 женщин поступили экстренно по линии скорой медицинской помощи с диагнозом «Аномальное маточное кровотечение». Оставшиеся 16 женщин были госпитализированы по направлению участковых гинекологов через портал. Вторую группу составили 18 женщин, проходивших лечение в Центральном клиническом госпитале для ветеранов Великой Отечественной войны, преимущественно в рамках плановой диагностики и наблюдения. У данной группы не было выраженной гинекологической симптоматики на момент госпитализации.

Критерии включения: возраст 38–78 лет, наличие перименопаузальных симптомов или подтвержденная постменопауза (≥ 1 года без менструации), согласие на участие.

Исключающие критерии: активные онкологические процессы, тяжелые психические заболевания

Пациенткам проводилась оценка соматического и гинекологического анамнеза, лабораторно-инструментальных показателей, ИМТ, АД, наличия экстрагенитальной патологии, а также выраженности климактерических симптомов по шкале Грина. Средние значения рассчитывались с определением стандартной ошибки средней величины ($M \pm m$).

Результаты и обсуждение.

Средний возраст пациенток составил $58,4 \pm 1,6$ года. Средний возраст наступления менопаузы — $50,3 \pm 0,9$ лет. У 70% женщин (28 из 40) была выявлена гинекологическая патология. Наиболее часто встречалась миома матки — у 17 женщин (42,5%), из которых 5 прооперированы, а 12 оставлены под наблюдением при диаметре миомы до 3 см. Гиперплазия эндометрия была выявлена у 8 женщин (20%), всем из которых была проведена гистероскопия с раздельным выскабливанием полости матки и цервикального канала. Гистологическое исследование в 100% случаев подтвердило гиперплазию эндометрия, из них: 6 женщин с

простой гиперплазией, 2 женщины с атипичной гиперплазией. Кисты яичников были обнаружены у 1 женщины (2,5%), полипы эндометрия — у 1 женщины (2,5%), которая была прооперирована гистероскопически. Экстрагенитальная патология была диагностирована у 55% женщин (22 женщины), из которых наиболее часто встречались артериальная гипертензия (40%, 9 женщин), сахарный диабет 2 типа (20%, 4 женщины), заболевания щитовидной железы (10%, 2 женщины) и другие заболевания (30%, 7 женщин) (таблица 1). Средний индекс массы тела составил $28,6 \pm 0,7$ кг/м². Среднее артериальное давление — $134/84 \pm 3$ мм рт. ст.

Таблица 1. Частота заболеваний среди женщин в перименопаузе

Параметр	Количество женщин	Процент от выборки
Гинекологическая патология	28	70%
- Миома матки	17	42,5%
- Гиперплазия эндометрия	8	20%
- Кисты яичников	1	2,5%
- Полипы эндометрия	1	2,5%
Экстрагенитальная патология	22	55%
- Артериальная гипертензия	9	22,5%
- Сахарный диабет 2 типа	4	10%
- Заболевания щитовидной железы	2	5%
- Прочие заболевания	7	17,5%

Как видно из таблицы 1, каждая пятая среди наблюдавшихся, страдала артериальной гипертензией и состоит на диспансерном учете. Получает гипертензивные препараты бесплатно по системе ГОБМП.

Неврологические нарушения, такие как снижение когнитивной функции, забывчивость, а также ухудшение зрения и слуха, были выявлены у 12 женщин (30%) в возрасте старше 68 лет. Преобладание этих нарушений наблюдалось у женщин в возрасте 70 лет и старше, где их частота возросла до 40%. Костно-мышечные заболевания, такие как остеопороз и остеоартрит, оказались наиболее распространёнными у женщин старше 70 лет. Эти нарушения беспокоили 10 женщин (25%) в данной возрастной группе, из которых 6 женщин (15%) имели остеоартрит, а 4 женщины (10%) — остеопороз.

Исследуемым женщинам в перименопаузальном периоде потребовалось комплексное обследование с привлечением мультидисциплинарной команды специалистов: терапевта, ВОП, кардиолога, эндокринолога, травматолога, ортопеда и психолога. После верификации диагноза начато лечение по своевременной коррекции выявленных нарушений.

У женщин второй группы, находившихся в Центральном клиническом госпитале для ВОВ, наблюдался более благоприятный психоэмоциональный статус, что, вероятно, связано с санаторно-курортным характером учреждения, нахождением в комфортной обстановке, а также присутствием супругов (они госпитализировались в одну палату и были созданы почти домашние условия). У них подсчет баллов по шкале Грина показал, что баллы ниже в среднем на 7,5 пунктов.

Несмотря на клинически доказанную эффективность менопаузальной гормональной терапии (МГТ), уровень её применения остаётся низким: только 10 женщин (25%) получали гормональную терапию. При выяснении своевременности начала МГТ выявили, что из 10 только 5 получали в возрасте 55-58 лет. Как установлена многочисленными исследователями безопасность МГТ зависит главным образом от возраста и времени, прошедшего после менопаузы. Здоровые женщины в возрасте до 60 лет не должны быть чрезмерно обеспокоены профилем безопасности МГТ. Отказ от терапии у большинства остальных был связан с доминирующими мифами и страхами, в том числе — боязнью онкологических заболеваний и тромбозов. Основным источником информации выступали интернет и окружение (подруги, знакомые). При выписке пациенты получали рекомендации по ведению здорового образа жизни, придерживаться активности как в физическом (физические упражнения) и ментальном

плане, заниматься новыми интересными занимательными делами, улучшая когнитивные функции и установление гармоничных и позитивное отношение, формирование хороших жизненных привычек [8].

Выводы.

Перименопаузальный период характеризуется высокой частотой сочетанной гинекологической и экстрагенитальной патологии, что требует комплексного подхода к ведению пациенток для улучшения качества жизни и профилактики возраст-ассоциированных заболеваний.

1. Ранний климакс был выявлен у 3 женщин (до 40 лет), что связано с сильными стрессами, и возможно, генетическими или экологическими факторами.

2. Соматическая патология была обнаружена у 55% женщин. Наиболее распространены артериальная гипертензия (40%), сахарный диабет 2 типа (20%), заболевания щитовидной железы (10%), а также артриты, остеоартриты и остеопороз, что связано с дефицитом эстрогенов и витаминов. Эти заболевания требуют своевременного лечения для улучшения качества жизни.

3. Гинекологические заболевания выявлены у 70% пациенток, среди которых гиперплазия эндометрия, требующая особого внимания из-за риска развития рака.

4. Подтвердилась важность своевременного начала комплексного обследования женщин в перименопаузальном периоде для раннего выявления соматической, гинекологической и психоземotionalной патологии.

5. Своевременное назначение МГТ при наличии показаний способствовало улучшению качества жизни, снижению выраженности вазомоторных и нервно-психических симптомов, и был расчет на то, что она профилактирует развития остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний.

6. Шкала Грина показала высокую эффективность в диагностике климактерических симптомов, позволяя классифицировать их по четырём ключевым кластерам: тревожность, депрессия, соматические симптомы и вазомоторные расстройства. Это подчеркивает важность её применения в клинической практике для персонализированного подхода к лечению женщин в перименопаузе.

Список использованной литературы:

1. Пизова Н.В., Пизов Н.А., Пизов А.В. Перименопаузальный период и нарушения настроения. Медицинский совет. 2021;(4):230–239. doi: 10.21518/2079-701X-2021-4-230-239.
2. Harlow S.D., Gass M., Hall J.E., Lobo R., Maki P., Rebar R.W. et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(4):1159–1168. doi: 10.1210/jc.2011-3362.
3. Liu M., Wang Y., Li X., Liu P., Yao C., Ding Y. et al. A Health Survey of Beijing Middle-Aged Registered Nurses during Menopause. *Maturitas.* 2013;74(1):84–88. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.10.006.
4. Jaspers L., Daan N.M., van Dijk G.M., Gazibara T., Muka T., Wen K.X. et al. Health in Middle-Aged and Elderly Women: A Conceptual Framework for Healthy Menopause. *Maturitas.* 2015;81(1):93–98. doi: 10.1016/J.maturitas.2015.02.010.
5. Юренева С.В., Якушевская О.В., Комедина В.И. Перименопауза – золотое время для профилактики заболеваний, ассоциированных с возрастом // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 13. С. 36–44. DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-13-36-44
6. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet.* 2016;387(10033):2145–2154. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
7. Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Eur J Ageing.* 2022;19(3):775–787. doi: 10.1007/s10433-021-00679-7.

8. Менопауза и МГТ в 2024 году: решение ключевых противоречий – проектный документ Международного общества по менопаузе. // веб-сайты IMS (<https://imsociety.org>) and Menopause info (<https://menopauseinfo.org>).

УДК 618.17-007.61:615.874+616.89-008.454

Уразалина Д.А., Токтарова А., Тимирбаева А., Турсынбаева А., Шаймуханова З.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Главврач Центрального клинического госпиталя для ветеранов ВОВ, резиденты 2 года обучения кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский Университет Астана», Астана, Казахстан

Научные руководители:

Зав. кафедры к.м.н. (Ph.D.) Искаков С.С., профессор кафедры д.м.н. Малгаждарова Б.С.

Актуальность. Актуальность темы обусловлена высокой частотой возникновения гинекологических и экстрагенитальных заболеваний в перименопаузальный период, что требует разработки комплексных подходов к лечению и профилактике. Сложность ведения пациенток в этот период заключается в сочетании гормональных изменений с хроническими заболеваниями, что влияет на качество жизни женщин.

Цели исследования:

4. Изучить состояние здоровья женщин в менопаузе и клинические особенности перименопаузального периода
5. Оценить подходы к ведению женщин в перименопаузальном периоде в современных условиях на основании собственного наблюдения.
6. Использование шкалы Грина для количественной оценки климактерических симптомов

Материалы и методы исследования:

Исследование проводилось на базе Центрального клинического госпиталя для ветеранов ВОВ, гинекологического отделения Многопрофильной областной больницы №2 и Многопрофильной городской больницы №1 г. Астана. В исследование были включены 40 женщин в возрасте от 38 до 78 лет, находящихся в перименопаузе и ранней постменопаузе. Оценивались анамнестические данные, климактерические симптомы по шкале Грина, экстрагенитальная и гинекологическая патология.

Результаты исследования:

Средний возраст пациенток составил $58,4 \pm 1,6$ года. 70% женщин имели гинекологическую патологию, наиболее часто встречалась миома матки (42,5%). Экстрагенитальная патология была диагностирована у 55% женщин, чаще всего выявлялись артериальная гипертензия (40%) и сахарный диабет 2 типа (20%). Также у 30% женщин были неврологические расстройства, а 25% страдали от остеопороза и остеоартритов. Средний индекс массы тела составил $28,6 \pm 0,7$ кг/м², среднее артериальное давление — $134/84 \pm 3$ мм рт.ст. Шкала Грина показала, что у 42,5% женщин была выражена лёгкая степень климактерических симптомов, у 42,5% — средняя, и у 25% — тяжёлая.

Выводы

Перименопаузальный период характеризуется высокой частотой сочетанной

гинекологической и экстрагенитальной патологии, что требует комплексного подхода к ведению пациенток.

1. Ранний климакс выявлен у 3 женщин, что связано с сильными стрессами, генетическими и экологическими факторами.

2. Соматическая патология наблюдается у 55% женщин, наиболее распространены артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, заболевания щитовидной железы, артриты, остеоартриты и остеопороз.

3. Гинекологические заболевания выявлены у 70% женщин, включая гиперплазию эндометрия, требующую особого внимания из-за риска развития рака.

4. Шкала Грина эффективно классифицирует климактерические симптомы, что подтверждает её важность для персонализированного подхода в лечении женщин в перименопаузе.

УДК 618.14-007.66.

Идизода Ш.Х., Додхоева М.Ф., Икромова П.Ф.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И РОЖЕНИЦ

*Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н. профессор М.Ф. Додхоева
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан*

Актуальность. На сегодняшний день пороки развития матки представляют сложную социально-значимую проблему, что обусловлено негативным их влиянием на способность женщины к репродукции. По мнению многочисленных исследователей, в последние несколько лет наблюдается тенденция к росту числа случаев встречаемости аномалий развития органов и систем у женщин, включая и аномалии развития половых органов, что может быть связано с такими факторами, как: разработка и широкое внедрение новых методов диагностики, глобальные изменения климата, усугубление экологической ситуации, рост числа случаев вирусных патологий, а также учащение случаев родственного брака (Ахапкина Е.С. и соавт., 2021, Адамян Л.В. и соавт., 2022, Сулима А.Н. и соавт., 2018, Jayaprakasan K., Ojha K., 2022, Li X. et al., 2019).

К аномалиям матки относятся двурогая матка, седловидная матка, перегородка внутри матки, аплазия и др. Они связаны с нарушением эмбриогенеза, т.е. с нарушением закладки половых органов в ранние сроки беременности (Диндяев С.В. и соавт., 2014, Аминова Ф.Б. и соавт., 2019, Казанцева Е.В. и соавт., 2021).

Цель исследования – изучить некоторые медико-социальные особенности аномалии развития матки у беременных женщин и рожениц.

Материалы и методы исследования. Ретро- и проспективному исследованию подвергнуты 232 истории беременных и рожениц с аномалиями развития матки, поступивших в родильный дом №1 г. Душанбе за 2015-2024 гг. Полученные данные были обработаны на ПК с применением прикладных статистических пакетов IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM USA) и Statistics 10.0 (statSoft Inc., USA).

Результаты исследования. Как было указано выше, изучена частота и структура аномалий развития матки за 2015-2024 гг. За этот период в этом учреждении произошли 67852 родов, из них у 232 пациенток с аномалиями развития матки. Если в 2015 году соотношение беременных и родильниц по отношению к общему числу родов составляло 1:483 родам, то при динамическом наблюдении этот показатель постепенно рос и в 2024 году составил 1:159 родам, частота от 0,2 % возросла до 0,6%, т.е. в три раза. Из 232 пациенток с АРМ больше всего было диагностирована седловидная матка – 107 сл. или 46,1%, затем двурогая матка – 101 сл. или 43,5%, однорогая матка – 7 сл. или 0,03% и другие виды аномалий половой сферы – 17 сл. или 0,07%. К последним относятся рудиментарный рог матки (2 сл.), удвоение матки (3сл.), удвоение шейки матки (1 сл.), септированная матка (4 сл.), изолированная перегородка влагалища (3 сл.), гипо и аплазия шейки матки (2 сл.), атрезия цервикального канала (1 сл.). Указанные аномалии в 16 случаях сочетались с двуроговой или с седловидной маткой. Диагноз различных видов аномалий ставился на основании клинических исследований, ультразвукового исследования, но зачастую - интраоперационно. Значимость различий между годами обнаруживал высокой степени достоверности ($P < 0,001$). Хотя за анализируемые годы частота различных видов аномалии матки была неравномерна, но всё же, за последние годы наблюдалась тенденция к учащению частоты как двурогой, так и седловидной матки. В 2024 году из 44 сл. АРМ 23 (52,2%) приходилось на долю двурогой матки и 19 (43,2%) – седловидной матки. Значимость различий между годами обнаруживал высокой степени достоверности ($P < 0,001$).

При анализе, заслуживало внимание время выявления аномалии развития матки - у половины пациенток аномалия и форма ее было выявлено случайно во время производства операции кесарево сечение, в том числе 99 (42,7%) из них при настоящей беременности, 21 сл. (9,1%) при предыдущих операциях. В 61 сл. (26,3%) патология была выявлена при поступлении в стационар, причём у 45 (19,4%) пациенток при первичном врачебном осмотре и у 16 (6,9%) – при ультразвуковом исследовании. На антенатальном уровне диагноз был поставлен в 49 сл. (21,1%) и только в 2-х случаях аномалия была обнаружена случайно вне беременности.

Анализ возрастной структуры пациенток с аномалиями развития матки показал, что юных пациенток в возрасте до 19 лет было 4 (1,7%), в том числе с двурогой маткой 1 и седловидной – 3 сл. В активном репродуктивном возрасте (19-34 года) были 207 или 89,2% пациенток. Из них почти у одинакового числа пациенток были диагностированы двурогая и седловидная матки – 44,9% и 45,1% соответственно, у 9,6% были обнаружены другие формы аномалии матки. Патология была выявлена даже в позднем репродуктивном возрасте – у 21 пациентки (9,1%). Как видно, 41,4% от общего числа пациенток были обнаружены в возрастной группе 19-24 лет, 32,3% - в 25-29 лет.

Поскольку возраст деторождения в стране начинается в более молодом возрасте, а выявление аномалий развития матки совпадает только во время беременности, преимущественное число пациенток с АРМ были обнаружены до 29 лет независимо от ее формы. Анализ паритета женщин с АРМ показал, что у 29,7% и беременность и роды были первыми. Изучена взаимосвязь между паритетом и возрастом пациенток с двурогой маткой. У 70,7% молодых женщин до 24 лет двурогая матка была диагностирована при наступлении первой беременности и родов. Значимость различий удельного веса паритетов между возрастными группами обнаруживал высокую степень достоверности ($P < 0,001$).

С такой же достоверной разницей между возрастными группами обнаруживалась седловидная матка. В отличие от двурогой матки в большинстве случаев седловидная матка была диагностирована в более позднем возрасте и при повторных родах ($P < 0,001$).

Статус пациенток был представлен домохозяйками, работницами и студентками. Больше число аномалий развития матки приходилось на долю домохозяек в силу их большого удельного веса в популяции ($P < 0,001$).

Сделана попытка выяснения факторов риска развития аномалий матки у обнаруженных пациенток. Почти у половины исследуемых выявлены следующее: у 83-х (35,8%) из них было

указание на роды в 1992-1997 гг, т.е. совпадало с конфликтным периодом в стране, который сопровождался со стрессами, нарушением питания и гомеостаза многих пациенток. У 7 (3,0%) пациенток выяснился близкородственный брак у родителей и у 9 (3,9%) отягощенная наследственность – аномалии развития различных органов.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований показали, что за 2015-2024 гг частота аномалии развития матки увеличилась в 3 раза с 0,2% до 0,6% ($P < 0,001$), среди которых преобладала частота седловидной (46,1%) и двурогой матки (43,5%). У 6,9% была обнаружена сочетанная с другими формами аномалии матки. У 70,7% молодых женщин до 24 лет двурогая матка была диагностирована при наступлении первой беременности и родов. Почти все пациентки, у которых была диагностирована эта патология матки, были обнаружены при беременности или в родах, более половины случаев аномалии развития матки обнаружены во время производства операции кесарево сечения, что свидетельствует об отсутствии предбрачной и прегравидарной подготовки у исследуемых женщин к беременности.

ӘОЖ 618.34-073

Акимжанова А.Э., Мүслім М.Н., Маканбаева Ж.Д., Алжанова Ұ.А.

ҰРЫҚТЫҢ КІНДІК БАУЫ ПАТОЛОГИЯСЫ КЕЗІНДЕ ЖҮКТІЛІК ПЕН БОСАНУДЫ ЖҮРГІЗУДІҢ ЗАМАНАУИ АСПЕКТІЛЕРІ

3 оқу жылының резиденттері

Ғылыми жетекшілері: кафедра профессоры м.ғ.д Малгаждарова Б.С, кафедра доценты м.ғ.к. Түлемисова А.А

кафедра меңгерушісі м.ғ.к. (Ph.D.) Искаков С.С.

*№2 акушерлік және гинекология кафедрасы
КЕАҚ «Астана медицина университеті», Астана қаласы*

Аннотация: Статьяда акушериядағы іштегі ұрық пен жаңа туған балаға көбінесе теріс әсері бар кіндік бау патологиясы туралы мәлімет берілген. Астана қаласы, №2 Көпбейінді қалалық аурухананың акушерлік бөлімшесіне госпитализацияланғандар және босанған жүкті әйелдерде болған ерекшеліктер мен босану барысында айқындалған әртүрлі кіндік бау патологиясы нәтижелері сипатталған.

Кілт сөздер: кіндік бау патологиясы, туа біткен даму ақаулары, диагностика.

Өзектілігі: Кіндік баудың патологиясы жүктілікті және әсіресе босану тактикасын таңдауда маңызды рөл атқарады, себебі бұл патология ұрық гипоксиясының, өлі туудың және жаңа туған нәрестенің постнатальды өлімінің негізгі себебі болуы мүмкін. Қазақстанда 2016 жылдың 9 маусымындағы №4 клиникалық протокол «Кіндіктің патологиялық жағдайымен асқынған жүктілікті босану және босандыру» бойынша кіндік бауының патологиясы – бұл оның ұзындығының өзгеруіне, ұрықтың әртүрлі бөліктерінің айналасына шатасып кетуіне, шын немесе жалған түйіндердің, ісіктердің болуына және плацентаға дұрыс бекітілмеуіне байланысты ұрықтың қанмен қамтамасыз етілуі бұзылып, гипоксияға және жиі оның өліміне әкеледі [1]. Егер жүктілік кезінде немесе босанудың алғашқы кезеңінде кіндік бау патологиясы бар болса, уақытылы оны анықтап қандай әрекет жасау қажеттілігін дәрігер шешеді. Заманау акушерия мен перинатологияда кіндік бау патологиясынан перинаталдық кезеңдегі

ауыршандық пен өлімді азайту үлкен мәселе болғандықтан, бұл сұрақ әрқашанда актуалды болып қала бермек.

Зерттеу мақсаты: кіндік бау патологиясы жағдайында жүктілік пен босануды жүргізу ерекшеліктерін үшінші деңгейдегі перинаталдық көмек көрсету жағдайында зерттеу.

Материалдар мен әдістер: Бұл зерттеуде 2022-2023 жылдары №2 Көпбейінді қалалық аурухана /КБҚА/ акушерлік бөлімшесіне жатқызылған және Астана қаласындағы №2 Областық көпбейінді аурухана/ОКБА/ -да босанған жүкті әйелдердің босану тарихтары талынды. Акушерия тәжірибесінде алғашқы рет кездестен кіндік бау патологиясын толығымен сипаттау.

Қолданылған әдіс – ретроспективті талдау. Бағалау үшін кіндік баудың ұзындығы, плацентаға тіркеліп шығу тегі ерекшелігі, нағыз түйіндердің болуы, кіндік бау тамырларының жағдайы, кіндік баудың мойыңға немесе басқаша жерлерге оралуы сияқты сипаттамалар қолданылды. Жаңа туған нәрестелердің жағдайы Апгар шкаласы бойынша бағаланды. Деректердің статистикалық өңдеуі «Excel 2016» бағдарламасы арқылы жүргізілді.

Нәтижелер және оларды талқылау. Кіндік бау – бұл ұрықты плацентамен байланыстыратын спираль тәрізді бұралған түтік. Сыртынан кіндік бауы ұрықтық қабықтармен қапталған. Оның ішінде екі артерия мен бір вена болады. Кіндік бау плацентамен әртүрлі тәсілдермен байланыса алады. Кейбір жағдайларда плацентаның ортасына (орталық байланыс) бекітіледі, басқа жағдайларда – бүйірден. Кейде кіндік бауы плацентаның өзіне жетпей, ұрықтық қабықтарға бекітіледі (қабықтық байланыс). Бұл жағдайларда кіндік бау тамырлары плацентамен ұрықтық қабықтар арасында жақындайды. Мұндай байланыс плацентарлы жеткіліксіздік қаупін арттыратын фактор болып табылады. Кіндік бау нағыз және жалған түйіндер сияқты ерекшеліктер де болуы мүмкін. Жалған түйіндер кіндік бауының жергілікті қалыңдауы, бұл кіндік бауы венасының варикозды кеңеюі немесе Вартон студенінің жинақталуы нәтижесінде пайда болады. Олар ұрықтың дамуына және босану процесіне әсер етпейді. Нағыз түйіндер жүктіліктің ерте кезеңдерінде пайда болады, сол кезде ұрық әлі кішкентай болады, сондықтан кіндік бау шеңберінен өтуге мүмкіндік береді. Нағыз түйіндер босану нәтижесіне әсер етуі мүмкін. Кіндік бау керілген кезде түйін тартылады, қан ағыны тоқтайды. Бұл жағдайда ұрықтың жедел гипоксиясы пайда болады.

Кіндік бауының патологиясы болып, екі артерияның орнына тек бір ғана артерияның қалыптасуы да жатады. Кейбір ұрықтарда тек бір артериясы бар кіндік бауы бар кезде түрлі даму ақаулары байқалады. Мұндай кіндік бауының қалыптасуына ұрықтың даму ақауларына себеп болатын факторлар – яғни, тератогенді факторлар (химиялық заттар, кейбір дәрілер, ионданған радиация, ата-аналардың генетикалық аурулары) әсер етуі мүмкін. Сондай-ақ, кіндік бауының қысқа болуы да бірқатар мәселелерге әкелуі мүмкін. Кіндік бауының қысқа болуы абсолютті және салыстырмалы деп бөлуге болады. Абсолютті қысқарған жағдайда кіндік бауының ұзындығы 45 см-ден аз болады. Жүктілік кезінде бұл жағдай ұрықтың дамуына әсер етпейді. Босану кезінде, қандай да бір қысқару түрі болса да, кіндік бауының керілуі нәтижесінде плацента ерте ажырап, кіндік бауы оны өзімен бірге тартып әкетуі мүмкін, бұл ұрықтың өміріне тікелей қауіп төндіреді. Кіндік бауының жалған қысқаруы кіндік бауының ұрықтың мойны мен денесіне оралуы кезінде пайда болады. Кіндік бауының оралуына себеп болып, оның шамадан тыс ұзындығы (70 см-ден артық) және ұрықтың артық қозғалғыштығы болуы мүмкін, бұл ұрықтың ішкі гипоксиясымен байланысты болуы ықтимал. Созылмалы оттегі жетіспеушілігінің себептері әртүрлі: бұл ананың аурулары, ұрықтың аурулары және плацентаның патологиясы болуы мүмкін.

Жедел ішкі құрсақ гипоксиясы пайда болған жағдайда, амниотикалық сұйықтықта алғашқы нәжіс (меконий) пайда болады, су жасыл түске боялады. Бұл барлық белгілердің пайда болуы шұғыл терапияны талап етеді. Ең алдымен гипоксияның себебін жою қажет, бұл үшін тез арада босануды жүргізу қажет. Босанудың әдісі босану кезеңіне және ұрықтың басы

немесе жамбас бөлігі (таңдай не жамбас бөлімі) қаншалықты босану жолдарына жақындағанына байланысты болады. Егер жүктілік кезінде немесе босанудың алғашқы кезеңінде гипоксия пайда болса, әйелге кесар тілігі жасалады. Босанудың екінші кезеңінде, басы немесе жамбас бөлігі кіші жамбастан шығуға жақын болса, босанудың екінші кезеңін аяқтауды жылдамдататын әртүрлі акушерлік құралдар қолданылады. Мұндай жағдайлар сирек кездеседі. Сондықтан кіндік бауының оралуы мен түйіндері жоспарлы кесар тілігіне абсолютті көрсеткіш болып табылмайды (кіндік бауының қысқалығын босануға дейін диагностикалау мүмкін емес).

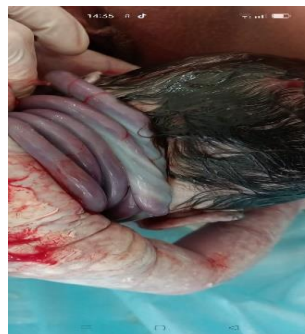
Кіндік бауының патологиясын болжауға мүмкіндік беретін жалғыз әдіс — ультрадыбыстық зерттеу. УДЗ арқылы кіндік бауының аномалияларын анықтауға болады, мысалы, тамырлардың дұрыс дамымауы (кіндік бауының жалғыз артериясы), нағыз және жалған түйіндер, кіндік бауының оралуы. Ал кіндік бауының ұзындығын жүктілік кезінде анықтау іс жүзінде мүмкін емес. Кіндік бауының оралуын диагностикалауға ерекше назар аудару керек. Кейде зерттеу кезінде тек мойын маңында кіндік бауының ілмектері ғана көрінеді, бірақ олардың мойынды орайтынын анықтау мүмкін емес. Бұл жағдайларда доплерометриялық зерттеу көмектеседі, оның барысында қан ағысын, соның ішінде кіндік бауының қан тамырларын зерттеуге болады. Сонымен қатар босану кезінде кардиотокография әдісі қолданылады, ол жүрек соғу жиілігін бақылауға мүмкіндік береді, немесе стетоскоп арқылы ұрықтың жүрек соғуын тыңдайды {2}.

Осылайша, жүктілік кезінде кіндік бауының патологиясын тек күтуге болады. Дегенмен, уақытылы жүргізілген ультрадыбыстық зерттеулер дәрігерлерге босануды қауіпсіз етуге көмектеседі.

Акушериядағы ғылыми-техникалық прогреске қарамастан, кіндік бау патологиясын диагностикалау жетілмеген, оның жүктілік барысына және нәтижесіне әсері әлі күнге дейін жеткіліксіз зерттелген және жиі бағаланбайды. Антенатальды диагностика кіндік бау патологиясының алдын алу үшін үлкен маңызға ие, өйткені ауытқуларды уақытында анықтау қажетті тактиканы ұсынуға мүмкіндік береді. Бірқатар авторлардың пікірінше, кіндік бау патологиясының даму жиілігі 15%-дан 38%-ға дейін ауытқиды, оның 7,7%-21,4%-ында бұл жаңа туған нәрестенің асфиксиясының себебі болады, 1,7%-4,3%-ында өлі туудың себебі, 1,5%-1,6%-ында постнатальды өліміне алып келеді. Кіндік бауының патологиясына мыналар жатады: кіндік баудың шеткі тіркелуі, қабықтық тіркелуі, кіндік бау тамырларының патологиясы (vasa previa), бөлінген тіркелуі, баудың жалғыз артериясы ғана болуы, кіндік бау тамырларының тромбозы, тамырларының варикозды кеңеюі, гематомасы, нағыз түйіндер, ұзын/қысқа кіндік баулар, баудың оралуы, кіндік баудың ісіктері.

Талқыланған материал: 2022-2023 жылдары №2 КБҚА акушерлік бөлімшесінде және Астана қаласындағы №2 ОКБА -да босанған жүкті әйелдердің босану тарихтарынан 3000 босану тарихтары «соқыр» әдісі бойынша таңдап алынды. Жалпы 324 (29,5%) жағдайда кіндік бауының патологиясы бар екені анықталды. Соның ішінде 2022 жылы 280 жағдайда бұл патология болса, ал 2023 жылы 54 жағдайда ол анықталды. Сараптама олардың ішінде 261 босанған әйелдерде (90,6%) – кіндік баудың оралуы жағдайларын көрсетті.

1 және 2 суретте кіндік бауының 4 -5 рет оралған жағдайлар көрсетілген.



1 сурет кіндік бауы 4 оралған.

2 сурет кіндік бауы 5 рет оралған

52 босанған әйелдерде (18,2%) –кіндік бауының ұзын екені: 75 сантиметрден 105 сантиметр болғаны внықталды. 2 жағдайда (0,7%) –кіндік бауы қысқа болды (30-35 сантиметр). 5 жағдайда (1,6%) – кіндік бауында нағыз түйіндер болды. 3 суретте шынайы түйіндер көрсетілген, нәресте тірі туғанмен неонатологтардың бағасы бойынша гипоксия мен асфиксия үйлесіміне байланысты реанимациялық көмек көрсетілді. 2 күнде нәрестенің жағдайы қалыпты болуына байланысты анасының қасына көшірілді.



3 сурет - кіндік бауында нағыз/шынайы/ түйіндері.

3 босанған әйелдерде (1%) – кіндік бауында жалғыз артерия болу себебінен, 1 жағдайда ұрықтың дамуының тежелуіне /3 жұмаға/ байланысты ерте босандыру қолданылды – жүктіліктің 36 аптасында. 1 жағдайда (0,4%) – ұрықтың қабықшасына бекіту болдыда, ұрық туғанда ауыр асфиксия болу салдарынан балалар жансақтау бөліміне жедел ауыстырылды.

Босану үдірісін сараптағанда - 12 жағдайда (4,2%) мерзімінен бұрын босану кіндік бауының патологиясына байланысты жүктіліктің 37 аптасына дейін болды. 43 жағдайда (15,4%) ұрыққа қатысты асқынулар байқалады:

-ауыр асфиксия – 2 (4,7%),

-жедел гипоксия – 16,3% (7),

- созылмалы гипоксия – 74,4% (32),

-гипоксия мен асфиксияның үйлесімі – 4,6% (2).

Бір жағдайды ұрықтың антенатальды өлімі болды, қайта босанушыда /5 жүктілік 4 босану/ жүктіліктің 38 апта 4 күнінде. Салмағы - 2800,0 грамм. Өлімнің себебі – созылмалы плацентарлық жеткіліксіздіктің декомпенсациясынан/ гистология сараптамасы бойынша/ туындаған асфиксия, бұл плацентаның гипоплазиясымен байланысты және мойын айналасында екі рет қатты оралуынан болды.



4 сурет - ұрықтың антенатальды өлімі, кіндік бауы 2 рет тығыз оралған.

Босандыру индукция арқылы жүргізілді: алдымен, цервикальды өзекке Фолея катетері қойылып, мизопростол схема бойынша берілді. Босану үдірісі қандай да бір ерекшеліксіз өтті. Босанғаннан кейінгі кезеңде қалыпты жағдайда басталғандықтан, 3-ші күні үйіне шығарылды.

Антенатальды өлімнің себебін айқындау үшін амбулаторлық жағдайда қосымша анализдер тағайындалды: жолдасының ден саулығына көңіл аудару, жыныстық жолмен берілетін инфекцияны анықтау мақсатында анализдерді тапсыру, психолог кеңесі, отбасын жоспарлау мәселесі туралы кеңес.

Қортынды:

- №2 КБҚА босанған жүкті әйелдерде әрбір үшінші босанушыда кіндік бауының патологиясы (29,5%) бар екені анықталды.
- кіндік бауының патологиясы жиілігі жылдар бойынша әр қалай болады екен: 2022 жылы 280 жағдайда болса, ал 2023 жылы 5 ретке төмен (54) жағдайда болды.
- ең жиі кездесетін кіндік бауының патологиясы – ол кіндік баудың оралуы жағдайы он жүктінің ішінде тоғызында (90,6%) болғаны анықталған.
- Кіндік бау патологиясы ұрық жағдайын асқынуға әкелу себептеріндегі жиісі: - созылмалы гипоксия, сонымен қатар созылмалы гипоксия жедел асфиксиямен қосарлануы да жаңа туған баланың жағдайына байланысты реанимациялық көмекті қажеттігін туындырады.
- Ұрықтың кіндік бау патологиясы кезінде жүктілік пен босандыру үдірісін Қазақстанда қабылданған және бүкіл перзентханаларда қолданылып жатқан Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің 9 маусымдағы 2016 жылғы №4 «Босану және босану кіндіктің патологиялық жағдайымен қиындады» клиникалық хаттамамен жасау керек.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Клинические протоколы МЗСР РК №4 «Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины» от «9» июня 2016 года.
2. Акушерство: учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. –с.538
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432952.html>

UDC: 618.36:616.98:612.017.34

**RADJABOVA NAZOKAT SHUKHRATOVNA
AN ANDREY VLADIMIROVICH**

Morphological insufficiency of placental tissue with cytomegalovirus infection

Tashkent Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology

Summary. The role of cytomegalovirus infection in the genesis of placental insufficiency was studied. Morphological changes in the placental tissue of women with cytomegalovirus infection were examined to calculate the vascular index and the vascularization coefficient of terminal villi.

Keywords: *cytomegalovirus, pregnancy, placental insufficiency, intrauterine infection*

Cytomegalovirus infection leads to the development of chronic placental insufficiency, the severity of which depends on the timing, frequency, and duration of viral activity. Changes in the placenta are characterized by the presence of both destructive and compensatory processes, the balance of which determines the further development and condition of the fetus. Pregnant women with this pathology should be regarded as a high-risk group for the possible development of placental insufficiency. The revealed morphological changes in the placenta make it possible to initiate timely and pathogenetically grounded therapy for newborns, thereby reducing the incidence of severe perinatal outcomes associated with cytomegalovirus infection.

Of particular concern are infections whose causative agents actively replicate within the placenta, causing direct structural damage. Among these, cytomegalovirus infection receives significant attention due to its high prevalence and rising incidence worldwide. The previously held view of cytomegalovirus as merely a latent infection has evolved, recognizing its etiological role in the development of pathologies in the mother, fetus, and neonate. It is widely accepted that the most frequent cause of fetal pathology is a disruption in placental function.

Primary cytomegalovirus infection during pregnancy, as well as reactivation of latent infection, can result in viral invasion of the placenta, initiating destructive changes and leading to

placental insufficiency. The severity of these outcomes is determined by the capacity of compensatory and adaptive responses within the maternal–placenta–fetus system. Structural features of the placenta facilitate extensive viral replication. The nature of placental damage depends on the pathogen's virulence, replication method, the host's immune status, the duration of infection, and transmission routes.

The objective of this study was to investigate the role of cytomegalovirus infection in the genesis of placental insufficiency and to identify the associated morphological changes in the placental tissue of affected pregnant women. **Materials and research methods.**

A macroscopic description, organometry, and light-optical analysis of 28 placentas obtained after 38–40 weeks of gestation were performed. Of these, the comparison group consisted of 14 placentas from women without cytomegalovirus infection. The main group included 14 placentas from women with confirmed cytomegalovirus infection, as diagnosed by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and polymerase chain reaction (PCR).

The assessment of structural changes, as well as compensatory and adaptive processes in the placental tissue, was conducted at the histological level using paraffin sections stained with hematoxylin and eosin. For the evaluation of vascular characteristics, morphometric analysis of the placenta was carried out according to the methodology of A.Yu. Yuldashev, employing the Video Test Master Morphology 4.0 image analysis system.

The vascular index (VI) was defined as the mathematical ratio of the percentage of vascular structures (C%) to the sum of the percentages of the epithelial layer (E%) and terminal villous stroma (STV%), calculated as follows:
$$VI = C\% / (E\% + STV\%).$$

Result. In the morphological analysis of placentas from the comparison group, isolated cases (18.5%) demonstrated signs of delayed maturation of the villous chorion. Additionally, in 32% of cases, chronic hemorrhagic infarctions and pseudo-infarctions were identified, occupying between 3% and 9% of the total placental area. Compensatory and adaptive responses were expressed through terminal villi hyperplasia (TV), the formation of syncytial knots (SK), and syncytio-capillary membranes (SCM), along with moderate dilatation and plethora of capillaries within intermediate and terminal villi. These changes were evenly distributed across all anatomical regions of the placental disk. The calculated vascular index (VI) ranged from 0.51 to 0.54.

In the main group (cytomegalovirus infection), impaired villous chorion maturation was observed in 61.5% of cases. Chronic disturbances in uteroplacental blood flow were identified in 73.2% of cases, occupying 17% to 35% of the placental area. Focal basal and parietal exudative deciduitis, in combination with placental chorioamnionitis and subchorionic intervillitis, were detected in 42.6% of cases. Productive vascular villitis affecting both stem and intermediate villi was observed in 49.8%, while vascular-stromal funiculitis was noted in all placentas (100%) of this group. Deposition of fibrinoid in the intervillous space adjacent to the lesions was identified in 29.4% of cases, and severe sclerosis of the terminal villi in 53.6%. Adaptive-compensatory mechanisms were largely focal and localized to the marginal zones of the placental disc. These responses were mildly expressed in 34.2% and moderately expressed in 65.8% of observations, generally occurring on the background of a marked deficiency in the number and development of specialized terminal villi.

Among compensatory features, syncytial knot hyperplasia and cytotrophoblastic proliferation predominated. However, hyperemia of the villous tree accompanied by a statistically significant ($p < 0.05$) reduction in the vascular index to 0.45, in our assessment, reflects the insufficient efficacy of compensatory mechanisms in the context of cytomegalovirus-infected placentas.

Conclusion. Cytomegalovirus infection possesses a pronounced ability to actively replicate in placental and embryonic tissues, penetrate the placental barrier, and induce intrauterine fetal injury. This contributes to the development of placental insufficiency and may lead to congenital anomalies. The morphological characteristics of adaptive and compensatory processes in placentas from women with cytomegalovirus infection are predominantly focal and associated with a low vascular index

(VI), indicating limited compensatory capacity. These processes are insufficient to fully mitigate placental insufficiency or prevent transplacental viral transmission to the fetus. Pregnant women with confirmed or reactivated cytomegalovirus infection should be categorized as a high-risk group for developing placental dysfunction. The identified morphological alterations in placental tissue may serve as critical markers for early neonatal risk stratification and facilitate timely interventions to prevent infectious and neurological complications that could result in long-term disability in affected children.

УДК 618.173

Атымтай А.А

КОГДА ВРЕМЯ ТОРОПИТСЯ: ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ О РАННЕМ КЛИМАКСЕ

*НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра акушерства и гинекологии №2
Руководитель: Сагандыкова Г.А.-ассистент кафедры
г.Астана, Республика Казахстан*

Актуальность: Климактерическое состояние у женщин— это физиологический период в жизни женщины, связанный с постепенным снижением функции яичников и завершением репродуктивного возраста. Что такое ранний климакс? Ранний климакс — это наступление менопаузы у женщины в возрасте до 40 лет, тогда как в норме менопауза наступает в 45–55 лет. Медицинский термин для этого состояния — преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) или преждевременная менопауза. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), преждевременная менопауза наблюдается примерно у 1% женщин до 40 лет. У 0,1% женщин менопауза может наступить даже до 30 лет. По данным мета-анализа, опубликованного в журнале *Climacteric*, распространённость первичной недостаточности яичников (ПОЯ) составляет 3,7%, а ранней менопаузы — 12,2% среди женщин по всему миру. В исследовании, проведённом среди женщин в Синьцзяне, Китай, включая казахскую этническую группу, выявлены факторы риска менопаузального синдрома, такие как образование, образ жизни и психическое здоровье, которые могут влиять на начало менопаузы. Частота случаев зависит от региона, образа жизни, уровня медицины и генетических факторов. В странах с высокой медицинской диагностикой (например, США, Германия, Япония) случаи раннего климакса фиксируются чаще из-за лучшего выявления. В развивающихся странах проблема может быть не диагностирована или игнорироваться, особенно у молодых женщин без детей. Почему сейчас актуальна? Женщины стали позже рожать. Позднее материнство стало нормой, но при раннем климаксе может возникнуть бесплодие. Увеличилась продолжительность жизни, и женщины могут прожить 30+ лет после наступления менопаузы, поэтому важно сохранить здоровье и качество жизни. Уровень стресса, экология, образ жизни и питание оказывают влияние на гормональный фон, провоцируя нарушения цикла и преждевременное истощение яичников. Частота аутоиммунных и онкологических заболеваний растёт, а их лечение (например, химио- и лучевая терапия) может вызвать раннюю менопаузу. Причины раннего климакса:

1. Генетические факторы: Наследственность играет значительную роль. Если в семье были случаи ранней менопаузы, вероятность её наступления увеличивается.
2. Медицинские вмешательства: Хирургическое удаление яичников (оофорэктомия), химиотерапия и радиотерапия могут привести к преждевременному истощению яичников.
3. Аутоиммунные заболевания: Некоторые заболевания, при которых иммунная система атакует собственные ткани организма, могут повредить яичники.
4. Влияние окружающей среды: Воздействие химических веществ, таких как фталаты и бисфенол А, может ускорить наступление менопаузы.

5. Образ жизни: Курение, ожирение и недостаток физической активности могут способствовать более раннему наступлению менопаузы.

******В период климакса у женщин происходят значительные изменения в гормональном фоне, что влияет на различные системы организма. Эти изменения можно разделить на несколько ключевых этапов: пременопауза, менопауза и постменопауза.

Пременопауза (период до менопаузы)

Пременопауза начинается примерно с 40–45 лет и характеризуется постепенным снижением уровня эстрогенов, что приводит к нерегулярности менструального цикла и появлению первых симптомов климакса.

-Эстрогены (в основном эстрадиол): начинают снижаться, что может привести к уменьшению плотности костной ткани и ухудшению состояния кожи.

-Прогестерон: его уровень также снижается, что может привести к нарушениям менструального цикла.

-Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ): уровень ФСГ начинает повышаться, пытаясь стимулировать яичники к выработке эстрогенов.

-Лютеинизирующий гормон (ЛГ): уровень ЛГ может оставаться стабильным или слегка повышаться.

-Антимюллеров гормон (АМГ): его уровень снижается, что указывает на уменьшение овариального резерва.

Менопауза (полное прекращение менструаций)

Менопауза диагностируется после 12 месяцев отсутствия менструаций и сопровождается резким изменением гормонального фона.

-Эстрогены: уровень эстрогенов значительно снижается, что может привести к симптомам, таким как приливы, ночные поты и сухость влагалища.

-ФСГ и ЛГ: уровни этих гормонов значительно повышаются из-за отсутствия ингибирования со стороны эстрогенов.

- Прогестерон: его уровень продолжает снижаться.

- АМГ: уровень АМГ остается низким, что подтверждает завершение репродуктивной функции.

Постменопауза (период после менопаузы)

Постменопауза наступает через год после последней менструации и продолжается до конца жизни. В этот период гормональные изменения продолжают.

- Эстрогены: уровень эстрогенов остается низким, но синтезируется в периферических тканях, таких как жировая ткань, из андрогенов.

- ФСГ и ЛГ: уровни этих гормонов остаются повышенными, что может привести к длительным симптомам климакса.

-Прогестерон: уровень прогестерона остается низким.

- АМГ: уровень АМГ остается низким, подтверждая отсутствие овариальной активности.

Цель: Изучить причины, клинические проявления и возможные методы профилактики и лечения раннего климакса у женщин репродуктивного возраста для улучшения качества жизни и разработки рекомендаций по его ранней диагностике.

Материалы исследования: В рамках данного научного проекта мы провели исследование в городской поликлинике №9 города Астаны, в ходе которого подсчитали количество женщин, обратившихся с жалобами на нарушение менструального цикла, и определили частоту встречаемости раннего климакса. Исследование проводилось с сентября 2024 года по май 2025 года. За этот период около 40 женщин в возрасте до 50 лет обратились к гинекологу с жалобами на нарушения менструального цикла. Всем пациенткам были назначены гормональные

исследования, в частности: ФСГ (фолликулостимулирующий гормон), ЛГ (лютеинизирующий гормон), эстрадиол, пролактин и ТТГ (тиреотропный гормон).

Согласно результатам, уровень ФСГ повысился на 30%. Особое внимание в исследовании было уделено возрастным различиям. Около 80% пациенток родились в период с 1980 по 1985 годы, то есть на момент обследования находились в возрасте 40–45 лет. У этой возрастной группы были выявлены признаки пременопаузы.

Согласно жалобам пациенток, основными факторами, влияющими на развитие данных нарушений, являются: ожирение, курение, генетическая предрасположенность и нарушения в эндокринной системе. Вследствие этого увеличилось количество случаев бесплодия. Несмотря на то, что пациентки планировали беременность, из-за гормональных нарушений зачатие не наступало.

Кроме того, 5% пациенток ещё не достигли 30-летнего возраста, и ни у одной из них на данный момент не было беременностей.

Результаты исследования: Согласно собранным анамнестическим данным и жалобам пациенток, наиболее значимыми факторами, способствующими нарушению менструального цикла и снижению фертильности, были выявлены следующие: избыточная масса тела и ожирение, активное курение, наличие наследственной предрасположенности, а также патологии эндокринной системы (в частности, нарушения функции щитовидной железы и гипофиза).

Особую тревогу вызывает тот факт, что несмотря на намерение большинства женщин к планированию беременности, зачатие не происходило из-за выраженных гормональных нарушений. Кроме того, 5% пациенток составили женщины моложе 30 лет, ни одна из которых не имела случаев наступления беременности, что также указывает на возможные ранние эндокринные и репродуктивные расстройства.

Выводы: Основные последствия раннего климакса

1. Бесплодие

- Прекращение овуляции делает невозможным естественное зачатие.
- Даже при ЭКО шансы снижаются, если нет сохранённого овариального резерва.

2. Остеопороз

- Дефицит эстрогенов приводит к ускоренной потере костной массы.
- Повышен риск переломов, особенно позвоночника, шейки бедра и лучевой кости.

3. Сердечно-сосудистые заболевания

- Раннее снижение эстрогенов увеличивает риск:
 - артериальной гипертензии
 - ишемической болезни сердца
 - инсультов

4. Метаболические нарушения

- Увеличение массы тела, особенно по абдоминальному типу.
- Повышение инсулинорезистентности и риск развития сахарного диабета 2 типа.

5. Нарушения в психоэмоциональной сфере

- Часто наблюдаются:
 - депрессия
 - тревожность
 - эмоциональная неустойчивость
- Повышается риск деменции и болезни Альцгеймера.

6. Снижение качества жизни

- Жалобы на приливы, потливость, бессонницу, утомляемость, снижение либидо и сухость влагалища.

7. Урогенитальные расстройства

- Атрофические изменения слизистой влагалища и мочевыводящих путей.
- Частые циститы, недержание мочи, дискомфорт при половом акте.

Качество жизни женщин в климактерическом периоде может значительно снижаться из-за сочетания физических и психоэмоциональных симптомов. Исследования показывают, что до 80% женщин испытывают симптомы, влияющие на их повседневную деятельность и общее самочувствие. Для оценки гормонального фона в период климакса рекомендуется сдавать следующие анализы:

- ✓ ФСГ: повышение уровня может свидетельствовать о наступлении менопаузы.
- ✓ ЛГ: анализ помогает оценить функцию гипофиза и яичников.
- ✓ Эстрадиол: низкий уровень указывает на снижение функции яичников.
- ✓ Прогестерон: низкий уровень подтверждает угасание овуляции.
- ✓ АМГ: низкий уровень подтверждает снижение овариального резерва.

Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) является эффективным методом лечения климактерического синдрома. Исследования показывают, что применение МГТ может привести к значительному улучшению качества жизни женщин, снижению выраженности симптомов и повышению общего самочувствия. Гормональные изменения в период климакса являются естественным процессом старения репродуктивной системы. Понимание этих изменений помогает женщинам лучше подготовиться к этому периоду и, при необходимости, обратиться за медицинской помощью для облегчения симптомов.

УДК 616.36-003.826

Гафурзода Н.Г., Абдуллаева Р.А., Салохиддинова Г.Н.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ В АКУШЕРСТВЕ

*ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Республика Таджикистан г. Душанбе
Кафедра акушерства и гинекологии №1
научный руководитель-доцент., к.м.н, Абдуллаева Р.А*

Актуальность. Острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ) представляет собой редкое, но крайне серьезное заболевание, которое развивается в третьем триместре беременности и характеризуется накоплением триглицеридов в гепатоцитах. Это приводит к ухудшению функции печени, повышению риска печеночной недостаточности, а также может быть причиной фетальных осложнений, таких как преждевременные роды, гипоксия плода, и даже материнская летальность которая составляет в 18-25% случаев, при не своевременной диагностики и терапии [1].

Актуальность проблемы ОЖГБ заключается в его высокой смертности при отсутствии адекватного лечения, а также в трудностях ранней диагностики. Симптомы заболевания могут быть неспецифичными и легко маскироваться под другие состояния беременности, такие как преэклампсия или холестаза. Механизм развития ОЖГБ остается не до конца изученным, однако предполагается, что на его развитие влияют несколько факторов, включая генетическую предрасположенность, метаболические нарушения, а также гормональные изменения, происходящие во время беременности [2]. Существуют данные о связи ОЖГБ с нарушениями в метаболизме липидов и углеводов, а также с аномалиями в работе митохондрий печени. Исследования показывают, что женщины с ожирением, диабетом и другими метаболическими расстройствами находятся в группе повышенного риска. Одним из основных проблем является недостаток специфичных маркеров для ранней диагностики ОЖГБ, что затрудняет выявление заболевания на ранних стадиях [3].

Цель исследования. Изучить медико-социальные факторы острого жирового гепатоза беременных в акушерстве с острым повреждением почек.

Материал и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 213 историй родов и индивидуальных карт течения беременности женщин, умерших от острого повреждения почек в Республике Таджикистан. Исследование выполнено на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Данные были проанализированы с использованием специально разработанной карты анализа клинических случаев. Вариационная статистика включала вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой ($M \pm m$) для абсолютных величин.

Результаты. В результате проведённого исследования, включающего анализ 119 историй родов и индивидуальных карт течения беременности с летальным исходом от острого повреждения почек в Республике Таджикистан за период 2012–2023 гг. (11 лет), было выявлено 6 случаев материнской смертности, вызванной острым жировым гепатозом беременных (ОЖГБ), осложнённым острым повреждением почек (ОПП). Удельный вес ОЖГБ, сопровождавшегося ОПП, составил 5,04%.

Распределение по месту жительства было равномерным: 50% пациенток проживали в городских условиях, 50% — в сельских. Возраст женщин колебался в пределах от 19 до 30 лет, средний возраст составил $25 \pm 4,9$ года. Большинство пациенток находились в оптимальном репродуктивном возрасте. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $5,5 \pm 2,5$ койко-дня.

При первичной госпитализации две пациентки были сразу направлены в стационар третьего уровня оказания медицинской помощи; остальные четыре были изначально госпитализированы в учреждения второго уровня и впоследствии переведены в третий уровень на следующий день. По национальному признаку 75% женщин были таджичками, 25% — узбечками. Среди них 16,6% составляли женщины с высшим образованием, работающие по специальности, остальные 83,3% — домохозяйки со средним образованием.

По антропометрическим данным средний вес пациенток составлял $60,1 \pm 7,6$ кг, средний рост — $161,6 \pm 5,7$ см, индекс массы тела (ИМТ) — $22,9 \pm 2,3$ кг/м², что соответствует норме. Прибавка массы тела в течение беременности находилась в пределах физиологической нормы и в среднем составила $10 \pm 4,5$ кг.

По данным о группе крови и резус-фактору у большинства женщин (33,3%) была вторая группа крови, и 83,3% были резус-положительными. Среднее число беременностей составило $2,83 \pm 1,6$. Первородящими были 33,3% женщин, повторнородящими — 66,6%.

Среди сопутствующих заболеваний отмечались: анемия, хронический пиелонефрит, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), гепатит А, хронический бронхит и COVID-19. В первом триместре беременности у 33,3% пациенток наблюдалась рвота беременных и угроза прерывания, у остальных — анемия и ОРВИ. Во втором и третьем триместрах в 83,3% случаев происходило обострение хронического пиелонефрита, которое лечилось амбулаторно.

Средний гестационный срок при госпитализации составил $35,8 \pm 0,8$ недель. Срочные роды произошли в 16,6% случаев, преждевременные — в 83,3%. Это объясняется тем, что данная патология чаще развивается после 32–34 недель беременности.

Клиническими проявлениями острого жирового гепатоза беременных были: выраженная боль в животе, особенно в эпигастральной области (66,6%), головная боль (50%), тошнота (83,3%), рвота (83,3%) и желтушность кожных покровов (83,3%). В двух случаях имела место несвоевременная госпитализация, вызванная отказом самих беременных, несмотря на наличие угрожающих симптомов. Эти женщины были доставлены в стационар в тяжёлом состоянии.

По данным литературы и результатам настоящего исследования, острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ) не имеет специфических клинических проявлений, что затрудняет своевременную диагностику. При госпитализации пациенткам первоначально выставлялись следующие предположительные диагнозы: гепатит неясной этиологии, тяжёлая преэклампсия, HELLP-синдром, токсический гепатит. Окончательный диагноз ОЖГБ был установлен на 2–5-е сутки послеродового периода с учётом диагностических критериев «Swansea».

Клиническая картина острого повреждения почек развивалась после установления диагноза ОЖГБ и сопровождала основное заболевание.

Выводы.

1. Острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ) представляет собой редкую, но жизнеугрожающую патологию, которая преимущественно развивается у женщин оптимального репродуктивного возраста (в среднем $25 \pm 4,9$ лет), чаще у домохозяек с низким уровнем образования, нормальным индексом массы тела ($23,2 \pm 2,5$ кг/м²), при повторных беременностях.
2. Факторами риска развития ОЖГБ являются наличие хронических очагов инфекции, особенно со стороны мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит), анемия и острые респираторные вирусные инфекции, перенесённые во время беременности.
3. Заболевание не имеет специфических симптомов на ранних стадиях, что затрудняет диагностику. На этапе госпитализации часто выставляются ошибочные диагнозы (гепатит неясной этиологии, тяжёлая преэклампсия, HELLP-синдром и др.), тогда как ОЖГБ диагностируется, как правило, в послеродовом периоде с применением критериев Swansea.
4. Сопутствующее острое повреждение почек возникает после манифестации основного заболевания и значительно ухудшает прогноз, особенно при поздней госпитализации и отказе пациенток от своевременного лечения.
5. Своевременная диагностика, ранняя госпитализация, динамическое наблюдение и, при необходимости, преждевременное родоразрешение являются ключевыми мерами в улучшении материнских и перинатальных исходов.
6. Полученные данные подчёркивают необходимость усиления прегравидарной подготовки женщин, особенно с факторами риска, а также повышения качества амбулаторного наблюдения в антенатальном периоде с целью снижения материнской смертности.

Ссылки на статьи:

1. Acute fatty liver of pregnancy: A review. / Reddy, J. R., et al.// Journal of Clinical Hepatology, - 2020 - V. 5. №2.- p. 89-96. DOI: 10.1002/jclin.2020
2. Diagnosis and management of acute fatty liver of pregnancy. / Mayo, J. R., et al. // Obstetrical & Gynecological Survey.- 2021- V.76, №3/- p. 177-184. DOI:10.1097/OGX.0000000000000878
3. Pathophysiology of acute fatty liver of pregnancy. / Green, R. M., et al. // Liver International. – 2019.– V. 39, №8.– p. 1457-1466. DOI: 10.1111/liv.14212

УДК 618.3-089.28

Каримзода У.А., Абдуллаева Р.А., Узакова У.Д., Махмудова Ш.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ СОЧЕТАНИИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ДОРОДОВОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

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

Республика Таджикистан, г. Душанбе

Научный руководитель-к.м.н., доцент Узакова У.Д.

Актуальность. Преэклампсия — одна из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. При этом дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) усугубляет течение беременности и увеличивает риск осложнений как для матери, так и для плода. Тяжелая преэклампсия (ТПЭ) сопровождается выраженными изменениями в системе "мать–плацента–плод", а дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) может дополнительно нарушать плацентарную перфузию, усугубляя гипоксию плода и нарушая его развитие.

Несмотря на большое количество исследований по каждой из проблем в отдельности, комплексный анализ состояния фетоплацентарного комплекса при одновременном наличии тяжелой преэклампсии и ДРПО встречается нечасто, что определяет научную новизну темы. Изучение состояния фетоплацентарного комплекса при сочетании этих патологий позволяет разрабатывать эффективные методы ранней диагностики нарушений, оптимизировать тактику ведения беременности и родоразрешения, что критически важно для снижения риска неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Изучить состояние фетоплацентарного комплекса при сочетании тяжелой преэклампсии и родового разрыва плодных оболочек

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 984 беременных женщин и рожениц с гестационным возрастом 22 недели и более, госпитализированных в ГУ «Городской родильный дом №1 г. Душанбе» за период 2019-2022 гг. Ретроспективному анализу подвергнуты истории родов 709 пациенток, родивших в 2019 году, проспективному наблюдению – 275, госпитализированных в указанное учреждение в 2020-2022 гг.

Обследованный контингент был разделен на 3 группы.

Первую или основную группу составили 94 женщины, беременность которых осложнилась сочетанием ТПЭ с ДРПО, госпитализированных в отделение интенсивной терапии, анестезии и реанимации (ИТАР).

Вторую или группу сравнения составили 840 пациенток, разделенных на 2 подгруппы. Подгруппу 2А составили 70 пациенток, госпитализированных в отделение ИТАР, беременность которых осложнилась только преэклампсией, подгруппу 2Б – 770 женщин с изолированной ДРПО, госпитализированных в родильное отделение.

Третья или группа контроля представлена 50 женщинами с доношенной беременностью в возрасте 20-35 лет с отсутствием экстрагенитальной патологии, с физиологическим течением беременности и родов, родоразрешенных вагинальным путём

Результаты исследования. Сравнительным анализом размеров УЗИ фетометрии роста плода с 26 недель беременности, выявлено отставание всех показателей в основной группе по сравнению с подгруппами группы сравнения и группой контроля. Медиана основных показателей при задержке роста плода (ЗРП) соответствовала наименьшему значению показателей фетометрии.

В основной группе при сроке гестации 26-28 недель фетометрические показатели статистически значимо отличались от подгруппы 2Б и группы контроля. Медиана бипариетального размера (БПР) была практически идентична с подгруппой 2А, но отличалась от подгруппы 2Б и группы контроля на 4 и 10 мм ($p=0,033$). Медиана окружности живота (ОЖ) была наименьшей при сочетании ТПЭ с ДРПО, на 13 мм отставала от подгруппы 2А и статистически значимо - от подгруппы 2Б и группы контроля на 32 и 26 мм ($p=0,012$). Статистически значимой разницы в длине бедра установлено не было. Медиана БПР у двух беременных основной группы с признаками ЗРП оказалась наименьшей по сравнению с тремя в подгруппе 2А и 2Б и составила – 23 мм; ОЖ – 69 мм.

Фетометрические показатели роста плода в 29 – 32 недели оказались самыми минимальными в основной группе: медиана БПР также оказалась наименьшей, разница размера которого колебалась от 2 мм в группе контроля до 8 мм в подгруппе А и не была статистически значимой среди всех сравниваемых групп ($p>0,5$)

Удельный вес ЗРП по данным фетометрии при сроке гестации 29-32 недели беременности диагностирован в двух случаях у беременных основной группы; трёх – в подгруппе 2А и двух – в подгруппе 2Б. Отставание имело место в ОЖ, другие показатели не отличались от средних значений. С увеличением срока гестации при сочетании ТПЭ и ДРПО показатели фетометрии оказались самыми неблагоприятными. Медиана ОЖ в 33-36 недель оставалась статистически значимо меньше, чем среди обследованных других групп. При сроке беременности 33-34 недели было установлено, что показатель БПР при ДРПО без преэклампсии оказался на 10 мм

больше, чем при сочетании с преэклампсией ($p=0,028$). Установлено, что в 35-36 недель беременности размеры БПР в основной группе по сравнению с другими группами были аналогичны сроку гестации 33-34 недели при минимальной разнице - 5 мм ($p=0,034$). При сроке гестации в 33-34 недели в каждой группе выявлено по 3 случая отставания роста плода, преимущественно по данным ОЖ. При сроке гестации 35-36 недель в каждой группе было документировано около половины ЗРП от их общего числа ЗРП в каждой группе: в основной группе в 17 (50%), подгруппе 2А – у 10 (47,6%) и подгруппе 2Б – у 32 (68,4%) беременных.

При доношенном сроке гестации выявлено статистически значимое отставание БПР у беременных основной группой по сравнению с группой контроля ($p=0,035$); ОЖ и ДГК отличалась в 1,1 – 1,2 раза от подгруппы с ДРПО ($p=0,008$) и группы контроля ($p=0,008$).

Признаки ЗРП по данным фетометрии были диагностированы в данном сроке у беременных основной группы, где БПР колебался от 83 до 90 мм; ДБ – от 65 до 74 мм; ОЖ – от 86 до 99 мм, а медиана перечисленных показателей составила соответственно: 85; 68 и 90 мм. Сравнительный анализ кровотока в маточных артериях в исследуемых группах показал, что самые низкие показатели были характерны для основной группы, однако их значение находилось в пределах физиологических границ. В группе контроля и подгруппе 2Б обнаружено соответствие кровотока в артерии пуповины и средней мозговой артерии нормативным значениям.

Установлены более выраженные нарушения кровотока в основной группе по сравнению с подгруппой 2А, обусловленные преимущественно снижением пульсационного индекса средней мозговой артерии (ПИ СМА) при относительно удовлетворительных значениях пульсационного индекса артерии пуповины (ПИ АП). В основной группе при сроке гестации 26 – 28 недель ПИ СМА оказался статистически значимо меньше группы контроля в 1,6 раза, в 29-32 – в 1,2 раза, в то время как в подгруппе 2А данный показатель в те же сроки отставал лишь в 1,4 раза или соответствовал нормативным значениям ($p<0,05$). В 33-34 недели беременности имели место самые высокие различия, которые отличались в перечисленных группах в 1,8 и 1,6 раза от группы контроля ($p<0,05$). С увеличением срока гестации различия ПИ СМА в основной группе были выражены меньше и к доношенному сроку гестации отличались лишь в 1,5 и 1,3 раза от группы контроля, а в подгруппе 2А – были в пределах нормы, лишь в 37 недель и больше отличались в 1,5 раза. Медиана ПИ АП в основной группе оказалась наименьшей в 33 – 36 недель гестации, в подгруппе 2А самый неблагоприятный показатель выявлен в 33-34 недели, который оказался в 1,5 -1,6 раза меньше нормативных значений. В подгруппе 2А ПИ АП статистически значимо отличался в 26-32 недели, с увеличением срока гестации данный показатель находился в пределах нормативных значений.

Выводы. Таким образом, сочетание тяжёлой преэклампсии и дородового разрыва плодных оболочек сопровождается выраженной фетоплацентарной недостаточностью, что приводит к ухудшению маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока и развитию хронической гипоксии плода. Результаты исследования подтверждают необходимость динамического мониторинга состояния фетоплацентарного комплекса с применением ультразвукового, доплерометрического и лабораторного методов у беременных с тяжёлой преэклампсией и ДРПО для своевременного определения оптимального срока и способа родоразрешения.

УДК 618.3+616-053.3

Смайл Қ.Н., Серік Н.С., Пахманова Б.Е.

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ГРУППЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ.

Актуальность. Резус несовместимость - представляет собой гуморальный иммунный ответ резус-отрицательной матери на эритроцитарные антигены резус-положительного плода, что в конечном итоге проявляется образованием антител против резуса в организме матери. В результате резус-конфликта высока вероятность возникновения у ребенка внутриутробных осложнений, преждевременных родов, гемолитической болезни ребенка после рождения. Гемолитическая болезнь плода - материнские антитела попадают через плаценту в кровь ребенка, вызывая разрушение эритроцитов ребенка (гемолиз), что приводит к гемолитической желтухе новорожденного.

Цель работы: Целью данной исследовательской работы является выявление и анализ влияния титра на женский организм и ребенка у женщин с отрицательным титром резус-фактора, особенностей родов у женщин, принимавших и не принимавших резонатив, и осложнений по состоянию ребенка.

Ход исследовательской работы. В этом исследовании история родов у 57 женщин с 1 октября 2023 года по октябрь 2024 года в городской многопрофильной больнице №2 была проанализирована ретроспективно и прослежены особенности течения родов у беременных женщин с резус - несовместимостью в сроке от 34 до 41 недели, и возможные осложнения у ребенка. Здесь, по данным анамнеза 57 женщин, группа крови была набрана в контрольную группу из 17 женщин с титром антител к резус-фактору, 20 женщин, принимавшие резонатив, и 20 женщин, не принимавших резонатив. За основу исследования были взяты возраст роженицы, паритет беременности, способ родоразрешения и неделя родов, осложнения по отношению к матери и ребенку после родов, оценка по состоянию новорожденного, по шкале Апгар, рост, вес, результаты анализа при наличии осложнений у ребенка. Что касается метода родов в исследовании, то среди 57 женщин спонтанные роды составили 33,3 %, кесарево сечение -38,5 %, метод индуцированных родов -28%. А что касается послеродовых осложнений у младенцев: Из числа новорожденных, рожденных от женщин группы крови с резус-отрицательным титром антител, у 4 (23,5%) диагностировали гемолитическую болезнь ребенка, у 2-х младенцев (11,7%) - острый респираторный синдром. Из числа детей, рожденных от женщин с резус-отрицательной группой кровью, не получивших резонатив 1 (5 %) была переведена в отделение патологии и выхаживание новорожденных с гемолитической болезнью ребенка, 2 с острым респираторным синдромом. Младенцы, рожденные от женщин, получившие резонатив с резус-отрицательной группой крови, были выписаны домой на 3-5 сутки родов. Младенцев с вышеупомянутыми осложнениями выписаны домой с улучшением их состояния.

Результат исследования. Из 3 групп, взятых для нашего исследования, большинство осложнений приходилось на группу с титром антител. При процентном соотношении 66,6% осложнений приходилось на группу с резус-отрицательным титром антител, а 33,4 %-на группу без резус-отрицательного титра антител, не получивших Резонатив. У беременных, получивших Резонатив, осложнений по исследованию не выявлено. Однако, несмотря на наличие осложнений, эти малыши получили лечение в отделении патологии и выхаживание новорожденных и были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Вывод. В период с 9 до 13 недель беременности резус-принадлежность плода у резус – отрицательных женщин исследуется молекулярно-генетическим методом через венозную кровь. При обнаружении положительного резус – фактора в крови у плода в дальнейшем титр антител из крови беременных не выявляется и специфическая профилактика антирезусным Rho (D) иммуноглобулином не проводится. При выявлении положительного

резус – фактора в крови у плода, у резус-отрицательных женщин проводится обеспечение группового и резус – родственного обследования биологического отца ребенка и фенотипирование антигенного состава крови супругов. При несоответствии антигенного состава крови беременной женщины и биологического отца ребенка обеспечивается проверка на наличие титра антител в крови независимо от паритета. При отсутствии резус-антител в резус-положительной крови отца ребенка и крови матери назначается однократное введение антирезусного иммуноглобулина человека Rho (D) на 28-30 неделе беременности в дозе 250 микрограммов или 1250 международных единиц (далее – МЕ). После родов резус-положительному каждому новорожденному от несенсибилизированной RhD-отрицательной женщины после получения информированного согласия в течение 72 часов проводится внутримышечное введение 1250 МЕ или 250 микрограммов.

УДК-618.32

Раджабзода Н.Ф., Валиева М.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИН ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
Республика Таджикистан, г. Душанбе
Научный руководитель-к.м.н., доцент У.Д. Узакова*

Актуальность. Невынашивание беременности – проблема, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш, то есть гибель эмбриона или плода в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки – неразвивающаяся беременность. Удельный вес данной патологии в структуре репродуктивных потерь довольно высок: 10–20%. Выделяют критические периоды во время беременности, в которые плодное яйцо, эмбрион, плод особенно уязвимы для неблагоприятных воздействий: период имплантации (7–12 день), период эмбриогенеза (3–8 недель), период формирования плаценты (до 12 недель), период формирования важнейших функциональных систем плода (20–24 недель).

Психоэмоциональное состояние женщин при неразвивающейся беременности является важной темой, поскольку это состояние может вызывать значительный стресс, тревогу и депрессию. Таким образом, исследование психоэмоционального состояния женщин в таких ситуациях имеет значительное значение для разработки эффективных методов поддержки и реабилитации.

Цель исследования. Оценить влияние потери плода в первой половине беременности на психоэмоциональное состояние женщин

Материал и методы. Коррекция психоэмоционального статуса у обследованных женщин была основана на расчете САН (самочувствие, активность и настроение), разработанной на кафедре нервных болезней ММА им. И. М. Сеченова на 2 – 4 сутки после опорожнения матки. В данной анкете низкие оценки – до 3-х баллов свидетельствуют об относительном благополучии, высокие – о нарушении психоэмоционального состояния. Основную группу составили 92 женщины с неразвивающейся беременностью, группу сравнения – 34 со спонтанным прерыванием беременности при сроке гестации от 5 до 20 недель.

Результаты исследования. В основной группе у 44 (47,8%) женщин выявлен компенсированный тип психоэмоциональной оценки, когда САН оказался более 4 баллов, средний балл составил $4,4 \pm 0,2$ балла; в группе сравнения подобная оценка выявлена у 13 (38,2%), средняя оценка составила $4,9 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$).

Медикаментозную терапию при компенсированном типе не проводили, ограничиваясь рекомендациями соблюдения правильного режима сна и питания.

У более половины женщин основной группы - 48 (52,1%) и в каждом четвертом случае в группе сравнения - 23,5% (8 случаев) оценка САН в послеевортном периоде оказалась менее 4-х баллов.

В основной группе субкомпенсированный тип реагирования выявлен у 26 (28,3%), средняя оценка САН составила $3,5 \pm 0,4$ балла; в группе сравнения: у 10 (40%) – $3,9 \pm 0,6$ балла, соответственно.

При субкомпенсированном типе реагирования использовали повторное консультирование, лекарственные травы в течение 2-3-х недель.

Были использованы отечественные компоненты: чай с перечной мятой, а также семена проросшей пшеницы, которую предварительно очищали от оболочки.

Декомпенсированный тип психоэмоциональной оценки выявлен у 18 (19,6%) беременных, перенесших неразвивающуюся беременность; средняя оценка составила $2,6 \pm 0,2$ балла; в группе сравнения: у 2-х (8%), средняя оценка составила $2,9 \pm 0,3$ балла.

При декомпенсированном типе реагирования седативная терапия была усилена медикаментозными средствами: глицин в дозе 50мг - по 1 таблетке три раза в день.

В результате дифференцированного приема фитопрепаратов и глицина, а также проводимой беседы, состояние пациенток улучшалось.

При динамическом наблюдении через 3 и 6 месяцев выявлено, что в основной группе увеличение САН достигнуто лишь через полгода и составил $5,5 \pm 0,5$ балла, в то время как в группе сравнения оценка оказалась выше – $6,1 \pm 0,6$ балла.

В ответах по оценке самочувствия: 30 (73,3%) женщин в послеевортном периоде отметили хорошее самочувствие; 33 (80%) - чувствовали себя сильными, работоспособными и полными сил, считали себя здоровыми - 43 (71,7%), выносливыми и бодрыми - 37 (81,7%).

В анализе показателей активности и настроения преобладали низкие оценки. Активными и подвижными ощущали 39 (68,3%), быстрыми и деятельными лишь половина – 28 (50%). В то же время каждая 5 обследованная - 11(21,7%), имела высокие баллы (от 5 до 7) по безучастности и равнодушию. 22(40%) имели желание отдохнуть.

Оценка настроения показывала преобладание отрицательных эмоций у 59(81,8%), которые испытывали грусть, уныние, печаль, а разочарование и недовольство - 41 (65%).

Женщинам, ответы которых на вышеуказанные вопросы составили 3-5 баллов, достаточно было седации экстрактом валерианы.

Беременным, набравшим при анкетировании значения с оценкой 6-7 баллов (максимально), потребовалось использование усиленной седативной терапии, например, диазепам.

У первобеременных показатели САН были хуже, чем у повторнобеременных: они обвиняли себя в гибели плода, испытывали тревогу и беспокойство, что проявилось в повышении уровня пролактина в 2 раза выше нормы.

Выводы. Ранняя потеря плода у первобеременных представляет высокий риск развития депрессивных состояний в послеевортном периоде и они нуждаются в дополнительной психологической поддержке.

УДК618.3-089.888.61-073.75

Кожагапарова А.Г., Алтайбаева С.И., Байтанатова А.Б., Казыбаева А.К.,
Жантурсынова Г.К.

РЕДКАЯ ФОРМА ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ – РАЗРЫВ ВЕНЫ ПУПОВИНЫ

*Многопрофильная областная больница №2, с участием резидента 1 года обучения
Бактыбаев Ж.К., кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский Университет
Астана», Астана, Казахстан*

*Научные руководители: Профессор кафедры д.м.н. Малгаждарова Б.С., доцент кафедры
к.м.н. Тулемисова А.А., заведующий кафедрой к.м.н. (Ph.D.) Искаков С.С.*

Актуальность: Патология пуповины встречается приблизительно при каждом 3-х родах (28.1-47.7%), что обуславливает высокий уровень постнатальной смертности, частоту гипоксических повреждений плода и новорожденного, а также травматизм матери в родах. Патология пуповины в основном (85-95%) связана с ее относительным укорочением вследствие обвития вокруг тела плода. Реже (0.2-4.7%) встречается абсолютная короткая пуповина (40 см и менее), истинный узел, оболочечное прикрепление или сдавление частями тела плода (0.3-1.2%). Интранатальная и постнатальная смертность при родах, осложненных патологией пуповины, колеблется от 10.3 до 36%. Оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов, кесарево сечение) требуется в 27.2 -40.7% случаев. Отмечается улучшение исхода родов при диагностике патологии пуповины за 8-10 дней до них. В доступной литературе о разрыве сосудов пуповины авторы не встретили сведений. Описание клинического случая с такой патологией, произошедшего в МОБ №2 в 2023 году, было решено опубликовать.

Цель работы: Описать редкий клинический случай разрыва вены пуповины с целью повышения осведомленности о данной патологии и ее исходах.

Материалы и методы исследования: Представлен клинический случай пациентки М.Б., 44 лет, повторнобеременной и повторнородящей (5-я беременность, 5-е предполагаемые роды). Анамнез жизни не отягощен, кроме кесарева сечения в 2006 году. Беременность 38-39 недель, диагноз при поступлении включал ОАА, рубец на матке, подозрение на отслойку плаценты и разрыв вартонова студня. Отмечалось многоводие (ИАЖ 281мм/296.0 см). По данным УЗИ и



В анамнезе текущей беременности – госпитализация с ложными схватками, варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов, хронический цистит, анемия легкой степени, многоводие, тенденция к макросомии плода. Учитывая удовлетворительное состояние беременной, отсутствие выраженного кровотечения и отсутствие условий для быстрых родов через естественные родовые пути, принято решение о родоразрешении путем экстренного кесарева сечения. Операция выполнена 03.11.2023 в 14:40. Применена лапаротомия по Джоэл-Кохену, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с хирургической стерилизацией. Показаниями стали беременность 38 недель 3 дня и прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты средней степени.

Результаты исследования: В ходе операции вскрыт плодный пузырь, излились окрашенные кровью околоплодные воды (2400 мл). Извлечен живой плод женского пола весом 4080 гр., ростом 55 см, с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов. Плацента удалена рукою, в области впадения пуповины обнаружен сгусток размерами 552,5 см, объемом 100 мл. Плацентарная площадка не кровоточила. Макропрепарат плаценты размерами около 22202,0 см, дряблая,

оболочки пропитаны кровью; пуповина тонкая; имеется участок гематомы в области впадения пуповины. Послеоперационный диагноз подтвердил разрыв сосуда пуповины. Общая кровопотеря составила 950 мл. В послеоперационном периоде проводилось стандартное лечение, включая антибиотикопрофилактику, инфузионную и утеротоническую терапию. Состояние родильницы на 4-е сутки удовлетворительное, послеоперационная рана заживает первичным натяжением. Матка в инволюции.

Выводы: Разрыв сосуда пуповины является редкой формой патологии пуповины. В описанном клиническом случае разрыв сосуда пуповины сочетался с многоводием и отслойкой плаценты. Своевременное оперативное родоразрешение путем кесарева сечения позволило достичь выздоровления матери и рождения живого доношенного плода. Данный случай подчеркивает важность диагностики патологии пуповины и готовности к оперативному родоразрешению при осложненном течении беременности и родов.

УДК: 618.15-002

Алджанова М., Муслимова С., Бабаева Г., Агакишиева Л., Мамедли Г.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Азербайджанский Медицинский Университет кафедра акушерства – гинекологии 2
г. Баку Азербайджанская Республика*

Введение. По данным мировой статистики, бактериальный вагиноз занимает одно из первых мест среди заболеваний влагалища. Несмотря на то, что в настоящее время для лечения бактериального вагиноза существует 90 торговых наименований лекарственных препаратов, терапия этого состояния остается сложной задачей. Цель исследования - сравнение эффективности различных схем лечения бактериального вагиноза.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 67 пациенток с бактериальным вагинозом. В первую группу вошли 32 пациентки, получавшие местную терапию комбинированным препаратом «Эльжина», далее влагалищные капсулы «Лактожиналь». Вторую группу составили 35 пациенток, которые получали интравагинально терапию гелевой формой метронидазола (0,75%), далее влагалищные капсулы «Лактожиналь». Критериями эффективности лечения являлись отсутствие субъективных жалоб, клинических проявлений бактериального вагиноза, а также лабораторно подтвержденный нормоценоз. Оценка проводилась с помощью критериев R. Amsel.

Результаты и обсуждение. С целью промежуточного контроля эффективности проводимой терапии на 7-й день лечения проведено обследование пациенток первой группы, получавших препарат «Эльжина». В этой группе у 7 (21,8%) пациенток сохранялись пенистые выделения из половых путей, значение pH > 4,5 определялось у 10 (31,2%) обследованных, аминный тест остался положительным также у 10 (31,2%), ключевые клетки при бактериоскопическом исследовании обнаруживались в 6 (18,7 %) пробах. Через 15 дней после окончания лечения полный регресс симптомов заболевания был отмечен у 30 (93,7%) пациенток (p<0,001). По результатам исследования отделяемого заднего свода влагалища *Gardnerella vaginalis* не встречалась ни в одном наблюдении, *Atopobium vaginae* был выявлен у 2 (6,3%) пациенток после лечения (p<0,001). Эффективность комплексного препарата «Эльжина» согласно критериям R. Amsel составила 93,7%.

С целью промежуточного контроля эффективности проводимой терапии на 7-й день лечения проведено обследование пациенток второй группы, получавших препарат метронидазол. В этой группе у 10 (28,5%) пациенток сохранялись пенистые выделения из половых путей, значение pH > 4,5 определялось у 18 (51,4%) обследованных, аминный тест остался положительным у 12 (34,2%), ключевые клетки при бактериоскопическом исследовании обнаруживались в 11 (31,4 %) пробах.

Через 15 дней после окончания лечения симптомы заболевания полностью исчезли у 16 (45,7%) женщин. Зуд и жжение в области наружных половых органов отмечали 7 (20,0%) пациенток, патологические выделения - 16 (45,7%), 7 (20,0%) пациенток обращали внимание на неприятный запах выделений из половых путей, ключевые клетки при микроскопии обнаружены у 8 (22,8%) пациенток, у 9 (25,7%) - определялся мицелий грибов. Аминный тест после лечения в этой группе остался положительным в 13 (37,1%) пробах. В половине проб после проведенной терапии регистрировался pH=4,0 (p<0,001). По результатам исследования отделяемого заднего свода влагалища были выявлены *Atopobium vaginae* у 6 (17,1%), *Gardnerella vaginalis* — у 12 (34,2%), *Candida albicans* у 7 (20,0%) пациенток после лечения (p<0,001). Эффективность метронидазола согласно критериям R. Amsel составила 45,7%. В 7 (20,0%) случаях применение метронидазола спровоцировало вульвовагинальный кандидоз.

Заключение. Применение в составе комплексной терапии больных бактериальным вагинозом комбинированного препарата «Эльжина», обладающего антибактериальным, противопротозойным, противогрибковым и противовоспалительным действием, позволило достичь клинической эффективности лечения – 93,7% и не вело к развитию такого осложнения, как вульвовагинальный кандидоз.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, лечение, Эльжина, метронидазол.

ӘОЖ 616-007.61

Сламова Ә.К., Тыныштықбай І.Б.

ІРІ САЛМАҚТЫ ҰРЫҚ КЕЗІНДЕГІ АКУШЕРЛІК, ПЕРИНАТАЛЬДЫ АСҚЫНУЛАР

*№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.,
кафедра меңгерушісі м.ғ.к. (Ph.D.) Искаков С.С.
КеАҚ «Астана медицина университеті», Астана қаласы*

Аңдатпа. Статъяда Астана №2 Қалалық перинаталдық орталығы мен №2 Облыстық көпбейінді ауруханасында ірі салмақты нәресте(макросомия)-мен жүкті болған әйелдердің жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі кезең және неонаталдық кезең ерекшеліктері сарапталғаны туралы жазылған. Сапартама барысында, ұрық макросомиясына әкелетін факторлар анықталып, жүктілік ағымының асқынулары әр бір екінші әйелде боланыны туралы мәліметтер берілген.

Кілт сөздер: жүктілік, ірі нәресте, қауіп факторлар, экстрагенитальды патология, жүктілік асқынуы, босану, бейімделу кезеңі.

Өзектілігі

Фетальды макросомияның дамуының 50% анамнезінде ірі ұрық болған және қысқа интергравидарлы үзілісі бар қайта босанатын әйелдер құрайтыны және үш немесе одан көп бала босанушы әйелдерде болатыны белгілі.

Зерттеу нәтежиелері бойынша ірі нәресте туылуына алып келетін факторлар:

қантты диабет, семіздік, жүрек-қанайналым жүйесінің аурулары, кеш менархе, қайта босану, анамнезде ірі ұрық, жүктіліктің ұзаққа созылуы, жүктілік кезінде 20 кг-нан артық салмақ қосу, жүктіліктің II және III триместрінде вазоактивті заттарды қабылдау (пентоксифиллин, курантил), макросомияға әкелетін қауіпті факторлар ішінде жетекші рөл атқарады.

Макросомияға алып келетін қауіп факторларына:

Жүктіліктің I триместрде гестагендерді қабылдау (дюфастон, утрожестан), II және III триместрде вазоактивті заттарды (трентал, курантил, актовегин) және E витаминін қабылдау жатады.

Макросомияға әкелетін факторларыдың ішінде

- Жүкті әйелдің артық салмағы және соған байланысты метоболикалық бұзылыстар бірінші орында орналасқан. Метаболикалық синдромның ауырлық дәрежесі – инсулинге резистенттіктің дәрежесіне және висцеральды майлардың мөлшеріне байланысты. Осы жағдай 2-ші типті қантты диабеттің даму қаупін 5 есеге дейін жоғарлатады. Репродуктивті жастағы әйелде, осы аталған факторлардың болуы, жүктілік кезінде гестационды қантты диабеттің даму жиілігін жоғарлатады.

Ақпарат көздеріне сүйенсек, жоғары қауіп тобына жүктілікке дейінгі қант диабеті, гестационды қант диабеті (ГҚД), салмақ көптік және семіздік жатады, ГҚД кезіндегі макросомия кездесу жиілігі 5,3-дан 35%-ға дейін Макросомиямен босану кезінде босану әрекеттерінің ауытқуы, бала басы өлшемдерінің, әйел жамбас өлшемдеріне сәйкес келмеуі және кесар тілігі отасы, эпизиотомия, вакуум-экстракциясы іс-шарасын қолдану жиілігі жиілігі жоғарылайды.

Макросомия кезінде кездесетін ең ауыр асқыну иық дистоциясы, ол 5-24%-да кездеседі және ұрық салмағы көбейген сайын, оның кездесу жиілігі жоғарлайды:

бала салмағы 4000,0-4500,0 болса – 5-6%-ға,

ұрық салмағы 4500,0 не одан да жоғары болса 12-19%-ға өседі

Иық дистоциясы – бұғананың, сирек жағдайда иық және жауырын сүйектерінің сынуына, иық буынының зақымдануына (Эрба-Дюшенна салы, Дежерин-Клюмпке салы), ұрықтың құрсақ ішілік гипоксиясына, ұрықтың

интранатальды өліміне әкелуі мүмкін.

Неонатальды кезеңде, үлкен салмақты балаларда қалыпты салмақты балалармен салыстырғанда, гипогликемия және гипербилирубинемия т.б. электролитті және метоболикалық бұзылыстар жиі кездеседі.

Ірі ұрық болу себебінен, жатыр қабырғасының созылып кетуіне байланысты, босану және босанғаннан кейінгі ерте кезеңде жиі гипотониялық қан кетулер болуы мүмкін.

Пубертатты кезеңде, макросомиямен туылған қыз балаларда – жыныстық дамуы, физикалық дамуға қарағанда артта қалады, және де етеккір қызметі келесі белгілермен сипатталады:

гиперменструальдық синдром және ретсіз етеккір циклі (15,7%),

дисменорея жиілеуі (52,8%),

пубертатты кезеңнің қан кетулері (39,3%),

сүт бездерінің дисгормональды өзгерістері (64%),

аналық безде ретенционды түзілістердің персистенциясы және перифериялық аналық без поликистозының эхографиялық белгілері бар гиперандрогения (53,9%).

Зерттеу мақсаты

Ұрық макросомиясы кезінде жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі кезең және неонаталдық кезең ерекшеліктерін зерделеу.

Материалдар мен зерттеу әдістері

Зерттеуге Астана қалалық №2 перинатальды орталық (ПО) босану бөлімі 1827 босану тарихы және Ақмола облыстық №2 көпбейінді ауруханасы (ОКА) босану бөлімінде 504 босану тарихы зерттелді. Зерттеу 01.09.2024-31.12.2024ж аралығында жүргізілді – жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі және неонатальды кезеңдердің ағымының ерекшеліктері талданды.

Нәтижелер мен талқылаулар

2024 жылдың 4 кварталында ПО жалып босанғандар -1827, олардың ішінде -213(11,7%) босанғандарда ірі ұрық болса, ОКАда 504 босанғандарда 118 де (23,4%) ірі ұрық болды.

Барлық тексергендердің ішінде - алғаш босанатын әйелдер – 21,3%, қайта босанатындар – 78,7% құрады.

Барлық жүктілер әйелдер кеңес орнында есепте тұрған, жүктілік кезінде аймақтық дәрігерге орташа алғанда 7 рет барған. Барлық тексерілген әйелдердің ішінде, ірі бала туған әйелдердің 29,3% үй шаруасындағы әйелдер. Бұл жайт, аз қимылдайды, өмір сүру салтына сәйкес және макросомияға әкелетін қосымша факторларға жатады. 24,7%-ғы

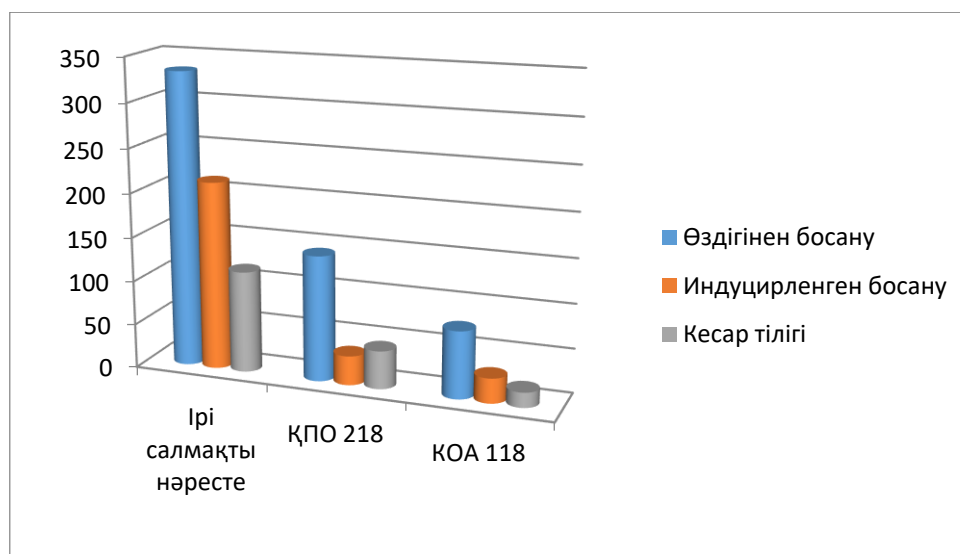
әйелдерде семіздіктің 1-2 дәрежесі анықталған, олардың дене масса индексі 29-дан 35-ке дейін. Әйелдердің репродуктивті жүйесін зерттегенде 27,3%-да алдыңғы босануларында ірі ұрық болғаны анықталған. Әйелдердің 28,7%-да акушерлік-гинекологиялық анамнезі асқынған, оларда: жүктіліктің әр мерзімінде өздігінен болған түсіктер, дамымаған жүктілік, бедеулік, жатырдан тыс жүктілік болған.

Ірі ұрықты жүкті әйелдердің, жүктілік ағымына талдау жүргізгенде, 73,3%-да жүктіліктің асқынулары болғаны анықталған. Соның ішінде, ең жиі кездесетін патология: әр түрлі дәрежедегі анемия – 59,3%, жүктілік кезіндегі гипертензия – 16,7%, тыныс алу және зәр шығару жүйесінің инфекциялары – 12,7%, көп сулық – 8,7%.

Антенатальды кезеңде ірі ұрық клиникалық диагнозы келесі тексерулер нәтижесінде анықталған:

УДЗ мәліметімен нақтыланған, іш айналымы мен жатыр түбі биіктігін өлшеу арқылы, ұрықтың болжам салмағын санап шығару.

Бақылауда болған жүктілердің босану ерекшелігі 1 суретте көрсетілген.



1 сурет – Босану үдірісінің ерекшеліктері

Ұрық макросомиясымен тексерілген әйелдердің 15,3%-да босану кесар тілігі арқылы болған, оның ішінде: жоспарлы түрде – 56%, жедел түрде - 44%. Босануды оперативті жолмен өткізуге көрсеткіштер: ұрықтың болжам салмағы – 4500,0 және одан да жоғары болуы немесе ірі ұрық диагнозымен бірге акушерлік патологияның болуы: қосымша репродуктивті технологиялар көмегімен болған жүктілік, жамбаспен жатуы, жатыр тыртығы.

Жедел кесір тілігі операциясы келесі жағдайларда жасалған: қағанақ суының уақытынан бұрын кетуі және босану жолдарының дайын болмауы, босану әрекетінің әлсіздігі, бала бас өлшемдерінің, әйел жамбас өлшемдеріне сәйкес келмеуі, босанудың I кезеңінде ұрық жағдайына қауіп төнуі.

Босану жолдары арқылы қалыпты босану – 84,7%, оның ішінде, индуцирленген босану – 15,3% құрады.

Босанудың I кезең ұзақтығы, орташа 8-12 сағат, II кезең 25-40 минут. Әйелдердің келісімі бойынша – III кезеңді белсенді жүргізілген – баланың

алдыңғы иығы туылғаннан кейін бұлшық етке – 10 бірлік окситоцин енгізілген.

Босанудың III кезеңі барлық босанушыларда активті түрде (ақпараттандырылған келісім алынған) жүргізілген.

Босанған кейінгі кезең, физиологиялық босану барысында нәресте туылғаннан кейін бірден анасының кеудесіне жатқызылған алғашқы минуттарда кіндік бауда пульсация тоқтағаннан кейін кіндік бау кесілген,

ал кесар тілігі отасы арқылы дүниеге келген нәресте әкесінің кеудесіне жатқызылған.

Жаңа туылған нәрестелер көкірекпен емізген

Жатырдың субинволюциясы әрбір физиологиялық жолмен ірі нәресте босанған әрбір 3ші әйелде кездескен.

Апгар шкаласы бойынша ірі салмақпен туылған нәрестелерге 7-8 баллмен бағаланған.

Нәресте асфикциясы 2,5 %, туу жарақаты 3,4 % кездескен барлық ірі салмақпен туылған нәрестелер арасында.

Физиологиялық жолмен туылған нәрестелер 2 тәуліктен кейін, кесар тілігі отасы арқылы туылған нәрестелер 4 тәуліктен кейін қанағаттанарлық жағдайда үйге шығарылған.

Жалпы қан шығыны – 350,0±50,0 мл.

Босану жолдарының жұмсақ тіндерінің жыртылысы 18,6%-ды құрады.

Нәрестелердің 87,2%-ның туған кездегі салмағы 4 000,0-4 500,0, 12,8%-да 4 500,0 және одан да жоғары.

Сапартама барысында, ұрық макросомиясы бар, 333 босану тарихын зерттеу барысында, келесі қортынды шығарылды:

1. Ұрық макросомиясына әкелетін факторлар анықталды:

аз қозғалатын өмір салты (29,3%)

алдыңғы босануларды ірі ұрық болуы (27,3%)

семіздіктің 1-2 дәрежесі 24,7%;

2. Жүктілік ағымының асқынулары 48,8%-да байқалды:

әр түрлі дәрежедегі анемия 56,4%.

гестационды артериальды гипертензия 16,7%

тыныс алу және зәр шығару жүйесінің инфекциялары 12,7%

көп сулы жүктілік ірі салмақты нәресте 8,7%

3. Ақмола облыстық №2 көпбейінді ауруханасында Қалалық №2 перинатальды орталыққа қарағанда 2 есе жиі ірі ұрығы бар жүкті әйелдердің босануы, ол үшінші деңгейде перинаталдық көмек көрсететін болғандықтан, аймақтағы аудандық ауруханадан жіберулеріне байланысты екені анықталды.

4. ПО босанған әрбір 3ші әйел, ҚОА босанған әрбір 4ші әйел ірі салмақты нәрестені дүниеге алып келген

5. Ірі салмақты нәресте арасында ең жоғары салмақпен туылған нәресте ҚОА-да дүниеге келген, 6240 грамм салмақпен кесар тілігі отасы арқылы дүниеге келген.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38465451/> Macrosomia, 2025 Jan. 2025 Feb 6.
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38465451/>, Multivariable prediction models for fetal macrosomia and large for gestational age, Lauren Ewington et al. BJOG. 2024 Nov.
3. Акушерство: учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. –с.538 <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432952.html>.
4. Клинические протоколы МЗ РК - 2016 (Казахстан) «Роды крупным плодом (макросомия)» от «9» июня 2016 года.
5. Клинические протоколы МЗ РК - 2023 (Казахстан) «Дистоция плечиков (затруднение при рождении плечевого пояса)» от «30» января 2023 года

УДК: 618.3-06

Қуаныш С., Искаков С.С.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕЗУС-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕΜΕΝНОСТИ

*магистрант 1 года НАО МҮА кафедры акушерства и гинекологии №2
научный руководитель: к.м.н.(Ph.D.), заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2
НАО Медицинский Университет Астана Искаков С.С.*

Введение : Резус-конфликт у беременных возникает, когда у RhD-отрицательной матери развивается иммунный ответ на резус-положительные эритроциты плода. Это происходит в результате проникновения фетальной крови в кровотоки матери (например, в ходе родов, аборта или инвазивных процедур), что приводит к выработке иммуноглобулинов класса G (IgG) против антигена RhD. Данные антитела способны проникать через плаценту и вызывать гемолиз фетальных эритроцитов, что может привести к гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБПН).

Распространённость резус-конфликта напрямую связана с процентным соотношением RhD-отрицательных людей в популяции. Во многих европейских странах частота RhD-отрицательного фенотипа может достигать 15%. В то же время в азиатских странах этот показатель существенно ниже — часто не превышает 5%.

В Республике Казахстан, согласно ряду исследований и демографических данных, доля RhD-отрицательных женщин варьируется в пределах 5–8%. Несмотря на сравнительно невысокую распространённость RhD-отрицательного фенотипа, резус-конфликт остаётся серьёзной проблемой перинатальной медицины в стране ввиду риска развития тяжелых осложнений, связанных с гемолитической болезнью плода и новорожденного.

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного обусловлена разрушением эритроцитов плода или новорожденного под воздействием предсуществующих IgG-антител матери, направленных против антигена RhD. Антитела против RhD являются наиболее частой причиной ГБПН и являются возбудителями самой распространённой и тяжелой формой этого заболевания, учитывая значительную частоту RhD-отрицательного фенотипа и высокую иммуногенность RhD-антигена. Резус-конфликт у беременной может привести к

развитию фетальной или неонатальной анемии, а в тяжелых случаях — к летальному исходу плода. Наиболее эффективной стратегией для снижения заболеваемости резус-конфликтом является применение профилактического анти-D иммуноглобулина [1].

Цель исследования-Изучить факторы риска и предикторы осложнений резус-конфликтной беременности, что позволит выявить наиболее значимые клинические, лабораторные и ультразвуковые параметры, способствующие развитию осложнений, таких как гемолитическая болезнь плода и новорожденного, фетальная анемия и другие. Результаты исследования смогут способствовать оптимизации стратегии ранней диагностики, мониторинга и профилактики резус-конфликтов, а также улучшению перинатальной помощи и снижению уровня заболеваемости и смертности среди плодов и новорожденных.

Материалы и методы:Были использованы англоязычные статьи, найденные в базах данных PubMed, Scopus, UptoDate и MedLine, по ключевым словам и медицинским тематическим заголовкам среди материалов, опубликованных с 2020 по 2025 год. Исследования проводились с соблюдением всех применимых этических принципов. В обзор было включено 18 статей, посвящённых патогенезу, факторам риска, осложнениям и прогнозированию резус-конфликтной беременности, включая вопросы гемолитической болезни плода, осложнений при беременности и соответствующих предикторов. Критериями включения являлись полнотекстовые оригинальные статьи, систематические обзоры и сообщения, содержащие следующие ключевые слова: Rh alloimmunization, Rh incompatibility, risk factors, hemolytic disease of the fetus. Ограничения по участникам и условиям проведения исследований отсутствовали.

Результаты: Распространённость аллоиммунизации, выявляемой в ходе пренатального скрининга может превышать показатели в других странах с высоким уровнем дохода и продолжать расти с 2010 года[2]. Особое внимание уделяется тому, что значительная доля выявленных антител относится к высокорисковым, способным привести к развитию тяжелых форм ГБН. Несмотря на существующие профилактические меры, аллоиммунизация остаётся важной, приобретённой, но при этом в значительной степени предотвращаемой проблемой, которая представляет вызов для трансфузионной, пренатальной и неонатальной медицины. На основе данных, представленных в обзоре, мы собираемся обсудить необходимость новых инициатив, направленных на совершенствование методов пренатального скрининга и профилактики, а также оптимизацию трансфузионной практики. Это позволит не только снизить риск развития тяжелых осложнений у матерей и новорожденных, но и сократить затраты на здравоохранение, связанные с лечением последствий аллоиммунизации. В настоящее время Международное общество переливания крови признает 36 различных систем групп крови и 360 антигенов эритроцитов (Storry, 2019). Банки крови рутинно проводят скрининг на эритроцитарные антигены. Некоторые из них имеют иммунологическое и генетическое значение, но многие редки и клинически малозначимы. Индивидуум, у которого отсутствует определенный эритроцитарный антиген, может вырабатывать антитела против него при контакте с этим антигеном. Такие антитела могут стать опасными, если человеку перельют несовместимую кровь. Во время беременности эти антитела способны проникать через плаценту и разрушать эритроциты плода, содержащие соответствующие антигены, что приводит к анемии.

Заключение: Резус-конфликтная беременность остается значимой проблемой перинатальной медицины, где ключевую роль играют факторы риска и предикторы осложнений, определяющие исходы для матери и плода. Ключевые факторы риска: 1. Анамнестические: наличие сенсибилизации в анамнезе (анти-D антитела). предыдущие беременности Rh+ плодом, особенно без профилактики анти-D иммуноглобулином, инвазивные процедуры (амниоцентез, кордоцентез) и акушерские осложнения (выкидыши, внематочная беременность).

2. Текущие осложнения беременности: фетоматеринские кровотечения (при отслойке плаценты, травмах, наружном повороте), поздняя диагностика Rh-статуса матери и плода.
3. Ятрогенные и организационные: пропуск введения анти-D иммуноглобулина в критические сроки (после родов, аборт, инвазивных вмешательств), использование непроверенных препаратов или неадекватных доз.

Предикторы тяжелых осложнений: высокий титр анти-D антител ($>1:16$) – коррелирует с риском гемолитической анемии плода, раннее появление антител** (до 24 недель) – ассоциировано с тяжелыми формами ГБПН, ультразвуковые маркеры (увеличение скорости кровотока в средней мозговой артерии, гидропс), Отягощенный акушерский анамнез – перинатальные потери или необходимость внутриутробных трансфузий в прошлом. Резус-конфликтная беременность, несмотря на значительные успехи в профилактике, остается актуальной проблемой современного акушерства. Внедрение рутинной антенатальной и постнатальной иммунопрофилактики анти-D иммуноглобулином позволило снизить частоту аллоиммунизации с 16% до менее 1 случая на 1000 родов, предотвратив тысячи случаев гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБПН).

Список литературы:

1. GETA, T.; ATINAFU, B.; KASSA, T. Knowledge about Rh-incompatibility and its associated factors among antenatal care recipients in public hospitals of Wolaita zone, 2022: facility-based cross-sectional study. *BMJ public health*, [s. l.], v. 2, n. 1, p. e000422, 2024. DOI 10.1136/bmjph-2023-000422. Disponível em: <https://research-ebSCO-com.ezproxy.nu.edu.kz/linkprocessor/plink?id=c7f92753-fbb9-32bb-8dbc-766a56486e3c>. Acesso em: 16 abr. 2025.
1. GETA, T.; ATINAFU, B.; KASSA, T. Knowledge about Rh-incompatibility and its associated factors among antenatal care recipients in public hospitals of Wolaita zone, 2022: facility-based cross-sectional study. *BMJ public health*, [s. l.], v. 2, n. 1, p. e000422, 2024. DOI 10.1136/bmjph-2023-000422. Disponível em: <https://research-ebSCO-com.ezproxy.nu.edu.kz/linkprocessor/plink?id=c7f92753-fbb9-32bb-8dbc-766a56486e3c>. Acesso em: 16 abr. 2025.
2. Fetal Disorders. In: Cunningham F, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. eds. *Williams Obstetrics*, 26e. McGraw Hill; 2022. Accessed April 27, 2025. <https://accessmedicine-mhmedical-com.ezproxy.nu.edu.kz/content.aspx?bookid=2977§ionid=257536452>
3. Slootweg YM, Zwiers C, Koelewijn JM, van der Schoot E, Oepkes D, van Kamp IL, et al. Risk factors for RhD immunisation in a high coverage prevention programme of antenatal and postnatal RhIg: a nationwide cohort study. *BJOG*. 2022; 129: 1721–1730. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17118>
4. Jernman R, Isaksson C, Haimila K, et al. Time points and risk factors for RhD immunizations after the implementation of targeted routine antenatal anti-D prophylaxis: A retrospective nationwide cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021; 100: 1868–1875. <https://doi.org/10.1111/aogs.14216>
5. Abera, A., Mitiku, B., Tesfaye, A., & Arega, B. (2023). Prevalence and determinants of RH alloimmunization in Rh-negative women in teaching hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: A hospital-based cross-sectional study. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1167736. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1167736>
6. Goodman, J. R., Feldman, S., & Khalil, H. (2023). Induced Abortion and the Risk of Rh Sensitization. *JAMA*, 330(7), 585–586. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.12718>
7. Koelewijn, J. M., Vrijkotte, T. G. M., van der Schoot, C. E., & de Haas, M. (2024). Disease severity in subsequent pregnancies with RhD immunization: A nationwide cohort study. *Vox Sanguinis*, 119(2), 123–132. <https://doi.org/10.1111/vox.13651>
8. Rayment, B., Brunskill, S. J., Soothill, P. W., et al. (2020). Antenatal and postpartum prevention of Rh alloimmunization: A systematic review and GRADE analysis. *British Journal of Haematology*, 190(1), 36–47. <https://doi.org/10.1111/bjh.16712>

9. Koelwijjn, J. M., Vrijkotte, T. G. M., van der Schoot, C. E., & de Haas, M. (2022). Risk factors for RhD immunisation in a high coverage prevention programme of antenatal and postnatal RhIg: a nationwide cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(2), 276–285. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17118>
10. Guideline No. 448: Prevention of Rh D Alloimmunization - ScienceDirect <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102449> *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Volume 46, Issue 4, April 2024, Pages 102448 Karen Fung-Kee-Fung, Karen Wong, Jennifer Walsh, Candyce Hamel, Gwen Clarke
11. Elizabeth Abels, Brian D Adkins, Elizabeth S Allen, Garrett S Booth, Margaret A DiGuardo, Jia Jennifer Ding, Juliana Guarente, Monica Klein, Laura D Stephens, Christopher A Tormey, Jennifer S Woo, Jeremy W Jacobs, Updates in the care of the alloimmunized pregnant patient: A transfusion medicine and clinical laboratory perspective, *American Journal of Clinical Pathology*, Volume 160, Issue 5, November 2023, Pages 441–443, <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqad083>
12. Immunohematologic aspects of alloimmunization and alloantibody detection: A focus on pregnancy and hemolytic disease of the fetus and newborn Gaurav K. Guptaa , Raisa Balbuena-Merle a,b , Jeanne E. Hendrickson a,c , Christopher A. Tormeya,
13. The concentration of fetal red blood cells in first-trimester pregnant women undergoing uterine aspiration is below the calculated threshold for Rh sensitization Sarah Horvath 1, Patricia Tsao 2, Zhen-Yu Huang 3, Ling Zhao 4, Yangzhu Du 5, Mary D Sammel 6, Eline T Luning Prak 7, Courtney A Schreiber 8 Affiliations expand PMID: 32135125 PMCID: [PMC7272297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC7272297/) DOI: [10.1016/j.contraception.2020.02.011](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.02.011)
14. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation DOI: [10.1542/peds.2022-058859](https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859) Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF, Downs SM, Grout RW, Bundy DG, Stark AR, Bogen DL, Holmes AV, Feldman-Winter LB, Bhutani VK, Brown SR, Maradiaga Panayotti GM, Okechukwu K, Rappo PD, Russell TL. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*. 2022 Sep 1;150(3):e2022058859. doi: 10.1542/peds.2022-058859. PMID: 35927462.
15. Lieberman L, Andrews J, Evans MD, Cohn CS. Comparison of prenatal anti-D titration testing by gel and tube methods: A review of the literature. *Transfusion*. 2021 Jun;61(6):1749-1756. doi: 10.1111/trf.16388. Epub 2021 Apr 2. PMID: 33797101. <https://doi.org/10.1111/trf.16388>
16. Bastian IN, Rose WN. Educational Case: Alloimmunization of pregnancy. *AcadPathol*. 2022 Aug 16;9(1):100040. doi: 10.1016/j.acpath.2022.100040. PMID: 36035765; PMCID: PMC9403359.
17. Boureka E, Tsakiridis I, Giouleka S, Liberis A, Michos G, Kalogiannidis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Prevention of Maternal Rh D Alloimmunization: A Comparative Review of Guidelines. *Obstet Gynecol Surv*. 2024 Dec;79(12):741-750. doi: 10.1097/OGX.0000000000001338. PMID: 39792603.
18. Bahr TM, Tweddell SM, Zalla JM, Dizon-Townson D, Ohls RK, Henry E, Ilstrup SJ, Kelley WE, Ling CY, Lindgren PC, O'Brien EA, Christensen RD. Neonatal and Obstetrical Outcomes of Pregnancies Complicated by Alloimmunization. *Pediatrics*. 2024 Jun 1;153(6):e2023064604. doi: 10.1542/peds.2023-064604. PMID: 38784990.

УДК:618.14-006.36-08

Муминжонова И.Ф. Абдуллаева Л.М.

ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ МИОМЫ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОДОВ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Абдуллаева Л.М.

Цель: оценка качества жизни пациенток до и после проведения радиочастотной абляции (РЧА) по поводу миомы матки у женщин репродуктивного возраста и в период пременопаузы.

Материал и методы: проведено анкетирование 15 женщин с симптомными миомами матки в возрасте от 25 до 52 лет с использованием опросника UFS-QOL. Количество узлов варьировало от 1 до 6. Миоматозные узлы локализовались: субмукозно (20%), интрамурально (53,3%) и субсерозно (26,7%). Их объём варьировал в пределах 25,04-294,09 мл. Доминирующим синдромом в 11 случаях был геморрагический, в 3 – симптом роста, а в 1 наблюдении – их сочетание. Всем женщинам была выполнена РЧА. Анкетирование проведено четырежды: до, через 3, 6 и 12 месяцев после РЧА. Результаты: по I блоку опросника UFS-QOL (8 вопросов по тяжести симптомов) отмечено статистически значимое улучшение симптоматики через 12 месяцев после РЧА в сравнении с исходным состоянием: снижение в среднем с 43,3 до 14,0 баллов ($p < 0,001$). Анализ II блока опросника (29 вопросов по качеству жизни) также показал статистически значимое улучшение качества жизни через 12 месяцев по сравнению с исходным уровнем: увеличение в среднем с 54,3 до 82,8 баллов ($p < 0,001$). Наиболее значимая динамика ($p < 0,001$) отмечена по таким подразделам блока II, как «Беспокойство», «Активность», «Энергичность/Настроение» и «Контроль» ($p < 0,001$). Средние значения по вышеуказанным подразделам увеличились с исходных значений $53,3 \pm 16,0$, $56,4 \pm 18,4$, $42,9 \pm 18,0$ и $53,7 \pm 20,1$ до $86,0 \pm 11,2\%$; $86,9 \pm 11,6$; $75,2 \pm 10,0$ и $81,3 \pm 11,2$ баллов через 12 месяцев соответственно. По 2 другим подразделам опросника «Самосознание/стыдливость» и «Сексуальная функция» динамика роста среднего балла несколько отличалась и соответствовала цифрам $67,2 \pm 32,2$ и $71,7 \pm 32,9$ (исходно) и $85,0 \pm 12,3$ и $86,7 \pm 22,4$ (через 12 месяцев) ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно). Итоговый средний балл по 6 подразделам также статистически значимо ($p < 0,001$) вырос к 12 с исходной цифры $54,3 \pm 14,7$ до $82,8 \pm 7,4$.

Заключение: опросник UFS-QOL является весьма информативным инструментом оценки как тяжести симптомов миомы матки, так и качества жизни женщин, подвергшихся радиочастотной абляции. По результатам анкетирования получены статистически значимая динамика и в отношении регресса симптомов миомы матки, и касательно улучшения всех параметров качества жизни обследованных.

УДК:618.14-006.36-08

Абдуллаева Л.М., Муминжонова И.Ф.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСНИКА UFS-QOL ДО И ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ МИОМЫ МАТКИ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдуллаева Л.М.

Кафедра акушерства и гинекологии, Ташкентская Медицинская Академия (Ташкент, Узбекистан)

Ведение: Миома матки (ММ) является доброкачественным новообразованием, возникающим из гладкомышечных клеток и клеток соединительной ткани, и является наиболее часто диагностируемой опухолью женской репродуктивной системы. Одним из вариантов лечения ММ, является радиочастотная абляция (РЧА), зарекомендовавшая себя, как достаточно эффективный альтернативный метод. Эта процедура направлена на миому матки, сохраняя при этом здоровую ткань матки. Радиочастотная абляция создает тепловые эффекты ($60-80^\circ \text{C}$) в ткани поражения, вызывая апоптоз клеток ткани путем термической коагуляции, образование сосудистого тромбоза в результате биологического термического воздействия в

кровеносных сосудах, снабжающих миому, вызывая ишемический некроз и атрофию наряду с инактивацией рецепторов эстрогена и прогестерона в миоме, предотвращая гормонозависимую пролиферацию опухоли. Наряду с имеющимися доказанными преимуществами, в настоящее время предметом пристального изучения является динамика тяжести симптомов и качества жизни больных до и после РЧА. Целью исследования явилась оценка качества жизни пациенток до и после проведения радиочастотной абляции (РЧА) по поводу миомы матки у женщин репродуктивного возраста и в период пременопаузы. Проведено анкетирование 15 женщин с симптомными миомами матки в возрасте от 25 до 52 лет с использованием опросника UFS-QOL. Опросник UFS-QOL является весьма информативным инструментом оценки как тяжести симптомов миомы матки, так и качества жизни женщин, подвергшихся радиочастотной абляции. По результатам анкетирования получены статистически значимая динамика и в отношении регресса симптомов миомы матки, и касательно улучшения всех параметров качества жизни обследованных.

Ключевые слова: миома матки, радиочастотная абляция, качество жизни, опросник UFS-QOL.

Актуальность. Миома матки (ММ) является доброкачественным новообразованием, возникающим из гладкомышечных клеток и клеток соединительной ткани, и является наиболее часто диагностируемой опухолью женской репродуктивной системы [1-5]. Характерными для ММ являются геморрагический и компрессионный синдромы, которые напрямую влияют как на общесоматический статус пациенток, так и на качество их жизни [6-8]. Исследование качества жизни (КЖ) при любой патологии и при ММ, в частности, имеет большое значение и в плане эффективности лечения, и прогноза заболевания. Для оценки КЖ у пациенток с ММ исследователи используют различные инструменты как специфического [9] и неспецифического [1] характера, так и их сочетания [4,5]. На сегодняшний день лечение ММ подразумевает выполнение гистерэктомии, миомэктомии, консервативную терапию, дистанционное разрушение миомы фокусированным ультразвуком под контролем МРТ и эмболизацию маточных артерий. Одним из вариантов лечения ММ, помимо вышеперечисленных способов, является радиочастотная абляция (РЧА), зарекомендовавшая себя, как достаточно эффективный альтернативный метод [7, 6-8]. Наряду с имеющимися доказанными преимуществами, в настоящее время предметом пристального изучения является динамика тяжести симптомов и качества жизни больных до и после РЧА.

Цель исследования. Оценка качества жизни пациенток до и после проведения РЧА при миоме матки.

Материал и методы. Исследование носит проспективный характер и основано на изучении КЖ 15 пациенток, подвергшихся РЧА за период 2024 год. Возраст пациенток варьировал от 25 до 52 лет. Критерии включения в исследование: симптомная миома матки, письменное информированное согласие на участие в исследовании, наличие заполненных анкет (до РЧА, через 3, 6 и 12 месяцев после неё). Критерии исключения: ассимптомная миома, подозрение на онкопатологию, активный воспалительный процесс малого таза, беременность, субсерозный узел на ножке. Для оценки качества жизни пациенток применялся специфичный «Опросник по симптомам миомы матки и качеству жизни, об условленном состоянии здоровья» – UFS-QOL (Uterine Fibroid Symptom and Health-Related Quality of Life questionnaire).

Опросник UFS-QOL состоит из 2 блоков и 37 вопросов. Первый блок (8 вопросов) посвящён тому, как сильно беспокоил пациентку каждый из симптомов в течение последних 3 месяцев. Представлена градация тяжести баллов от 1 («нисколько») до 5 («очень сильно»). Общий балл по первому блоку высчитывается по специальной формуле, разработанной SIR Foundation (Society of Interventional Radiology). При этом, чем выше суммарный балл, тем хуже тяжесть симптомов.

Второй блок (29 вопросов) относится к ощущениям и переживаниям в связи с влиянием симптомов миомы матки (HRQL – Health-Related Quality of Life) на повседневную жизнь больной в течение последних 3 месяцев. Здесь также представлена 5-балльная градация от 1 («никогда») до 5 баллов («всё время»). Общий балл по второму блоку высчитывается по другой специальной формуле, разработанной SIR Foundation. Расчёт по указанной формуле при этом таков, что чем выше суммарный балл, тем лучше качество жизни. Кроме того, второй блок разделён на 6 подразделов, группирующих вопросы по следующим параметрам: беспокойство, активность, энергичность/настроение, контроль, самосознание (стыдливость) и сексуальная функция.

Опрос проводился четырежды в ходе исследования: исходно (накануне РЧА) и трижды, в ходе контрольных осмотров пациенток: через 3, 6 и 12 месяцев после проведения РЧА.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Statistica 10.0. Вычислялись средние значения (M) и стандартные отклонения (SD). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Как видно из табл. 1, практически все пациентки указывали на достаточно серьёзные симптомы, которые, безусловно, отражались на качестве их жизни. Необходимо отметить, что технический и сонографический успех процедуры РЧА составил 100%. Результаты изменений тяжести симптомов и параметров качества жизни, изученные нами до и после РЧА, представлены в табл. 2 и рис. 1-8. Как видно из табл. 2 и рис. 1, исходный средний балл тяжести симптомов составил $43,3 \pm 17,3$, а через 12 месяцев после РЧА статистически значимо снизился до $14,0 \pm 13,0$ ($p < 0,001$). И другие исследователи констатируют исходную тяжесть симптомов миомы матки у обследованных женщин. Так Herve F. et al (2018) анкетировали 302 женщины старше 18 лет с симптомными миомами матки с помощью опросника UFS-QOL. 64% опрошенных исходно отметили умеренные и тяжелые симптомы (от 40 до 100 баллов по шкале тяжести симптомов). Положительная динамика в плане тяжести симптомов миомы отмечена в ряде исследований. В своём сообщении Fasciani A et al (2020) обследовали 54 женщины, которым была выполнена радиочастотная абляция миом матки. Общий балл по опроснику UFS-QOL через 1 и 12 месяцев улучшился на 38,2% и 44,9% соответственно ($p < 0,001$). В исследовании Manyonda I. Et al (2020) применили 3 инструмента оценка качества жизни – UFS-QOL, EQ-5D-3L, EQ-5D. Авторы сравнили динамику изменения тяжести симптомов в 2х группах пациенток – после процедуры и миомэктомии. Анкетирование проводилось четырежды: до, через 6, 12 и 24 месяцев после лечения. В группе больных, подвергшихся РЧА, показатели тяжести симптомов через 24 месяца снизились с исходных значений $58,5 \pm 26,0$ до $21,9 \pm 20,8$ баллов. И, хотя исследователи отмечают, что эта динамика была лучше в группе миомэктомий по сравнению с группой РЧА, тем не менее, в течение 2 лет срока отслеживания в группе РЧА было зафиксировано 8% беременностей, а в группе миомэктомий – лишь 4% [24].

Что же касается II блока вопросов, касающихся собственно качества жизни (табл. 2), то по всем 6 подразделам нами получены статистически значимые результаты улучшения качества жизни пациенток. Особенно это прослеживалось в отношении под разделов «Беспокойство», «Активность», «Энергичность/настроение» и «Контроль» ($p < 0,001$ для упомянутых подразделов). Средние значения по вышеуказанным подразделам увеличились с исходных значений $53,3 \pm 16,0$, $56,4 \pm 18,4$, $42,9 \pm 18,0$ и $53,7 \pm 20,1$ до $86,0 \pm 11,2$; $86,9 \pm 11,6$; $75,2 \pm 10,0$ и $81,3 \pm 11,2$ баллов через 12 месяцев соответственно. По 2 другим подразделам опросника «Самосознание/стыдливость» и «Сексуальная функция» динамика роста среднего балла несколько отличалась и соответствовала цифрам $67,2 \pm 32,2$ и $71,7 \pm 32,9$ (исходно) и $85,0 \pm 12,3$ и $86,7 \pm 22,4$ (через 12 месяцев) ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно). Итоговый средний балл по 6 подразделам также статистически значимо ($p < 0,001$) вырос к 12 с исходной цифры $54,3 \pm 14,7$ до $82,8 \pm 7,4$. Другие исследователи тоже отмечают аналогичную динамику улучшения параметров КЖ пациенток после различных видов лечения миомы матки: $62-81$ [21]; $41 \pm 28-79 \pm 20$ (I группа) и $53 \pm 19-78 \pm 21$ (II группа) [22]; $42,1 \pm 26,4-80,0 \pm 22,0$ [24].

Разработка и широкое использование опросника UFS-QOL при миоме матки связано с именем Spies JB, который в 2002 году с коллегами опубликовал первые результаты его применения на практике [25]. Несмотря на то, что в некоторых исследованиях по изучению качества жизни пациенток, страдающих миомой матки, применяются и другие оценочные инструменты, например, VAS, ТТО, EQ-5D, EQ-VAS [8, 13], опросник UFS-QOL считается наиболее адаптированным и специфичным. Именно им пользуется большинство учёных, занимающихся лечением миомы матки. В ходе изучения литературных источников по рассматриваемой проблеме мы обратили внимание на различную кратность и периодичность анкетирования женщин, страдающих миомой матки и получивших различные виды лечения. Так, в некоторых публикациях опросник UFS-QOL применялся дважды – до и через 3 месяца после лечения [21, 26]; до и через 6 месяцев [22]; до и через 12 месяцев [11]; трижды – до и через 1 и 12 месяцев [23]; до и через 6 и 12 месяцев [9]; четырежды – до и через 6, 12 и 24 месяцев [24]. В нашем исследовании анкетирование проводилось исходно и трижды после проведения РЧА: через 3, 6 и 12 месяцев. По нашему мнению, такая кратность и периодичность опросов вполне достаточна для получения статистически значимых результатов, так как, к примеру, двукратное (до и через 3 месяца) анкетирование не вполне достаточно для оценки динамики качества жизни.

В ходе использования вышеуказанного опросника мы столкнулись с некоторыми его, на наш взгляд, слабыми местами. В работе Coyne K.S. et al (2012) также отмечены некоторые слабые моменты опросника UFS-QOL. В исследование были включены 107 женщин после ЭМА, 61 – после миомэктомии и 106 – гистерэктомии. Вопрос возник в отношении пациенток, подвергшихся гистерэктомии. Авторы предлагают несколько модифицировать опросник с учётом отсутствия матки после этого вмешательства и, естественно, отсутствия менструаций при этом [9]. Так, в первом блоке нет вопроса в отношении метроррагий, а вопросы №№ 1-4 касаются исключительно меноррагий. Как из вестно, это два разных понятия, и первое из них не менее значимо как в отношении тяжести симптомов, так и, в конечном счёте, ухудшения качества жизни. Например, вопрос можно было бы сформулировать следующим образом: «За последние 3 месяца, насколько сильно беспокоило Вас появление кровотечений между месячными?». К сожалению, нет вопроса и в отношении акта дефекации: известно, что при большой субсерозной миоме, исходящей из задней стенки, нередко возникают неприятные ощущения и дискомфорт, связанные с прямой кишкой и актом дефекации. Напротив, акту мочеиспускания уделено особое внимание и посвящено 2 вопроса (№ 6 и 7).

По второму блоку также хотелось бы отметить несколько дискуссионных моментов. Например, несколько непонятен вопрос 18, касающийся опасений по поводу лишнего веса. Понятно, что, если женщина – нормо- или астеник – то данный вопрос для неё неактуален. Прослеживается некоторая схожесть вопросов 23 и 24, где говорится о подавленности или безнадежности (№ 23) и унынии и печали (№ 24). Следующим, на наш взгляд, весьма важным моментом является то, что сексуальной функции посвящено всего лишь 2 вопроса. Неоспорим тот факт, что сексуальная функция, безусловно, является очень важной составляющей как гармоничной жизни в целом, так и качества жизни, в частности. Например, недостаточно внимания уделено диспареунии. Хотя вопрос № 37 «За последние 3 месяца, как часто симптомы миомы матки заставляли Вас избегать близости?» может косвенно и относиться к диспареунии, однако в анкету всё же было бы целесообразно включить прямой вопрос касательно ощущений во время полового акта. Этот же вопрос всегда получает оценку в 1 балл («никогда») в случае, если женщина/ девушка не живёт половой жизнью. В нашем исследовании 4 обследованных из 15 относились к данной категории. Возможно, это и сыграло роль в относительно меньшей динамике улучшения качества жизни пациенток, хотя и в этом подразделе были получены статистически значимые различия.

Таблица 2 Динамика изменений тяжести симптомов и параметров КЖ, М (SD)

Параметр	Исходно	Через 3 мес.	Через 6 мес	Через 12 мес.	.p
Тяжесть симптомов	43,3 (17,3)	25,2 (13,9)	17,1 (11,0)	14,0 (13,0)	=0,00000
Беспокойство	53,3 (16,0)	71,0 (14,7)	82,0 (14,2)	86,0 (11,2)	=0,00000

Активность	56,4 (18,4)	75,5 (15,1)	82,6 (15,7)	86,9 (11,6)	=0,00000
Энергичность/настроение	42,9 (18,0)	62,6 (14,5)	71,9 (12,9)	75,2 (10,0)	=0,00008
Контроль	53,7 (20,1)	68,0 (18,0)	80,7 (11,9)	81,3 (11,2)	=0,00001
Самосознание (стыдливость)	67,2 (32,2)	75,0 (17,2)	82,8 (18,0)	85,0 (12,3)	=0,03526
Сексуальная функция	71,7 (32,9)	86,7 (22,4)	89,2 (21,1)	86,7 (22,4)	=0,00906
Итого, HRQL	54,3 (14,7)	71,0 (11,8)	80,1 (10,2)	82,8 (7,4)	=0,00000

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей до лечения и в три различных срока (критерий ANOVA Фридмана)

Таблица 1 Клинико-демографическая характеристика больных (n=15)

Показатель	Значение
Возраст, min-max, лет	23-47
Индекс массы тела, min-max, кг/м ²	15,52-35,16
Длительность заболевания, min-max, месяцы	1-132
Количество узлов, min-max	1-5
Преимущественная локализация узлов, % (n):	
субмукозная	53,3 (8)
Интрамуральная	20,0 (3)
субсерозная	26,7 (4)
Объём узлов, min-max, мл*	25,04-294,09
Доминирующий синдром, % (n):	
геморрагический	46,7 (7)
компрессионный	46,7 (7)
их сочетание	6,6 (1)
Сопутствующая патология, % (n):	
ожирение	40,0 (6)
анемия	33,3 (5)
гепатит (В или С)	13,3 (2)
артериальная гипертензия	6,6 (1)

Примечание: * – при наличии 2 и более узлов высчитывалась сумма их объёмов.

Заключение. Таким образом, UFS-QOL является весьма информативным инструментом оценки как тяжести симптомов миомы матки, так и качества жизни женщин, которым выполнена радиочастотная абляция миомы матки. По результатам анкетирования получена статистически значимая динамика и в отношении регресса симптомов миомы матки, и касательно улучшения всех параметров качества жизни обследованных.

Список Литературы:

1. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. – М.:ГЭОТАР-МЕД. – 2010. – 438 с.
2. Anderson K.L., Wu E., Consoles S., Dubinin V., Petraglia F. et al. (2024) Minimally invasive treatment of uterine fibroids - the role of transvaginal radiofrequency ablation. Repeated research on gynecology and obstetrics medicine 9:163.
3. Arnreiter S., Oppelt P. (2021) A systematic review of the treatment of uterine fibroids using transcervical radiofrequency ablation under ultrasound control using the Sonata system. J Minimally invasive gynecologist 28:1462-1469.
4. Cho H.H., Kim M.R., Kim J. H. (2014) Outpatient complex treatment of large submucosal fibroids using transvaginal radiofrequency myolysis. J Minimally invasive gynecologist 21: 1049-1054.

5. Fasciani A., Turtulici G., Pedulla A., Mandatory (2023) The rare popularity of my T-shirt (TOP bra): clinical studies have shown that it lasts about 36 months. . Euro and Obstetric and Gynecological Analysis, Biology 281:23-28.
6. Jiang X, Tapa A, Lu J, Bhujohori VS, Liu Y et al. (2014) Transvaginal radiofrequency myolysis under ultrasound control in symptomatic uterine fibroids. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 177: 38-43.
7. Rey V.E., Labrador R., Falcon M., Garcia-Benitez J.L. (2019) Transvaginal radiofrequency ablation of fibroids: technique, results and complications. J Laparoendoscopic surgery A 29:24-28.
8. Tub BD (2017) A new paradigm for the treatment of uterine fibroids: transcervical radiofrequency ablation of uterine fibroids under the control of intrauterine sonography using the Sonata system. Representative of the Curr Obstet Gynecol 6: 67-73
9. Yin G., Chen M., Yang S., Li J., Zhu T. et al. (2015) Treatment of uterine fibroids by radiofrequency thermal ablation: a 10-year retrospective cohort study. Reprint of Sci 22:609-614.

УДК: 618.3-06-008.6:616-06-037

Везирова Р.Ш, Багирова С.К.

АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Багирова Х.Ф., заведующая кафедрой акушерства
и гинекологии 2*

*Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и
гинекологии 2 (Баку, Азербайджан)*

Актуальность. Преэклампсия — одна из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Сегодня эта патология наряду с послеродовыми кровотечениями больше всего находится в центре внимания акушеров-гинекологов. В общей популяции беременных женщин преэклампсия встречается у 5–10%, а эклампсия — у 0,05% женщин. Преэклампсия является причиной 12% материнских смертей во всем мире, а в развивающихся странах этот показатель достигает 30%.

Преэклампсия является одной из причин материнской и перинатальной смертности, осложняя течение беременности на 2–8%. Ежегодно около 63 000 беременных женщин во всем мире умирают от преэклампсии и эклампсии, что, по данным ВОЗ, составляет 16% случаев в структуре материнской смертности (UNDH/UNFPA/WHO/Wold Bank Special Programme, 2006). Тяжелая преэклампсия, наряду с кровотечением и тромбозом, занимает первые 3 места среди осложнений, приводящих к смерти беременных женщин. Возможными осложнениями тяжелой преэклампсии являются нарушение вентиляции легких, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, HELLP-синдром, почечная недостаточность, отек легких, цереброваскулярные и сердечно-сосудистые осложнения, значительно повышая риск материнской смертности.

Цель исследования: провести анализ акушерских и перинатальных исходов при беременности, осложненной преэклампсией.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ истории родов 46 беременных женщин, поступивших в 2023-2024 годах в акушерско-гинекологическое отделение II Учебно-хирургической клиники АМУ с диагнозом «преэклампсия». Были проанализированы результаты клинико-лабораторных исследований, ультразвукового исследования с доплерометрией беременных, кардиотокографии плодов.

Результаты исследования. Возраст женщин, включенных в исследование, составил 19–48 лет (средний возраст $28,6 \pm 0,4$). У 25 женщин (54,3%) развилась преэклампсия средней степени тяжести, а у 21 (45,7%) — тяжелая преэклампсия. 29 женщин (63%) были первородящими, 17 (37%) – повторнородящими. На учете в женской консультации состояли 34 (74%) беременные женщины. У 32 (70%) пациенток с преэклампсией наблюдались сопутствующие экстрагенитальные заболевания — анемия (34,8%), гипотиреоз (17,5%), сахарный диабет (19,4%). Преждевременных родов было 26 (57%), своевременных 20 (43%). Преждевременные роды произошли в сроки 34-37 недель.

У 44 женщин (96%) беременность завершилась операцией кесарева сечения и только у 2 беременных (4%) роды произошли естественным путем, Всего родилось 50 детей. Из них 4 - от 2-х беременностей двойней, у 1-ой женщины родилась тройня. У одной беременной при сроке беременности 35-36 недель была диагностирована антенатальная смерть плода. Причиной смерти была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты на фоне тяжелой преэклампсии. Средняя масса детей при преждевременных родах 2180 ± 45 гр, при доношенной беременности 3276 ± 24 гр. Оценка новорожденных по шкале Апгар соответственно составила от 5-7 баллов на первой минуте и 6-8 баллов на пятой минуте после рождения. Все новорожденные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение: Таким образом, проведенное исследование показало, что преэклампсия чаще встречается у первородящих женщин (63%), чем у повторнородящих (37%). Учитывая тяжесть состояния женщины и перинатальную защиту плода, беременность в основном завершалась операцией кесарева сечения (96%). Женщины, подверженные риску развития преэклампсии во время беременности, с самого ее начала должны находиться под тщательным наблюдением в женской консультации.

УДК: 618.146-006.6-07-03

Тагиева В.З.

РОЛЬ 16 И 18 – ГО ТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В РАЗВИТИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кадимова Ш.Г.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии 2 (Баку, Азербайджан)

Актуальность темы. Папилломавирусная инфекция (ПВИ) является самой распространенной инфекцией среди сексуально активных молодых женщин. В настоящее время научно доказано, что вирус папилломы человека (ВПЧ) является основной причиной предрака и рака шейки матки. В развитии рака шейки матки ВПЧ 16 и 18 типов преобладают над другими типами. Выявление неоплазии является сложным процессом, так как она часто может находиться на визуально неизменной шейки матки или сочетаться с

фоновыми процессами т.е. нет четкой связи с макроскопическими изменениями шейки матки.

Цель исследования . Изучить распространенность и роль вируса папилломы человека 16 и 18 – го типов в развитии интраэпителиальной цервикальной неоплазии у больных с высоким риском развития данной патологии.

Материал и метод исследования. В проспективное исследование были включены 21 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет . В комплексное обследование включены сбор клиническо – анамнестических данных , определение гинекологического статуса , расширенная кольпоскопия , Пап-тест, ПЦР для генотипирования вирусов , биопсия патологического участка шейки матки с последующим гистологическим исследованием.

Результаты исследования. Были обследованы 19 пациенток , в возрасте от 18 до 40 с высокими причинами развития предрака и рака шейки матки. Обследованные молодые женщины имели раннюю половую жизнь. Они также имели беспорядочную смену сексуальных партнеров , инфекции передающиеся половым путем , длительную зависимость от курения . Больные были разделены на 2 группы : 1 – а группа больные с вирусом 16 тип и 2 – а группа с ВПЧ 18 типа. ВПЧ 16 тип были обнаружены у случаях 11 (57,8%) , 18 тип у 8 больных (42,2 %). В нашем исследовании анализ распространенности ВПЧ 16 и 18 – го типов показало , что данные типы в основном встречаются у больных с высоким риском развития предрака и рак шейки матки. Ранняя половая жизнь у выявили у 9 (47,4%) больных , женщины с беспорядочной сексуальной жизнью у 3 (15,8%) , инфекцией передающиеся половым путем у 4 (21%) , 3 (15,8%) женщины имели длительную зависимость от курения . В группе больных с вирусом 16 – го типа у 5 (45,5%) выявили CIN I , а CIN II у 3 (27,3%) больных . А в группе больных с вирусом 18 – го типа у 4 (50%) выявили CIN I , а CIN II у 2 (25%) больных . В обеих группах CIN III не найдено.

Выводы: Таким образом исследование показало, что поражение шейки матки вирусом папилломы человека 16 и 18 типов встречается у молодых сексуально активных женщин с высокими факторами риска .Также патологическое состояние шейки матки могут быть ассоциирован не только вирусами 16 и 18 – го типов , но и другими высокоонкогенными вирусами , которое требует дальнейшее исследование.

УДК 616-089.888.61

Тілектес А.А.

РОЛЬ ПЕРИТОНИЗАЦИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ: ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Научный руководитель: к.м.н., доктор PhD, профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 Искалиева С.С.

НАО «Медицинский Университет Астана» (Астана, Казахстан)

Актуальность: Кесарево сечение сегодня входит в число рутинных операций: каждые 40 секунд по всему миру рождается ребёнок «через скальпель», но вопрос о перитонизации до сих пор не нашла единого подхода [1,2]. В Бразилии, где 55% родов - кесарево сечение, отказ от перитонизации базируется на доказательствах о самостоятельной регенерации мезотелия

[1]. В Египте же 70% хирургов продолжают ушивать брюшину, опираясь на «опыт поколений» [3].

Брюшина, чьи мезотелиальные клетки обновляются каждые 28 дней, не нуждается в швах - но лишь при условии адекватного гемостаза. Ее мезотелиальные клетки секретируют фибринолитики, растворяющие сгустки и предотвращающие спайки. Но когда хирург накладывает шов, нить повреждает капилляры → развивается гипоксия → выработка фибринолитиков падает [4]. Вместо защиты запускается фиброз. Исследование выявило: при ушивании висцеральной брюшины уровень TGF-β1 (маркер фиброза) повышается в 1.7 раза [4]. Данные современности говорят в пользу естественной регенерации: брюшина восстанавливается за 72 часа, опережая рассасывание большинства шовных материалов [4]. В условиях дефицита коагуляционного оборудования перитонизация часто рассматривается как дополнительная страховка от кровотечений. Однако мета-анализ подтвердил: даже при ограниченных ресурсах отказ от ушивания остается безопасным [5]. Например, в Нигерии внедрение протоколов без перитонизации снизило послеоперационную летальность на 0,3 % ($p = 0,04$), а экономия семи минут операции уменьшила уровень материнского кортизола на 15 % ($p = 0,03$), что способствовало улучшению лактации [5,6].

Цель исследования: Определить оптимальную тактику ведения брюшины при кесаревом сечении на основе анализа доказательных данных, включая показания к ушиванию и неушиванию париетальной и висцеральной брюшины, сравнение эффективности различных техник ушивания, оценку влияния выбранной тактики на послеоперационные осложнения.

Поиск литературы:

Всесторонний поиск проводился независимо, без ограничений по языку. Соответствующие тезисы докладов и списки литературы были просмотрены вручную. Были проведены систематический обзор и метаанализы. Было выявлено 28 подходящих статей. Исследования проведены по статьям опубликованных в электронных базах данных CAS, PubMed, PubMed Central, Google Scholar, Web of Science, Cochrane Central Register и списках литературы всех выявленных статей. Критериями отбора были все опубликованные, неопубликованные и текущие рандомизированные контролируемые исследования.

Результаты:

Анализ современных клинических руководств (ВОЗ, 2021; NICE, 2023), систематических обзоров и рандомизированных контролируемых исследований подтвердил, что рутинное ушивание брюшины при кесаревом сечении не улучшает исходы по сравнению с её оставлением незашитой.

Продолжительность операции и восстановление

Отказ от ушивания париетальной и висцеральной брюшины демонстрирует статистически значимое сокращение времени операции на 9,2 минуты ($p < 0,001$) и снижение кровопотери на 50–70 мл [6,7]. Эти факторы не только оптимизируют использование ресурсов, но и сокращают продолжительность госпитализации в среднем на 0,5 дня [7]. В странах с ограниченным доступом к медицинским технологиям, таких как Нигерия, внедрение протоколов без перитонизации привело к снижению послеоперационной летальности на 0,3% ($p = 0,04$) [5]. Данные подчеркивают, что экономия времени и снижение интраоперационной травматизации напрямую влияют на материнские исходы, особенно в условиях высокой нагрузки на систему здравоохранения [5,7].

Показания к перитонизации

- Современные рекомендации ВОЗ (2021) исключают рутинное ушивание брюшины при неосложненном кесаревом сечении (уровень доказательности А). Однако в ряде клинических ситуаций перитонизация остается необходимой:

- Тяжелый хориоамнионит, при котором ушивание снижает риск интраабдоминального распространения инфекции на 40% ($p = 0,01$).
- Грубые анатомические дефекты, включая повреждение мочевого пузыря или эндометриоз, требующие восстановления целостности тканей.
- Использование антиадгезивных барьеров (например, гиалуроновая кислота), уменьшающих спайкообразование на 32%.
- Неадекватный гемостаз в зоне лапаротомного разреза, повышающий риск послеоперационного кровотечения ($p = 0,02$).
- Наличие спаек или рубцов после предыдущих вмешательств, где ушивание снижает риск ретроперитонеальных адгезий на 25% ($p = 0,02$).
- Эндометриоз с вовлечением брюшины, при котором перитонизация уменьшает интенсивность болевого синдрома на 30% ($p = 0,03$).

Хирургические техники

При необходимости ушивания выбор метода зависит от анатомических особенностей и клинического контекста:

Париетальная брюшина: предпочтительно непрерывное серозно-фасциальное ушивание рассасывающимся материалом (например, полиглактин 910, Vicryl 3-0) с захватом подлежащей апоневротической фасции; такая техника обеспечивает надёжную герметизацию влагалищного пространства и снижает риск деформации мягких тканей без повышения частоты послеоперационных грыж [3,7,10].

Параметр	Париетальная брюшина	Висцеральная брюшина
Рекомендуемый тип шва	Непрерывный шов рассасывающейся нитью (Vicryl 3-0) с захватом подлежащей фасции.	Прерывистый П-образный шов рассасывающейся нитью (Vicryl 3-0 или Monocryl).
Преимущества	1. Герметичность слоев. 2. Снижение деформации тканей. 3. Ускорение операции.	1. Снижение натяжения тканей на 30% ($p < 0.05$). 2. Минимизация ишемии краев раны.
Осложнения	Риск гипертрофии рубца при избыточном натяжении (1.5% случаев).	Риск формирования лигатурных свищей (0.8% случаев).
Доказательная база	Снижение послеоперационных грыж на 40% . Рекомендации ВОЗ (2023) для ресурсозависимых регионов.	Уменьшение спаек на 25% ($p = 0.03$). Мета-анализ: прерывистый шов снижает боль (ВАШ 3.1 vs 4.9) .
Клинические рекомендации	Непрерывный шов — золотой стандарт при отсутствии воспаления (FIGO, 2023).	Прерывистый шов рекомендован при риске повреждения органов (ACOG).

Висцеральная брюшина: преимущественно фиксируется прерывистым «П»-образным швом рассасывающейся нитью (Vicryl 2-0 или Monocryl), который в экспериментальных и клинических работах показал снижение локального натяжения тканей на $\approx 30\%$ ($p < 0,05$), уменьшая риск ишемии серозного покрова и формирования спаек [1, 7, 10].

Несмотря на вариативность подходов, метаанализы не выявили превосходства конкретной техники, что подчеркивает важность индивидуального подхода.

Таблица 1. Сравнение техник ушивания

Послеоперационные осложнения

Сравнение тактик ушивания и отказа от него выявило ключевые различия в структуре осложнений (Таблица 3):

- Спаечный процесс чаще возникает при ушивании (35% против 32%), что связано с провокацией фиброза через повышение уровня TGF-β1 в 1,7 раза [10].
- Инфекции не демонстрируют статистически значимых различий (8,5% против 7,9%; RR 1,02; 95% ДИ: 0,8–1,3) [11].
- Болевой синдром реже наблюдается при отказе от перитонизации: потребность в анальгетиках снижается на 25% (p = 0,003), а частота хронической тазовой боли — на 3% (p = 0,03) [2].

Таблица 2. Осложнения в зависимости от тактики ведения брюшины

Осложнение	При ушивании	При незашивании	Статистика
Спайки	35%	32%	OR 0,82 (95% ДИ: 0,7–0,96)
Инфекции	8,5%	7,9%	RR 1,02 (95% ДИ: 0,8–1,3)
Хроническая боль	18%	15%	↓ на 3% (p = 0,03)

Выводы:

Современные данные свидетельствуют, что отказ от перитонизации при неосложнённом кесаревом сечении является клинически обоснованным решением: он способствует снижению операционного времени, кровопотери и частоты послеоперационных осложнений. Однако при наличии воспаления, анатомических дефектов или эндометриоза перитонизация сохраняет своё значение как защитная мера. Таким образом, тактика ведения брюшины должна быть индивидуализирована, основана на интраоперационной оценке и клинической целесообразности. Сегодня мы знаем: иногда лучший шов — это его отсутствие.

Список литературы

1. Tulandi, T., Al-Sannan, B., Akbar, G., & Ziegler, C. (2011). Prospective study of intraabdominal adhesions after nonclosure of the peritoneum during cesarean section. *Fertility and Sterility*, 95(7), 2253-2257. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.03.078
2. Lyell, D. J., Caughey, A. B., Hu, E., & Blumenfeld, Y. (2005). Peritoneal closure at primary cesarean delivery and adhesions. *Obstetrics & Gynecology*, 106(2), 275-280. DOI: 10.1097/01.AOG.0000171115.68606.72
3. Malvasi, A., Tinelli, A., Guido, M., Zizza, A., & Stark, M. (2015). Nonclosure of the peritoneum during cesarean section: A randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(2), 148-151. DOI: 10.3109/14767058.2014.944159
4. Zareian, Z., & Abedzadeh-Kalahroudi, M. (2018). Adhesion formation after cesarean section: A randomized controlled trial comparing peritoneal closure with non-closure. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(5), 1205-1211. DOI: 10.1007/s00404-018-4703-y
5. Cheong, Y. C., Premkumar, G., Metwally, M., Peacock, J. L., & Li, T. C. (2009). To close or not to close? A systematic review and meta-analysis of peritoneal non-closure at cesarean section. *Human Reproduction*, 24(12), 2947-2954. DOI: 10.1093/humrep/dep318
6. World Health Organization (WHO). (2021). WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028260>
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). Caesarean section: Clinical guideline [CG190]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

8. Kapustian, V., Anteby, E. Y., Gdalevich, M., Shenhav, S., Lavie, O., & Gemer, O. (2012). Effect of peritoneal closure at cesarean section on adhesions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 206(1), 56.e1-56.e4. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.06.085
9. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2014). Non-closure of the peritoneum during caesarean section. DOI: 10.1002/14651858.CD004163.pub2
10. Di Spiezio Sardo, A., Calagna, G., Scognamiglio, M., O'Donovan, P., Campo, R., & De Wilde, R. L. (2016). Prevention of intraperitoneal adhesions in gynaecological surgery: A systematic review. *Gynecological Surgery*, 13(4), 439-458. DOI: 10.1007/s10397-016-0956-2
11. Bamigboye, A. A., & Hofmeyr, G. J. (2021). Peritoneal non-closure at caesarean section: Long-term outcomes. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128(7), 1152-1159. DOI: 10.1111/1471-0528.16625

UDC: 618.15–022.7–085–092

Muslumova S.A., Taghiyeva V.Z.

TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN WOMEN

department of Obstetrics and Gynecology of the II Azerbaijan Medical University, Azerbaijan, Baku

Introduction

Bacterial vaginosis is a dysbiosis of the vaginal microbiota [2, 4, 8], in which the non-pathogenic microbiota of the lower female reproductive tract is replaced by pathogenic microbiota. Bacterial vaginosis is the most common disease in women of reproductive age. In different populations, from 20% to 50% of women suffer from bacterial vaginosis [1, 7].

Risk factors for the development of this disease are: hormonal disorders (disorders of the ovarian-menstrual cycle, perimenopausal transition period, post-abortion period), atrophic disorders of the vaginal mucosa, disorders of the receptor function of the vaginal epithelium, previous infectious diseases of the vagina of specific and non-specific etiology, trauma to the genitals, including after childbirth, taking certain groups of drugs (glucocorticosteroids, cytostatics), etc. [5]. Also, a risk factor is the use of combined oral contraceptives and a decrease in estradiol levels [8].

The diagnosis of bacterial vaginosis is based mainly on the criteria of R. Amsel, which include homogeneous gray-white discharge, vaginal discharge pH > 4.5, a positive whiff test, and the presence of clue cells during microscopy of vaginal discharge. In the presence of 3 of the 4 criteria, bacterial vaginosis is diagnosed. The classic symptom of bacterial vaginosis is an increase in the amount of grayish vaginal discharge with a characteristic odor described as "fishy." Its occurrence is associated with the production of amines. Women experience pronounced symptoms of irritation in the perineum (burning, itching, pain) and dysuric disorders. These symptoms occur in 70-90% of women with bacterial vaginosis [1, 6].

Despite the availability of a number of oral and intravaginal antibacterial agents for the treatment of bacterial vaginosis, treatment of this condition remains challenging. Recurrent bacterial vaginosis occurs in more than 50% of patients receiving recommended treatment [9]. In approximately 10–15% of women, conventional treatment regimens fail to achieve initial efficacy [3].

The aim of the research was to compare the effectiveness of different treatment regimens for bacterial vaginosis.

Material and methods

The research was conducted at the clinical base of the Department of Obstetrics and Gynecology of the II Azerbaijan Medical University.

The study involved 67 patients with bacterial vaginosis detected by vaginal microscopy. All patients met the inclusion criteria: age 18-45 years, complaints of vaginal discharge, no antibiotic use in the last 4 weeks. The exclusion criteria were: pregnancy and lactation; use of systemic antibacterial drugs

for 4 weeks before the study; use of intravaginal antibacterial drugs in the last 72 hours; use of combined oral contraceptives, spermicides, intrauterine devices, vaginal rings for contraception; presence of sexually transmitted infections; acute or chronic pelvic inflammatory diseases in the acute stage; severe somatic diseases in the decompensation phase; malignant diseases of any localization.

All patients underwent a clinical examination: gynecological examination with an assessment of the nature of vaginal discharge, pH-metry of vaginal contents, whiff test. Laboratory examination included a microscopic examination of the discharge from the cervix and vagina, a study of cervical discharge for opportunistic flora.

For clinical diagnosis of bacterial vaginosis, R. Amsel criteria were used. The diagnosis of bacterial vaginosis was established in the presence of at least 3 of 4 criteria: specific vaginal discharge with an unpleasant odor; pH of vaginal discharge > 4.5 ; positive whiff test; detection of clue cells during microscopic examination.

All patients were divided into two groups depending on the type of therapy. The first group included 32 patients who received therapy with "Elzhina", 1 tablet in the vagina once a day for 9 days, then vaginal capsules "Lactogynal", 1 capsule 2 times a day for 7 days. The drug "Elzhina" contains ornidazole 500 mg, neomycin sulfate 65,000 units, prednisolone 3 mg, econazole 100 mg. The second group consisted of 35 patients who received intravaginal therapy with metronidazole in gel form (0.75%) 5 ml once a day for 5 days, then vaginal capsules "Lactogynal", 1 capsule 2 times a day for 7 days. The criteria for treatment effectiveness were the absence of subjective complaints, clinical manifestations of bacterial vaginosis, as well as laboratory-confirmed normocenosis.

The obtained digital materials were processed statistically using the Statistica 7.0 software package.

Research Results

The average age of the patients included in the study was 29.8 ± 3.2 years; no statistically significant age difference was found between the groups ($p=0.27$). All patients complained of abnormal vaginal discharge accompanied by an unpleasant "fishy" odor during the initial examination. The main reason for seeking medical attention was frequent recurrence of disease symptoms. The most frequent provoking factors were the premenstrual period, change of sexual partner, and orogenital contacts. During clinical examination, vaginal discharge in all patients had a grayish or grayish-white tint, and a specific odor was moderate. In all patients, the result of cytological examination of a smear from the cervical canal was normal before treatment, and no growth of pathogenic microflora was found during bacteriological examination of the discharge from the posterior vaginal fornix. No pathogens for *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, and *Neisseria gonorrhoeae* were found during examination.

When evaluating the obtained data according to R. Amsel criteria, bacterial vaginosis was confirmed in 32 (100.0%) patients of the first group and in 35 (100.0%) patients of the second group. There were no significant differences in the presence of complaints of pathological discharge from the genital tract, the results of bacterioscopic examination, a positive whiff test and pH levels in the groups ($p > 0.05$). A control examination was conducted on the 7th day of treatment and 15 days after the end of treatment.

In the first group, all patients complained of profuse discharge from the genital tract with an unpleasant odor; 29 (90.6%) patients were bothered by genital itching of varying severity, 2 (6.2%) patients noted dyspareunia. The pH measurement of vaginal discharge before the start of therapy was increased in all women; the pH was 5.8 ± 0.1 . The whiff test was positive in 30 (93.7%) patients. The average number of leukocytes in the posterior vaginal fornix during microscopy of vaginal smears was 7.231 ± 5.4 in the field of view, the number of superficial epithelial cells was 5.670 ± 3.9 , clue cells were found in all smears.

Bacteriological examination before the start of sanitation revealed the following main pathogens of bacterial vaginosis: *Atopobium vaginae* in 6 (18.7%) patients, *Gardnerella vaginalis* in 27 patients (84.3%). After assessing the state of the vaginal biocenosis, relative normocenosis was determined in 8 (25.0%) patients, moderate anaerobic dysbiosis in 11 (34.3%), severe anaerobic dysbiosis in 11 (34.3%), moderate mixed dysbiosis in 2 (6.2%) women. In 13 (40.6%) observations, the number of

lactobacilli did not exceed 10%, in 11 (34.3%) the number of lactobacilli was 11-50%, the least common was the number of lactobacilli over 50% - in 8 (25.0%) observations.

For the purpose of intermediate control of the effectiveness of the therapy, on the 7th day of treatment, an examination of patients receiving the drug "Elzhina" was conducted. The assessment was carried out using the criteria of R. Amsel. In this group, foamy discharge from the genital tract persisted in 7 (21.8%) patients, the pH value > 4.5 was determined in 10 (31.2%) examined, the whiff test also remained positive in 10 (31.2%), clue cells were detected in 6 (18.7%) samples during bacterioscopic examination.

Fifteen days after the end of treatment, complete regression of disease symptoms was noted in 30 (93.7%) patients ($p < 0.001$), and 2 (6.3%) women continued to have pathological discharge from the genital tract with an unpleasant odor, and genital itching was noted. When comparing, statistically significant differences were determined in the complaints presented by patients before and after treatment ($p < 0.001$).

When comparing the bacterioscopy data before and after treatment, the average number of leukocytes in vaginal discharge was 6.365 ± 2.1 in the field of view, key cells were detected in 2 (6.3%) cases during microscopy of vaginal smears. Significant differences in bacterioscopic examination of the contents of the posterior vaginal fornix in this group of patients after treatment were in the presence of clue cells ($p < 0.001$).

The test for determination of volatile amines after treatment remained positive in 6 (18.7%) samples. In 28 (87.5%) cases, the pH in the contents of the posterior vaginal fornix was equal to 4.0. Reliable differences in the whiff test and pH measurement before and after treatment were confirmed by the indicator $p < 0.001$.

According to the research results, normocenosis prevailed in patients of this group, which was noted in 30 (93.7%) patients ($p < 0.001$). Expressed mixed dysbiosis was determined in 2 cases (6.3%). Moderate anaerobic dysbiosis, expressed anaerobic dysbiosis and moderate mixed dysbiosis were not determined after the end of treatment. According to the results of bacteriological examination, the number of lactobacilli in 30 (93.7%) samples reached normal values (51–100%), a marked decrease in the number of lactobacilli was observed in 2 (6.3%) patients. According to the results of the examination of the discharge from the posterior vaginal fornix, *Gardnerella vaginalis* was not found in any observation, *Atopobium vaginae* was detected in 2 (6.3%) patients after treatment ($p < 0.001$).

Thus, the effectiveness of the complex drug "Elzhina" according to the criteria of R. Amsel was 93.7%.

In the second group, all patients complained of abnormal discharge from the genital tract with an unpleasant odor, 31 (88.5%) patients were bothered by itching of the genitals of varying severity, 3 (8.5%) patients noted dyspareunia, dysuria was noted by 2 (5.7%) patients. All examined patients had an increase in the pH of vaginal discharge to 6.0 ± 0.2 . The whiff test was positive in 33 (94.3%) women. During a bacterioscopic examination of a vaginal smear, the average number of leukocytes was 5.741 ± 4.6 in the field of view, the number of surface epithelial cells was 5.426 ± 2.3 , clue cells were found in all smears.

Bacteriological examination before the sanitation revealed the following pathogens: *Atopobium vaginae* in 7 (20.0%) patients, *Gardnerella vaginalis* in 33 (94.2%). After assessing the state of the vaginal biocenosis, relative normocenosis was determined in 9 (25.7%) patients, moderate anaerobic dysbiosis in 12 (34.2%), and severe anaerobic dysbiosis in 14 (40.0%). There were no cases of moderate mixed dysbiosis or severe mixed dysbiosis in this group of patients. In 14 (40.0%) observations, the number of lactobacilli was 0-10%, in 12 (34.2%) observations, the number of lactobacilli was 11-50%, in 9 (25.7%) observations, the number of lactobacilli exceeded 50%.

For the purpose of intermediate control of the effectiveness of the therapy, on the 7th day of treatment, an examination of patients receiving metronidazole was conducted. The assessment was carried out using the criteria of R. Amsel. In this group, foamy discharge from the genital tract persisted in 10 (28.5%) patients, the pH value > 4.5 was determined in 18 (51.4%) examined patients, the whiff test remained positive in 12 (34.2%), clue cells were detected in 11 (31.4%) samples during bacterioscopic examination.

Fifteen days after the treatment, the women were examined to monitor the effectiveness of the therapy. In this group, the symptoms of the disease completely disappeared in 16 (45.7%) women. Itching and burning in the area of the external genitalia were noted by 7 (20.0%) women ($p > 0.05$), pathological discharge was reported by 16 (45.7%) ($p < 0.001$), 7 (20.0%) patients paid attention to the unpleasant odor of discharge from the genital tract ($p < 0.001$). When comparing complaints of itching and burning of the genitals, there were no reliable differences before and after treatment ($p > 0.05$).

When comparing the bacterioscopy data before and after treatment, the average number of leukocytes in vaginal discharge was 6.450 ± 3.8 in the field of view. After treatment, clue cells were detected in 8 (22.8%) patients during microscopy of vaginal smears. Significant differences during bacterioscopic examination of the contents of the posterior vaginal fornix after the therapy were in the presence of clue cells ($p < 0.001$). Also, fungal mycelium was detected during microscopy of vaginal smears in 9 (25.7%) patients.

The whiff test after treatment in this group remained positive in 13 (37.1%) samples. In half of the samples after the therapy, pH= 4.0 was recorded. Reliable differences were revealed when conducting the whiff test and measuring pH before and after treatment ($p < 0.001$).

According to the results of the analysis, normocenosis prevailed in 24 (68.5%) cases. Among dysbioses, pronounced anaerobic dysbiosis was most often detected - in 7 (20.0%) examined patients, moderate anaerobic dysbiosis was the least common - in 1 (2.8%) patient, pronounced mixed dysbiosis was recorded in 3 (8.5%) women. Reliable differences in this group before and after treatment were determined in the indicators of normocenosis, moderate anaerobic dysbiosis and pronounced anaerobic dysbiosis ($p < 0.05$). No statistically significant difference was observed when pronounced mixed dysbiosis was detected ($p > 0.05$). After treatment, the number of lactobacilli according to the analysis results in 25 (71.4%) cases was normal (51–100%), a significant decrease in the number of lactobacilli was observed in 10 (28.5%) samples.

According to the results of bacteriological examination of the discharge from the posterior vaginal fornix, *Atopobium vaginae* was detected in 6 (17.1%), *Gardnerella vaginalis* in 12 (34.2%), and *Candida albicans* in 7 (20.0%) patients after treatment ($p < 0.001$).

Thus, the effectiveness of metronidazole for vaginal use according to the criteria of R. Amsel was 45.7%. In 7 (20.0%) cases, the use of metronidazole provoked vulvovaginal candidiasis.

Comparative characteristics of the treatment results of patients in the study groups showed the following. On the 7th day of treatment, the effectiveness of therapy according to R. Amsel criteria did not differ significantly in the studied parameters in patients of the first and second observation groups. Foamy discharge ($p = 0.780$), a positive whiff test ($p = 0.590$), a pH value of > 4.5 ($p = 0.070$) and clue cells ($p = 0.250$) were determined in patients of both the first and second groups.

When examining patients of the study groups after treatment, a reliable difference was obtained in patients of the first group in the value of pH > 4.5 ($p = 0.008$). After treatment, reliable differences were observed in patients of the first group in the detection of normocenosis, in the indicators of moderate anaerobic dysbiosis and severe anaerobic dysbiosis ($p = 0.040$) in relation to the second group. The number of lactobacilli according to the study of the microflora of the urogenital tract in women after treatment showed that in the second group, compared with the first group, lactobacilli were significantly more often determined in an amount of 0-10% ($p = 0.010$). Similarly, in the first group, compared with the second group, lactobacilli were significantly more often determined in a ratio of 51-100% ($p = 0.010$). After treatment in the second group, in relation to the first group, reliable differences were determined in the detection of *Gardnerella vaginalis* ($p = 0.040$) and *Candida albicans* ($p = 0.010$). Treatment in the second group was complicated by the development of vulvovaginal candidiasis ($p = 0.005$).

As a result of the pharmacotherapy, the patients showed an improvement in their condition on the 15th day after treatment for all target indicators. The highest clinical efficacy was observed in patients of the first group who received combination therapy with the drug "Elzhina" ($p < 0.05$).

To conduct the analysis, an integral indicator of the effectiveness of pharmacotherapy was calculated, which included the results of the treatment of patients with bacterial vaginosis. The analysis was performed on the proportion of patients who achieved clinical improvement and the proportion of

patients who did not have relapses. The analysis showed that in patients of the first group, the value of the integral indicator of the effectiveness of pharmacotherapy was 80.0 units, which is 1.4 times higher than the same indicator in patients of the second group, equal to 57.5 units.

Conclusion

Thus, the use of the combined drug "Elzhina", which has antibacterial, antiprotozoal, antifungal and anti-inflammatory effects, as part of the complex therapy of patients with bacterial vaginosis made it possible to achieve a clinical treatment efficacy of 93.7% and did not lead to the development of such a complication as vulvovaginal candidiasis.

REFERENCES

1. Abou Chacra L., Fenollar F., Diop K. Bacterial Vaginosis: What Do We Currently Know? // *Front Cell Infect Microbiol.* 2022. Vol. 11. P. 672429.
2. Chen X., Lu Yu., Chen T., Li R. The Female Vaginal Microbiome in Health and Bacterial Vaginosis // *Front Cell Infect Microbiol.* 2021. Vol. 11. P. 631972
3. Faught B.M., Reyes S. Characterization and treatment of recurrent bacterial vaginosis // *J. Women's Health (Larchmt).* 2019;28(9):1218–1226.
4. Han Y, Liu Z, Chen T. Role of Vaginal Microbiota Dysbiosis in Gynecological Diseases and the Potential Interventions. *Front. Microbiol.* 2021. 12:643422.
5. Javed A, Parvaiz F, Manzoor S. Bacterial vaginosis: An insight into the prevalence, alternative treatments regimen and it's associated resistance patterns. *Microb. Pathog.* 2019. 127:21–30.
6. Muzny C.A., Kardas P. A narrative review of current challenges in the diagnosis and management of bacterial vaginosis // *Sex Transm. Dis.* 2020;47(7):441–446.
7. Peebles K., Velloza J., Balkus J.E., McClelland R.S., Barnabas R.V. High Global Burden and Costs of Bacterial Vaginosis: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Sex Transm Dis.* 2019. Vol. 46, N. 5. P. 304–311.
8. Song S.D., Acharya K.D., Zhu J.E. et al. Daily vaginal microbiota fluctuations associated with natural hormonal cycle, contraceptives, diet, and exercise // *mSphere.* 2020;5(4):e00593-20.
9. Vodstrel LA, Muzny CA, Plummer EL, et al. Bacterial vaginosis: drivers of recurrence and challenges and opportunities in partner treatment. *BMC Med.* 2021. 19:194

UDC 618.5-086.888.61:618.6

Muslumova S., Vezirova R., Alishova N., Parvana J.

QUALITY OF LIFE AFTER CESAREAN SECTION IN WOMEN.

Azerbaijan Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology II

Relevance: The medical-demographic situation in Azerbaijan in recent years remains relevant. A cesarean section (CS) allows you to preserve the health of both the mother and the newborn. Surgical delivery is not physiological for the female body, leaving deep marks on the mother's health and reducing the quality of life.

Objective: To study the quality of life of women who gave birth after a cesarean section.

Materials and methods: 50 women who gave birth after cesarean section were examined at the Teaching Surgery Clinic of AMU.

Results: Most examined women (55%) were women over 30. The obstetric and gynecological anamnestic indicators of these women confirm that 88% of them had extragenital pathologies, 65% had gynecological diseases, and 28% had induced abortions. During pregnancy, anemia was

observed in 47% of cases, and complications with the threat of premature birth in 35% of cases. The indication for cesarean section was mainly poor-quality

Conclusion: The quality-of-life indicators of women who gave birth 3 months after cesarean section were evaluated. Physical activity was mainly assessed based on the following parameters: fatigue, decreased physical strength, and fatigue. The results of the observations show that the physical activity of women who gave birth after a cesarean section is reduced. The mental state of women who gave birth was assessed based on the following parameters: fatigue, depression, and memory impairment.

Keywords: Cesarean section, parameter, physical activity, scar tissue after previous CC in the uterus.

УДК: 618.3-089.888.61-06:616-036.8

Ергалиева Б.К., Джетписбаева А.И., Еркинбек У.М.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

*резиденты 1 года обучения кафедры акушерства и гинекологии №2
Научные руководители: д.м.н., профессор кафедры Малгаждарова Б.С., к.м.н., доцент
кафедры Тулемисова А.А., к.м.н. (Ph.D.), заведующий кафедрой Искаков С.С.
НАО «Медицинский Университет Астана», (Астана, Казахстан)*

Аннотация. В статье представлен ретроспективный анализ антенатальной гибели плода (АГП) на 3 уровне оказания перинатальной помощи в многопрофильной областной больнице №2 города Астаны за 2022–2024 годы. Изучены 48 клинических случаев, включающих данные о возрасте пациенток, акушерском анамнезе, количестве беременностей, инфекционных и гинекологических заболеваниях, анемии и социально-бытовых условиях. Основной причиной гибели плода в 100% случаев явилась внутриутробная асфиксия на фоне хронической гипоксии и фетоплацентарной недостаточности. Полученные результаты подчёркивают необходимость совершенствования системы антенатального мониторинга, индивидуализированного подхода к ведению беременности и внедрения расширенного скрининга для беременных групп высокого риска.

Ключевые слова: антенатальная гибель плода, фетоплацентарная недостаточность, гипоксия, преждевременные роды, анемия, гинекологические заболевания, факторы риска.

Актуальность Антенатальная гибель плода (АГП) остаётся одной из ведущих причин перинатальных потерь, составляя до 50% в их структуре [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире происходит более 2 миллионов мертворождений, причём свыше 75% из них являются антенатальными [2]. Даже в странах с развитой системой здравоохранения уровень антенатальной смертности остаётся значимым показателем, отражающим эффективность пренатального наблюдения и акушерской тактики [3]. Причины АГП разнообразны: хроническая плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия, врождённые пороки развития, инфекционные заболевания, преэклампсия, анемия, а также несвоевременная диагностика и ошибки в ведении беременности [4–6]. Исследования показывают, что даже при наличии современных технологий (УЗИ, КТГ, доплерометрия) антенатальная смерть плода нередко наступает внезапно и остаётся невыясненной без полноценного гистологического анализа [7]. В Казахстане проблема АГП также остаётся актуальной. Так, в МОБ2 г. Астана за 2022–2024

годы зарегистрировано 61 случай антенатальной гибели плода, из которых 48 были подвергнуты клинико-эпидемиологическому анализу, что подчёркивает необходимость комплексного изучения факторов риска и совершенствования антенатального наблюдения.

Цель: изучить частоту и причину факторов, приведших к антенатальной гибели плода у беременных, поступивших на третий уровне оказания перинатальной помощи.

Материалы и методы: материалом исследования явились беременные с антенатальной гибелью плода и родоразрешенные в многопрофильную областную больницу (МОБ) №2 Акмолинской области за 2022–2024 годы. В исследование включены 48 случаев из 61 случаев АГП. Изучены акушерско-гинекологические и экстрагенитальные заболевания, акушерский анамнез, инфекционные факторы, а также условия жизни и качество пренатального наблюдения. Применены описательные и сравнительные статистические методы.

Результаты и обсуждение. В акушерский блок МОБ №2 Акмолинской области, так как там оказывается третий уровень перинатальной помощи, госпитализируют и родоразрешают все случаи с антенатальной гибелью плода. В таблице 1 приведены качественные показатели родильного отделения за 2022 -2024годы.

Таблица 1 Основные показатели родильного отделения МОБ №2

Показатели	2022 г	%	2023г	%	2024г	%
Количество родов	3107		2727		2246	
Физиологические роды	1450	46,7%	1265	46,4%	956	42,6%
Преждевременные роды	177	5,7%	169	6,2%	140	6,2%
Перинатальная смертность:	24	7,7‰	27	9,8‰	20	8,8‰
Антенатальная смерть плода	28	9,9‰	18 сл	6,5‰	15	6,6‰

Как видно, из таблице 1 - общее количество родов сократилось с **3107 в 2022 году до 2246 в 2024 году**, что отражает общую тенденцию к снижению рождаемости.

Доля физиологических (самопроизвольных) родов также демонстрирует отрицательную динамику: с **46,7% в 2022 году до 42,6% в 2024 году**, что может свидетельствовать об увеличении числа осложнённых беременностей и оперативных вмешательств.

Частота преждевременных родов оставалась стабильной в пределах **5,7–6,2%**, при этом в 2023 и 2024 годах этот показатель одинаковый (6,2%), несмотря на снижение общего числа родов.

Показатель перинатальной смертности колебался от **7,7‰ в 2022 году до 8,8‰ в 2024 году**, достигнув пика в **2023 году — 9,8‰**, что может отражать рост числа осложнённых гестаций.

Антенатальная гибель плода варьировала от **28 случаев (9,9‰) в 2022 году до 15 случаев (6,6‰) в 2024 году**, с наибольшей частотой, зарегистрированной в 2022 году. Несмотря на общее снижение количества антенатальных потерь, сохраняется высокий уровень, превышающий пороговые значения, рекомендованные ВОЗ (не более 5‰)

В исследование включены все подтверждённые случаи АГП в МОБ2 за 2022 (n=15), 2023 (n=18) и 2024 (n=15) годы. Проанализированы медицинские карты, истории родов, результаты УЗИ, лабораторные исследования, патологоанатомические заключения, а также условия жизни и антенатальное наблюдение. Использованы описательный, сравнительный и статистический методы. Настоящая работа была проведена с целью выявления наиболее частых причин антенатальной гибели плода. Все истории болезни были получены в рамках деятельности Комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), что обеспечило достоверность и полноту клинических данных.

Таблица 2. Возрастные и акушерские характеристики женщин с антенатальной гибелью плода

Год	Средний возраст (лет)	Мин. возраст (лет)	Отклонение мин. (лет)	Макс. возраст (лет)	Отклонение макс. (лет)
2022.0	29.93	17.0	-12.93	39.0	9.07
2023.0	32.22	21.0	-11.22	43.0	10.78
2024.0	31.27	21.0	-10.27	37.0	5.73

Анализ возрастной характеристики женщин с антенатальной гибелью плода (см. таблицу 2) демонстрирует заметные изменения в среднем возрасте пациенток по годам наблюдения. Так, в 2022 году средний возраст составил 29,93 года, в 2023 году — 32,22 года, а в 2024 году — 31,27 года, что свидетельствует о тенденции к смещению профиля беременных в сторону более зрелого репродуктивного возраста.

Согласно данным таблицы 2, наибольшие отрицательные отклонения от среднегодовых значений наблюдались у женщин моложе 25 лет: -12,93 года (17 лет) в 2022 году, -11,22 года (21 год) в 2023 году и -10,27 года (21 год) в 2024 году. В то же время, максимальные положительные отклонения фиксировались в старшей возрастной группе (37–43 года), достигая +9,07 года (39 лет) в 2022 году, +10,78 года (43 года) в 2023 году и +5,73 года (37 лет) в 2024 году.

Таким образом, возрастной разброс пациенток с антенатальной гибелью плода варьировал от 17 до 43 лет. Это подчёркивает необходимость усиленного перинатального мониторинга в обеих крайних возрастных группах — как среди молодых первобеременных, так и у женщин старшего репродуктивного возраста. Выраженные отклонения от средневозрастных показателей указывают на возрастную уязвимость данных категорий и обосновывают важность индивидуализированных стратегий ведения беременности в группах риска.

Таблица 3: Количество беременностей у женщин с антенатальной гибелью плода

Год	Среднее кол-во беременностей	Диапазон беременностей	Мин. отклонение от среднего	Макс. отклонение от среднего	Доминирующая группа
2022	2.6	1–5	-1.6	2.4	1–3 беременности
2023	3.78	1–7	-2.78	3.22	≥3 беременности (66,7%)
2024	4.13	1–7	-2.13	2.87	≥4 беременности

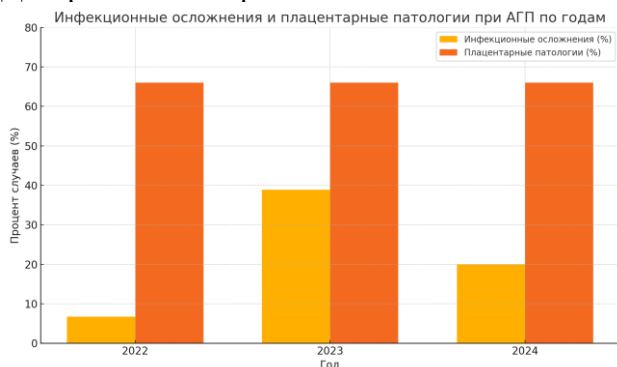
Согласно данным таблицы 3, среднее количество беременностей у женщин, столкнувшихся с антенатальной гибелью плода, демонстрировало устойчивую тенденцию к росту: в 2022 году — 2,6 беременности, в 2023 году — 3,78, а в 2024 году — 4,13. Указанная динамика подчёркивает значимую роль отягощённого акушерского анамнеза в формировании риска неблагоприятного исхода беременности.

В 2022 году преобладали пациентки с 1–3 беременностями, при этом зафиксированы крайние отклонения от среднего значения: -1,6 беременности (первая беременность) и +2,4 беременности (пятая беременность). В 2023 году наблюдался более широкий диапазон — от 1 до 7 беременностей. Отклонения от среднего составляли -2,78 (первая беременность) и +3,22 (седьмая беременность), при этом основную долю составили пациентки с 3 и более гестациями (66,7%). В 2024 году выявлено дальнейшее смещение к многократным беременностям: большинство женщин имели 4 и более беременностей, с минимальным отклонением -2,13 и максимальным +2,87 беременности (при 7-й беременности).

Приведённые в таблице 3 показатели подтверждают высокий уровень репродуктивной нагрузки у женщин данной когорты, что требует комплексной оценки анамнеза и разработки индивидуализированных тактик перинатального наблюдения. Рост количества гестаций

ассоциирован с увеличением частоты акушерских и патологии плаценты, усиливая потребность в своевременной профилактике и медицинском вмешательстве.

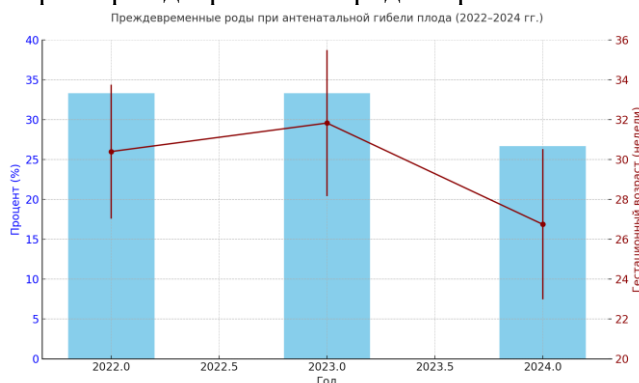
Диаграмма 1: Инфекционные осложнения и патологии плаценты при АГП



Как видно из диаграммы 1, частота инфекционных осложнений среди женщин с антенатальной гибелью плода демонстрировала выраженный пик в 2023 году, составив 38,9%. Этот рост, вероятно, обусловлен сочетанием эпидемиологической обстановки и улучшения методов лабораторной и клинической диагностики. В сравнении с этим, в 2022 и 2024 годах уровень инфекционных факторов был значительно ниже — 6,7% и 20% соответственно, что подчёркивает нестабильность их влияния во временной динамике.

В то же время патология плаценты (отслойка плаценты, хориоамнионит, плацентарный инфаркты, маловодие и обвитие пуповины) сохраняла стабильно высокий уровень более 66% на протяжении всех трёх лет наблюдения. Это свидетельствует о ведущей роли нарушений маточно-плацентарного кровообращения и воспалительно-деструктивных изменений в структуре причин антенатальной гибели плода.

Диаграмма 2. Частота и срок преждевременных родов при АГП



Как приведены на диаграмме 2, преждевременные роды (до 37 недель гестации) оставались стабильным компонентом клинической картины антенатальной гибели плода. В 2022 и 2023 годах они фиксировались в 33,3% случаев (по 5 и 6 пациенток соответственно), а в 2024 году — в 26,7% случаев (4 из 15). Это подтверждает сохраняющуюся значимость фактора недоношенности в структуре неблагоприятных перинатальных исходов.

Анализ среднего срока преждевременных родов выявил следующие показатели: в 2022 году — 30,4 недели ($\pm 3,36$ недели), в 2023 году — 31,83 недели ($\pm 3,66$), тогда как в 2024 году средний срок составил лишь 26,75 недели ($\pm 3,77$), что свидетельствует о смещении в сторону более выраженной недоношенности. Минимальный зарегистрированный срок гестации составил 22 недели в 2024 году, отражая крайне высокий уровень риска экстремальной недоношенности и связанной с ней перинатальной гибели. Диапазон гестационных сроков у пациенток с преждевременными родами варьировал от 26 до 34 недель в 2022 году, от 26 до 36 недель в 2023 году и от 22 до 34 недель в 2024 году.

Таким образом, полученные данные подчёркивают необходимость систематического перинатального мониторинга в группах риска, особенно у женщин с признаками угрозы преждевременного родоразрешения. Приведенные на диаграмме 2 показатели также

демонстрируют смещение к более ранним срокам преждевременных родов в последние годы наблюдения.

Дополнительно следует отметить высокую частоту гинекологической патологии у обследованных пациенток. В 2022 году фоновые заболевания (миома матки, эрозия шейки матки, эндометриоз) были зарегистрированы у 53,3% женщин (8 из 15), в 2023 — у 55,6% (10 из 18), а в 2024 году — у 40% (6 из 15). Эти данные акцентируют внимание на важности ранней диагностики и коррекции гинекологических состояний при планировании и ведении беременности.

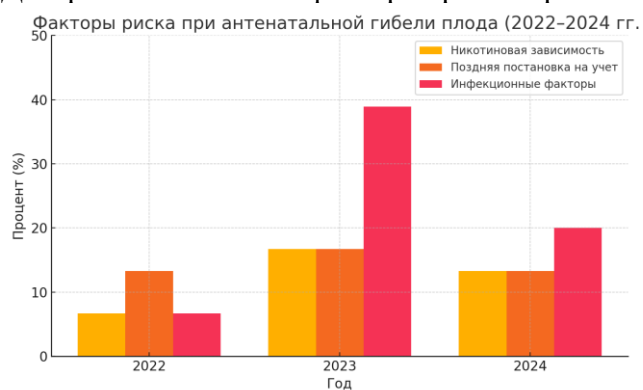
Диаграмма 3. Частота анемии у беременных при АГП



Как отражено на диаграмме 3, частота анемии у женщин с антенатальной гибелью плода демонстрировала выраженную вариативность по годам. Наибольшее значение зафиксировано в 2023 году — 72,2% случаев (13 из 18), тогда как в 2022 и 2024 годах данный показатель составил 46,7% и 40% соответственно. Указанная динамика может быть обусловлена как различиями в качестве антенатального наблюдения, так и вариациями в диагностических подходах к выявлению анемического синдрома у беременных.

Анемия, как видно из приведенных данных на диаграмме 3, сохраняется в числе наиболее значимых клинико-лабораторных факторов, усугубляющих течение беременности и повышающих риск развития фетоплацентарной недостаточности. Высокая распространённость данного состояния требует своевременного скрининга, коррекции нарушений гемопоза и персонализированного подхода к терапии беременных, находящихся в группе риска по антенатальной гибели плода.

Диаграмма 4. Частота факторов риска при АГП (2022–2024 гг.)



Как приведено на диаграмме 4, распространённость никотиновой зависимости среди женщин с антенатальной гибелью плода варьировала по годам: в 2022 году она составила 6,7%, в 2023 году — 16,7%, а в 2024 году — 13,3%. Несмотря на относительное снижение к 2024 году, сохраняющийся уровень табакокурения свидетельствует о продолжающем негативном влиянии данного фактора на течение беременности. Никотиновая интоксикация может способствовать нарушению маточно-плацентарного кровообращения, что влечёт за собой гипоксические осложнения и повышает риск внутриутробной гибели плода.

Поздняя постановка беременной на учет (после 20 недель гестации), согласно данным диаграммы 4, регистрировалась в 13,3% случаев в 2022 и 2024 годах, а также в 16,7% случаев

в 2023 году. Несмотря на сравнительно небольшую долю, именно эти пациентки нередко относились к группе высокого риска по таким осложнениям, как врождённые пороки развития и хроническая фетальная гипоксия. Несвоевременное антенатальное наблюдение ограничивает возможности ранней диагностики и профилактики критических состояний.

Кроме того, в структуре факторов риска значительное место заняли инфекционные заболевания: уреоплазмоз, гарднереллез, цитомегаловирусная инфекция и др. Их подтверждённое наличие составило 6,7% в 2022 году, 38,9% — в 2023 и 20% — в 2024 году. Указанные инфекции, особенно персистирующие формы, коррелировали с осложнениями плаценты (хориоамнионит, плацентарные инфаркты) и выявленными структурными аномалиями развития плода, что подчёркивает необходимость их раннего выявления и комплексного лечения в рамках перинатальной охраны здоровья.

Диаграммы 5: структура осложнений при АГП (2022–2024 гг.)

Структура осложнений при АГП по годам



Как отражено на диаграмме 5, врождённые пороки развития плода (ВПР) оставались стабильным, хотя и не доминирующим фактором в структуре причин антенатальной гибели. В 2022 году ВПР были выявлены в 20% случаев (3 из 15), в 2023 году — в 5,6% (1 из 18), а в 2024 году — в 13,3% (2 из 15). Несмотря на флуктуации в частоте, наличие ВПР во всех годах наблюдения подтверждает их роль как одного из устойчивых этиологических компонентов фетальной гибели.

Патология плаценты (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, хориоамнионит, плацентарные инфаркты, обвитие пуповины) занимала ведущую позицию в патогенезе антенатальной гибели. Ее доля составляла более 66% во всех исследованных годах, с наивысшим показателем в 2023 году — 72,2% (13 из 18 случаев). Приведенные на диаграмме 5 данные, подчёркивают критическое значение нарушений маточно-плацентарного кровотока и воспалительно-деструктивных процессов в формировании критических осложнений беременности.

Также в значительной доле случаев имели место медицинские вмешательства, направленные на экстренное завершение беременности. Так, кесарево сечение и медикаментозная индукция родов применялись в 66,7% случаев в 2022 году, 72,2% — в 2023 году и 73,3% — в 2024 году. Высокая частота оперативных вмешательств, визуализированная на диаграмме 1, отражает клиническую необходимость экстренного родоразрешения при угрожающих состояниях плода и/или матери и подтверждает тяжесть акушерской ситуации при антенатальной гибели. Во всех 48 случаях (100%) причиной гибели плода была внутриутробная асфиксия, развившаяся на фоне хронической гипоксии и декомпенсации фетоплацентарного кровотока. Подобное единство клинического исхода подтверждает общность механизмов летальности при различающихся сочетаниях факторов риска.

Токсикоз беременных был выявлен в 6,7% случаев в 2022 и 2024 годах (по одному случаю соответственно), а также в 11,1% случаев в 2023 году (2 из 18). Хотя данный симптом не является специфическим маркером угрозы АГП, он зачастую отражает наличие сочетанной соматической патологии, в том числе анемии и экстрагенитальных заболеваний.

Резус-конфликт был зафиксирован в двух случаях: по одному в 2022 и 2023 годах. Оба пациента имели отрицательный резус-фактор, но отсутствовала полноценная профилактика сенсибилизации, что предполагает риск развития гемолитической болезни плода и требует усиленного лабораторного мониторинга и введения антирезус-иммуноглобулина в дальнейшем.

Отягощённый акушерский анамнез (включая мертворождения, преждевременные роды, экстренные оперативные вмешательства и гестоз в анамнезе) был зафиксирован у 5 женщин в 2022 году (33,3%), 9 женщин в 2023 (50%) и 6 женщин в 2024 (40%). Эти данные подтверждают необходимость индивидуализированного ведения беременности у женщин с ОАА, особенно в условиях многопрофильного стационара.

Выводы:

1. Антенатальная смертность плода остаётся актуальной проблемой, связанной с фетоплацентарной недостаточностью, анемией, инфекциями и социальными факторами.
2. Необходим тщательный скрининг в группах высокого риска для раннего выявления плацентарной недостаточности и индивидуальный подход.
3. Высокая частота оперативного вмешательства указывает на тяжесть акушерской патологии при антенатальной гибели плода.
4. Требуется улучшение антенатального мониторинга и повышение качества перинатального менеджмента для снижения антенатальной смертности плода.

Список литературы

1. Кожабекова Т.А., Бекмолдакызы М., Ахметбекова А.С. Антенатальная гибель плода: причины и факторы риска // Вестник КазНМУ. – 2018. – №3. – С. 4–8.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO, 2017.
3. Medina J., Patel R. Stillbirth. In: StatPearls \[Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
4. Rasheed M. et al. Antenatal Risk Factors in Low-Income Settings. Life (MDPI). 2023; 13(12):2320.
5. Мамедалиева Н.М., Сапаралиева А.М., Джумагалиева А.С. Антенатальная гибель плода: возможные причины и анализ // Вестник КазНМУ. – 2017. – №3. – С. 11–13.
6. Кондратенко Ю.Н. Антенатальная гибель плода: симптомы и лечение. – Клиника «Будь Здоров», 2020.
7. Барина И.В. Патогенез и танатогенез плодовых потерь при антенатальной гипоксии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2015. – С. 39–40.

УДК 618.396

Музарханова Ш.Е., Дастанбек А.М.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №2

НАО «Медицинский Университет Астана», г. Астана, Казахстан

Научные руководители: д.м.н., профессор кафедры Малгаждарова Б.С., к.м.н., доцент кафедры Тулемисова А.А., к.м.н. (Ph.D.), заведующий кафедрой Искаков С.С.

ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница №2»

г.Астана, Казахстан

Аннотация

В данной статье представлен ретроспективный анализ преждевременных родов (ПР) на 3 уровне перинатальной помощи в многопрофильной областной больнице (МОБ) №2 г. Астаны за 2023–2024 годы. В статье изучены 309 клинических случаев, включающие факторы риска ПР, данные о возрасте пациенток, акушерском анамнезе, материнские, плацентарные и плодовые причины. Основными причинами ПР в большинстве случаев стали отягощённый акушерский анамнез, истмико-цервикальная недостаточность, преэклампсия,

эклампсия, инфекции мочевыводящих и половых путей, а также низкий интергенетический интервал между беременностями. Выводы исследования подчеркивают важность оптимизации антенатального ухода, внедрения персонализированного подхода к ведению беременности, а также проведения более целенаправленного скрининга среди женщин, находящихся в группе высокого риска преждевременных родов.

Ключевые слова: беременность, преждевременные роды, факторы риска, материнские, плацентарные и плодовые причины, инфекция, интергенетический интервал.

Актуальность

Каждый год 15 миллионов детей рождаются раньше срока. Более 10% детей рождаются преждевременно, что создает проблемы в семьях по всему миру. Преждевременные роды (ПР) являются одной из ведущих причин перинатальной смертности, неонатальной заболеваемости и долгосрочной инвалидности. Каждый год от осложнений, связанных с ПР умирают более 1 млн детей. Многие выжившие дети остаются инвалидами на всю жизнь, включая трудности в обучении и проблемы со зрением и слухом[1]. ПР – это роды, наступившие при сроке беременности от 22 недель + 0 дней до 36 недель + 6 дней (154-258 дней), при этом установление срока беременности определяется на основании данных о 1-м дне последней менструации (при регулярном менструальном цикле) и УЗИ плода, выполненном в 1-м триместре [2].

ПР — это полиэтиологический синдром, развивающийся на фоне иммунологических, эндокринных, инфекционных, анатомических и психосоциальных нарушений. В основе развития преждевременных родов лежит множество патологических процессов, а их причиной может быть результат взаимодействия различных факторов со стороны матери и окружающей среды, а также внутриутробного плода[3].

Понимание механизмов патогенеза и факторов риска ПР позволяет своевременно проводить риск-стратификацию и внедрять персонализированные стратегии ведения беременности и родов.

Преждевременные роды могут сопровождаться:

- преждевременным излитием околоплодных вод;
- внутриутробным инфицированием, хориоамнионитом, особенно при длительном безводном промежутке;
- аномалиями родовой деятельности. При этом одинаково часто наблюдается как слабая, так и чрезмерно сильная родовая деятельность;
- монотонностью частоты и интенсивности схваток;
- увеличенной относительно своевременных родов скоростью раскрытия шейки матки как в латентной, так и в активной фазе родов[4].
-

Цель исследования: анализ преждевременных родов на третьем уровне оказания перинатальной помощи, выявление основных причин преждевременных родов.

Материалы и методы исследования: Проанализированы клинические данные женщин, родоразрешенных в течение 2024 года до срока (ПР, n=140), в сравнении с предыдущим отчетным 2023 годом (ПР, n=169). Проведён ретроспективный анализ анамнестических, клиничко-лабораторных и социально-демографических характеристик.

С целью диагностики и уточнения диагноза ПР пациентам наряду с клиническими данными, проводились ультразвуковое исследование, доплерометрия, биофизический профиль плода и кардиотокография в родах. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением программного обеспечения комплексной медицинской информационной системы Damumed.

Результаты исследования. В таблице-1 представлены основные показатели акушерской деятельности родильного отделения МОБ №2 за 2023-2024 годы.

Таблица 1 - Основные показатели родильного отделения МОБ №2

Показатели	2023г	2024г
Общее количество родов	2727	2246
Физиологические роды	1265 (46,4%)	956 (42,6)
Преждевременные роды	169 (6,2%)	140 (6,2%)
Мертворожденные	18 (6,5‰)	15 (6,6‰)

Как видно из таблицы - общее количество ПР сократилось с 169 до 140 в 2024 году, что свидетельствует об улучшении качества акушерской помощи и снижении рисков для здоровья матери и ребёнка. Однако ПР по-прежнему остаются серьёзной проблемой в акушерстве, требующей дальнейшего внимания и совершенствования медицинских подходов.

Таблица-2: Структура преждевременных родов по паритету:

	2023г	%	2024г	%
Первородящие	59	35	30	21,4
Повторнородящие	110	65	110	78,6
Всего	169	100	140	100

Из данных таблицы видно, что количество ПР среди первородящих снизилось с 59 в 2023 году до 30 в 2024 году, возможно беременные с супругами более осознанно подходили к планированию первой беременности. Однако среди повторнородящих снижение числа ПР не отмечено: по 110. В целом, наблюдается положительная тенденция по снижению ПР среди первородящих.

Таблица-3: Структура преждевременных родов по возрасту:

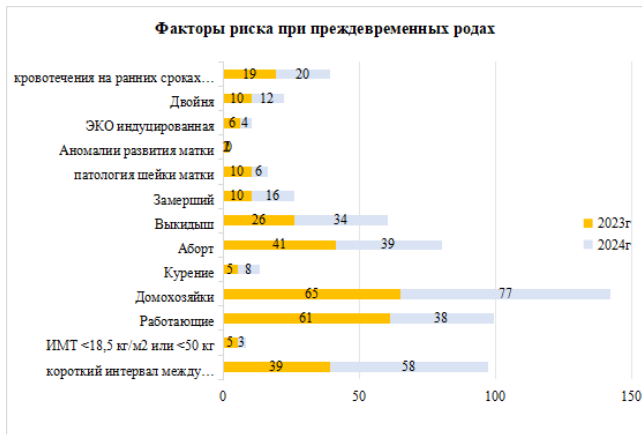
Год	Средний возраст (лет)	Мин. возраст (лет)	Макс. возраст (лет)	Старше >35 лет
2023г	32±6.21	18	43	47
2024г	31±6.49	17	45	49

Анализ возрастной характеристики женщин, родивших преждевременно (таблица-3), показал, что в 2023 году средний возраст женщин, родивших преждевременно составил 32±6.21 года, а в 2024 году — 31±6.49 год что указывает на незначительное снижение среднего возраста.

Согласно данным таблицы-3, наибольшие отрицательные отклонения от среднегодовых значений наблюдалось среди женщин моложе 25 лет: минимальный возраст в 2023 году составил 18 год, а в 2024 году — 17 лет, что указывает на увеличение числа ПР среди очень молодых женщин. В то же время, максимальные положительные отклонения были зафиксированы в старшей возрастной группе (старше 35 лет), где максимальный возраст в 2024 году составил 45 лет, что на два года больше по сравнению с 2023 годом (43 года).

Таким образом, возрастной диапазон пациенток, родивших преждевременно, варьировал от 17 до 45 лет. Эти данные подчёркивают необходимость особого внимания к пациенткам как в ранней возрастной группе, так и среди женщин старшего репродуктивного возраста, которые продолжают оставаться в группе риска. Значительные колебания возрастных показателей подтверждают важность индивидуального подхода в ведении беременности и профилактике ПР, особенно у женщин младше 25 лет и старше 35 лет.

Диаграмма-1: Факторы риска преждевременных родов

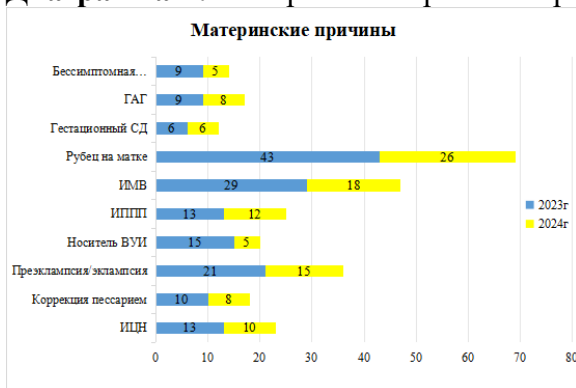


Анализ факторов риска преждевременных родов:

1. Интергенетический интервал между беременностями
 Количество случаев ПР, связанных с низким интергенетическим интервалом между беременностями, значительно увеличилось в 2024 году (с 39 случаев в 2023 году до 58 в 2024 году). Это может свидетельствовать о возрастании количества женщин, у которых второй случай беременности наступает через короткий промежуток времени после предыдущей, что является значимым фактором риска ПР.

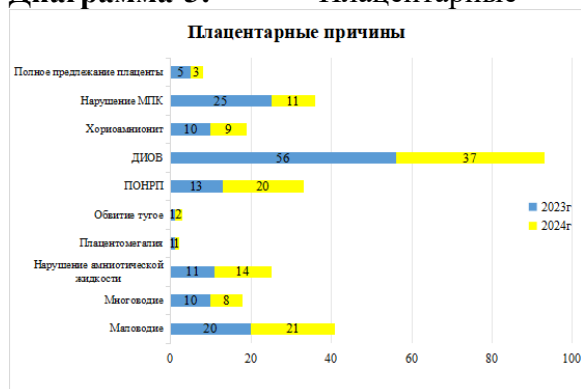
Анализ факторов риска ПР за 2023–2024 годы позволил выявить несколько ключевых изменений и стабильных тенденций. Значительное увеличение числа случаев с низким интервалом между беременностями и увеличение случаев ПР после выкидыша и замершего плода подчеркивает важность своевременного выявления этих факторов риска.

Диаграмма-2: Материнские причины преждевременных родов



Анализ материнских факторов выявил следующие ключевые моменты, влияющие на развитие ПР. Существенное увеличение случаев преэклампсии, эклампсии, инфекций мочевыводящих и половых путей, а также рубца на матке что свидетельствует о значимости этих состояний как факторов риска. Также наблюдалась рост числа случаев истмико-цервикальной недостаточности, коррекция пессарием, и увеличение числа инфекций, таких как ИМВ и ВУИ. Эти данные подчеркивают необходимость более интенсивного мониторинга и профилактики для женщин с данным акушерским анамнезом, что может снизить риск ПР и улучшить исходы беременности.

Диаграмма-3: Плацентарные причины преждевременных родов



Анализ плацентарных причин преждевременных родов:

1. Маловодие

Число случаев маловодия, как фактора риска ПР, не претерпело значительных изменений: 20 случаев в 2023 году и 21 случай в 2024 году. Маловодие продолжает оставаться одним из ключевых факторов, оказывающих влияние на исход беременности, повышая риск ПР и других осложнений. Устойчивость этого показателя требует дальнейшего внимания к мониторингу состояния амниотической жидкости на ранних сроках беременности.

2. Многоводие

Количество случаев многоводия снизилось с 10 случаев в 2023 году до 8 случаев в 2024 году. Несмотря на это снижение, многоводие остаётся значимым фактором риска ПР, так как оно может привести к преждевременному разрыву плодных оболочек и другим акушерским осложнениям.

3. Нарушение амниотической жидкости

Число случаев с нарушением амниотической жидкости увеличилось с 11 случаев в 2023 году до 14 в 2024 году. Это свидетельствует о росте случаев, связанных с нарушением нормального амниотической жидкости, что может быть как следствием плацентарной недостаточности, так и результатом других патологических изменений, влияющих на течение беременности.

4. ПОНРП (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)

Число случаев ПОНРП значительно увеличилось с 13 случаев в 2023 году до 20 случаев в 2024 году. Преждевременная отслойка плаценты является серьёзной угрозой для здоровья матери и плода, поскольку она может привести к тяжёлым кровотечениям и ПР. Увеличение числа таких случаев требует особого внимания к мониторингу состояния плаценты, особенно в группе женщин с высокими рисками.

5. ДИОВ (дородовое излияние околоплодных вод)

Число случаев ДИОВ снизилось с 56 случаев в 2023 году до 37 случаев в 2024 году. Это снижение может свидетельствовать о более успешной профилактике о раннем разрыве плодных оболочек и более точном диагностировании рисков в акушерской практике. Однако, этот фактор остаётся важным, так как излияние вод может способствовать инфекциям и ПР

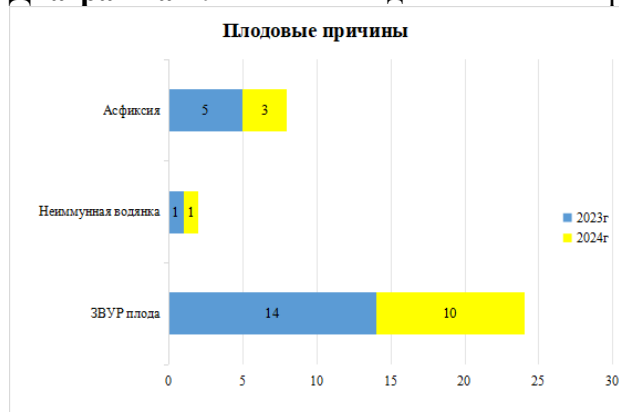
6. Хориоамнионит

Число случаев хориоамнионита немного снизилось с 10 случаев в 2023 году до 9 случаев в 2024 году. Это инфекционное осложнение остаётся одним из значимых факторов риска ПР, так как оно может привести к воспалению амниотической оболочки и вызвать инфекцию у плода и матери.

Анализ плацентарных причин ПР за 2023–2024 годы показывает тенденцию как к увеличению, так и к снижению числа случаев, связанных с различными нарушениями плаценты и изменениями амниотической жидкости. Особенно важными остаются такие факторы, как плацентарная недостаточность (ПОНРП), нарушение амниотической жидкости и многоводие. Несмотря на снижение числа некоторых факторов, таких как ДРПО и полное

предлежание плаценты, плацентарные причины ПР остаются актуальной проблемой в акушерской практике.

Диаграмма-4: Плодовые причины преждевременных родов.



Анализ плодовых причин ПР показал тенденцию к снижению случаев ЗРП и асфиксии плода в 2024 году. Хотя количество случаев неиммунной водянки осталось на прежнем уровне, такие случаи требуют особого внимания, поскольку могут быть связаны с серьёзными патологиями плода. Важно продолжать работу по улучшению диагностики и лечения задержки роста плода, а также мониторингу состояния плода с целью минимизации рисков ПР и связанных с ними осложнений.

Выводы:

- Частота ПР в МОБ 2 в учреждении третьего уровня оказания перинатальной помощи составила 6,2% (309 случаев из 4973 родов).
- Основными факторами риска ПР являются отягощённый акушерский анамнез, истмико-цервикальная недостаточность, преэклампсия, эклампсия, инфекции мочевыводящих и половых путей, а также низкий интергенетический интервал между беременностями. Таким образом, планирование семьи, предгравидарная подготовка и проведение профилактических мероприятий у беременных, относящихся к группе высокого риска, могут существенно способствовать снижению частоты ПР.

Литература:

1. Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов «Рожденные слишком рано» 2012г
2. Клинический протокол «Преждевременные роды» МЗ РК от «26» мая 2023 года
3. «Факторы риска и структура преждевременных родов у жительниц Республики Казахстан» Марат А.А., Укыбасова Т.М. 2018г
4. Акушерство Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А 2015г

УДК 618.2-089.888.11:616-053.2

Смаилова Л. К. , Искаков С.С., Наримов А. Ф.

СОМАТИЧЕСКОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО) – СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

*Наримов Абдулазиз Фарходович – бакалавриат 478 группа Общая медицина
Научные руководители: Смаилова Л.К., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО
«Медицинский университет Астана», PhD MS, почетный профессор Самаркандского
государственного медицинского университета*

*Искаков С.С. к.м.н. (PhD), профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2
НАО «Медицинского университета Астана»
Кафедра акушерства и гинекологии №2, НАО «Медицинский Университет Астана» (Астана,
Казахстан)*

Актуальность: С распространением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), включая экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), ежегодно рождается все больше детей – по оценкам, около 700000 в год. Это вызывает необходимость оценки их долгосрочного соматического и репродуктивного здоровья.

Исследования показывают, что дети, зачатые с помощью ВРТ, могут иметь повышенные риски врожденных пороков, соматических заболеваний (астма, гипертония, диабет 1 типа) и нейropsychологических нарушений (СДВГ, аутизм). Также изучается влияние ВРТ на фертильность этих детей во взрослом возрасте. Вместе с тем, отдельные исследования не находят существенных различий в состоянии здоровья при современных протоколах ЭКО. Учитывая рост числа ВРТ-рождений и противоречивые данные, необходим систематический обзор для объективной оценки рисков и информирования клинической практики. Это делает тему крайне актуальной для современной медицины.

Цель работы: Оценка соматического и репродуктивного здоровья детей, рожденных с применением технологий, в частности экстракорпоральных репродуктивных технологий, в частности экстракорпорального оплодотворения. Обзор направлен на выявление возможных рисков для здоровья этой группы детей по сравнению с детьми, зачатыми естественным путем, а также факторов, влияющих на эти риски.

Материалы и методы исследования: Данный систематический обзор проводится в соответствии с методологическими рекомендациями PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Поисковая стратегия включает систематический поиск публикаций в научных базах данных: PubMed, Web of Science, Scopus и Embase, без ограничений по географии, с охватом периода публикаций с момента внедрения ВРТ до настоящего времени.

Критерии включения: 30 оригинальных исследований (когортные, проспективные и ретроспективные, а также популяционные регистры), в которых оцениваются соматические и/или репродуктивные исходы у потомства, рожденного после ЭКО или других методов ВРТ. Исключаются обзоры, комментарии, кейс-репорты и статьи с недостаточностью данных для анализа.

Оценка качества включенных исследований проводится с использованием валидированных инструментов: шкалы Newcastle-Ottawa для наблюдательных исследований и инструмента ROBINS-I для оценки риска систематической ошибки.

Извлечение данных осуществляется двумя независимыми рецензентами с последующим разрешением разногласий третьим исследователем. Основные анализируемые параметры включают частоту врожденных пороков, хронических соматических заболеваний, показатели роста и развития, а также репродуктивные характеристики во взрослом возрасте. При наличии сопоставимых данных будет выполнен мета-анализ с расчетом относительных рисков (RR) и доверительных интервалов (95% CI), при гетерогенности – с использованием модели случайных эффектов.

Результаты исследования:

1. Врожденные пороки развития

По большинству исследований риск врожденных пороков у детей после ВРТ умеренно повышен (RR ~ 1.3–1.4), особенно при использовании ИКСИ и преимплантационной диагностики. Однако различия нивелируются после поправок на возраст матери, множественность беременности и фон бесплодия. Исследование из Springer (2024) отмечает отсутствие статистически значимых отличий в крупных когортных выборках при

естественном зачатии и ВРТ.

2. Хронические соматические заболевания

Ретроспективные исследования не подтверждают повышения риска хронических заболеваний (бронхиальной астмы, сахарного диабета, ожирения, и др.). Некоторые популяционные регистры показали немного повышенные уровни госпитализаций в раннем возрасте, но это чаще связано с недоношенностью, а не самой ВРТ.

3. Физическое и нейropsychическое развитие

Большинство когортных исследований подтверждают эквивалентные или лучшие когнитивные показатели у детей, зачатых с помощью ВРТ, особенно в семьях с высоким социально-экономическим статусом. Показатели роста (рост, масса тела, ИМТ) в долгосрочной перспективе не отличаются от контрольных групп.

4. Репродуктивное здоровье в зрелом возрасте

Данные ограничены, но существующие наблюдения (в основном из североевропейских стран) показывают, что мужчины и женщины, рожденные после ВРТ, имеют нормальные показатели фертильности, гормонального профиля и наступления полового созревания. На текущий момент нет убедительных данных о нарушении репродуктивной функции.

Выводы: Применение ВРТ не связано с существенным увеличением риска неблагоприятных соматических и репродуктивных исходов у потомства. Незначительное повышение частоты врожденных пороков может быть связано с множественными беременностями и возрастом родителей, а не технологией как таковой. Показатели роста, развития и соматического здоровья у детей после ВРТ в целом сопоставимы с детьми, зачатым естественным путем. Репродуктивное здоровье в зрелом возрасте не страдает, но необходимы дополнительные исследования.

УДК: 618.2-06-036.88

Багирова С.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО Г.БАКУ

*Кафедра акушерства-гинекологии 2
Азербайджанский Медицинский Университет (Баку, Азербайджан)*

Материнская смертность, перинатальная заболеваемость и смертность являются одними из количественных и качественных показателей работы каждого родильного дома. Снижение этих показателей во всех странах мира, а также в нашей Республике, является одной из приоритетных задач, стоящих как перед родильными домами, так и перед здравоохранением. Во всем мире каждые 2 минуты во время беременности, родов и в послеродовом периоде умирает одна женщина. В последнее время во всем мире наблюдается тенденция снижения материнской смертности.

Однако, наряду с развитием здравоохранения, приобретением нового современного оборудования, совершенствованием методов диагностики и лечения, повышением уровня квалификации медицинского персонала и т.д., материнская смертность все еще остается высокой. Мы не можем достичь желаемого снижения уровня материнской смертности. Согласно ВОЗ материнская смертность подразделяется на 2 группы:

- МС, относящаяся к первой группе - это смерть – в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий,

последовавших за любой из перечисленных причин. Причины этих случаев еще называют прямыми и контролируруемыми.

- МС, относящаяся ко второй группе - это смерть - в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

Кроме того, существуют случаи смерти (несчастные случаи, самоубийства, автокатастрофы и др.), не связанные с беременностью, родами или послеродовым периодом. Это не считается материнской смертностью. Таким образом, уровень материнской смертности позволяет оценить летальность, обусловленную беременностью, родами, абортми (искусственными, самопроизвольными), внематочной беременностью, экстрагенитальными заболеваниями, акушерскими осложнениями. По прогнозу причин материнской смертности можно сгруппировать их следующим образом:

- Предотвратимые - Акушерские кровотечения, гипертензивные состояния беременности, экстрагенитальная патология, аборты, внематочная беременность, ятрогения и т.д.
- Непредотвратимые - Эмболия околоплодными водами, тромбоэмболия, инфаркт миокарда, аневризма аорты
- Условно предотвратимые - Сепсис и др.

Материнская смертность динамично увеличивается и снижается, меняется и ее структура. Как и во всем мире, причины материнской смертности в нашей республике динамично меняются. Так, в то время как в 1988-1992 годах среди причин материнской смертности первое место занимал сепсис, в настоящее время лидирующей причиной являются акушерские кровотечения, экстрагенитальная патология занимает 2-е место, а третье место – принадлежит эмболии околоплодными водами, четвертое - гипертоническим состояниям во время беременности

В экономически развитых странах экстрагенитальная патология (ЭГП) является одним из факторов риска материнской смертности и занимает в ее структуре первое место (37,7%). ЭГП может быть легкой или очень тяжелой формами во время беременности. Легкая форма редко влияет на течение беременности. Тяжелая форма может быть опасна для жизни женщины. В последнее время актуальность ЭГП среди беременных возросла в несколько раз. Количество венозных заболеваний увеличилось на 1,5%, мочеполовой патологии – на 3%, сахарного диабета – на 51%, сердечно-сосудистых заболеваний – на 46%.



Частота, причины и относительная частота материнской смертности в городе Баку за 10 лет						
Причина смерти	По годам				всего	
	1996-2000		2001-2005		Относительная частота	%
	Относительная частота	%	Относительная частота	%		
Акушерские кровотечения и разрыв матки	25	16,78	15	10,7	40	26,84
Экстрагенитальные заболевания	15	10,7	23	15,44	38	25,5
Эмболия околоплодными водами	6	4,03	10	6,71	16	10,73
Гестозы беременности (гипертензивные состояния беременности)	5	3,35	8	5,37	13	8,72
Гнойно-септические заболевания (сепсис)	9	6,04	2	1,34	11	7,3
Внематочная беременность	5	3,35	2	1,34	7	4,6
Тромбоз легочной артерии	4	2,68	-	-	4	2,8
Аборт	1	0,64	1	0,67	2	1,3
Другие причины*	7	4,7	11	7,38	18	12,08
Всего	77	51,68	72	48,32	149	100

* - Аллергические реакции на лекарственные препараты, анафилактический шок, осложнения от наркоза и др.

- Цель исследования - Проанализировать и охарактеризовать материнскую смертность в результате ЭГП.
- Одновременно исследовать ошибки, допущенные при ведении беременности, родов и послеродового периода и подготовить научно обоснованные методические рекомендации по снижению материнской смертности
- Материал и методы исследования Нами проведен ретроспективный анализ 149 материнских смертей, произошедших в Баку (на основании историй родов, заключений экспертов, результатов патологоанатомических исследований и свидетельств о смерти) за 10 лет (1996-2005 гг.).
- Выяснилось, что 38 из 149 смертей (26,83%) были связаны с ЭГП.



Распределение материнской смертности по возрастным группам

Возраст	Количество	Доля в структуре МС (%)
18	1	2,6
20-24	12	31,6
25-29	10	26,3
30-34	4	10,5
35-39	5	13,2
40-44	5	13,2
>45	1	2,6
Всего	38	100%

Результаты исследования. Также изучались гинекологические заболевания пациенток. Было выявлено, что в анамнезе у них были воспалительные заболевания женских половых органов - кольпит, эндоцервицит, эндометрит, миома матки и др.

В анамнезе пациенток регистрируются самопроизвольные выкидыши в ранние сроки беременности, неразвивающаяся беременность, внематочная беременность

Были выявлены женщины с наличием в анамнезе ангины, гепатита, кори, ревматизма, краснухи, пиелонефрита, малярии, гипертонической болезни, пороков сердца, заболеваний органов дыхания, печени, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и др. Большое значение для благоприятного исхода беременности имеет антенатальная служба. В нашем исследовании 24 (63,2%) беременных не находились под наблюдением женской консультации, у 14 (36,8%) из них наблюдалась антенатальная гибель плода. В нашем исследовании в структуре материнской смертности, вызванной ЭГП, среди причин, отягощающих течение беременности, родов и послеродового периода, первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы – 9 (23,7%), второе место - инфекционные заболевания - 8 (21%), третье - заболевания органов дыхания – 6 (15,8%), четвертое/ пятое место – с одинаковой частотой занимают заболевания пищеварительной системы и урологические заболевания – по 4 (10,5%), шестое – заболевания эндокринной системы 3 (7,9%) (сахарный диабет – 1, заболевания щитовидной железы – 1, ожирение – 1), седьмое / восьмое – с одинаковой частотой заболевания нервной системы и онкологические заболевания – 2 (5,3%). Результаты исследования показали, что летальные исходы произошли вне стационара только в 3 случаях (7,8%)

Большинство случаев материнской смертности произошло в первые 1-2 дня, поскольку они поступали в больницу в тяжелом состоянии.

ЭГП как причина материнской смертности

• Характер патологии	• Кол-во смертей от всех причин	• %
• Сердечно-сосудистая патология	• 9	• 23,7
• Инфекционные заболевания	• 8	• 21
• Заболевания органов дыхания	• 6	• 15,8
• Заболевания пищеварительной системы	• 4	• 10,5
• Урологические заболевания	• 4	• 10,5
• Эндокринные заболевания	• 3	• 7,9
• Сахарный диабет	• 1	
• Заболевания щитовидной железы	• 1	
• Ожирение	• 1	
• Заболевания нервной системы	• 2	• 5,3
• Онкологические заболевания	• 2	• 5,3
• Всего	• 38	• 100

Своевременные роды – 14 (43,8%) беременных, преждевременные роды - 8 (25%) беременных, запоздалые – у 2 (6.3%) беременных, роды на дому – у 3 (9,4%) женщин. Самопроизвольный выкидыш – произошел у 5 (15,6%) пациенток в ранние сроки беременности, в поздних сроках – у 1 (3,1%) женщины. По медицинским показаниям искусственный аборт был произведен у 3 (9,4%) женщины. В 3 (9,4%) случаях была выполнена краниотомия в связи с гибелью плода. Путем кесарева сечения завершились 6 (15,8%) родов (в 4 случаях малое кесарево сечение). После операции в 2 (5,3%) случаях была выполнена тотальная гистерэктомия (с аугментацией) по поводу гипотонического кровотечения. Релапаротомия произведена в 2 (5,3%) случаях.

Из общего числа женщин, умерших от экстрагенитальной патологии, роженицы и родильницы составили 50,0% , из них роды в срок – 42,8% случаев, преждевременные роды – 57,2% , в 7,9% произведено прерывание беременности по медицинским показаниям, в 10,5% случаев смерть наступила во время беременности

Сравнение полученных данных показало, что среди умерших от не прямых причин женщин удельный вес городских жительниц составил 67,3%, в то время как сельские жительницы составили 32,7%. Это объясняется тем, что большинство этих женщин были отправлены из регионов в тяжелом состоянии. Патолого-анатомическое исследование было проведено лишь в 4% случаев. Это одна из самых больших ошибок. Потому что это исследование играет

большую роль в выявлении допущенных ошибок, независимо от того, правильно поставлен диагноз или нет.

Результат нашего исследования показал, что ЭГП выявлялся во время беременности у большинства пациенток. Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях были допущены серьезные ошибки в постановке диагноза, правильном лечении, проведении консультаций с участием врачей, потеря времени, транспортировка беременных и рожениц и т.д. И самое главное заключается в том, что беременные пренебрегали своим здоровьем, не обращались вовремя в женские консультации и беременели даже при наличии противопоказаний к беременности.

УДК: 618.11-006.2

Ретенционные кисты яичников у девочек-подростков.

Ходжаева А.С.

Усмир кизларда тухумдон функционал кисталари: олиб бориш тактикаси

Khodjaeva A.S.

Functional ovarian cysts in adolescent girls: management tactics.

Реферат. В статье приводится анализ традиционного и усовершенствованного способов консервативного лечения функциональных кист яичников у девочек-подростков. Предложен комплексный метод лечения, способствующий органосохранению и реабилитации. Убедительно доказана патогенетическая оправданность комплексного лечения с последующим применением ВМК.

Ключевые слова: функциональные кисты яичников, факторы риска, преморбидный фон, гормональный профиль, УЗИ-верификация, консервативное лечение, витаминно-минеральный комплекс.

Хулоса: Маколада усмир кизларда тухумдонларнинг функционал кисталарини консерватив даволашнинг анъанавий ва такомиллаштирилган усуллари тахлил қилинган. Органларни сақлаш ва реабилитация қилишга ёрдам берадиган комплекс даволаш усули таклиф этилган. Сунгра витамин-минерал комплекслар ёрдамида даволашнинг патогенетик асослари ишончли тарзда исботланган.

Калит сузлар; функционал тухумдон кисталари, хавф омиллари, преморбид фон, гормонал профил, консерватив даво, витамин-минерал комплекси

Abstract. The article provides an analysis of the traditional and improved methods of conservative treatment of functional ovarian cysts in adolescent girls. A comprehensive method of treatment that promotes organ preservation and rehabilitation is proposed. The pathogenetic justification of complex treatment with the subsequent use of IUD has been convincingly proven. **Keywords:** functional ovarian cysts, risk factors, premorbid background, hormonal profile, ultrasound verification, conservative treatment, vitamin-mineral complex.

Keywords: functional ovarian cysts, risk factors, premorbid background, hormonal profile, ultrasound verification, conservative treatment, vitamin-mineral complex.

Одной из сложных задач для детских гинекологов являются функциональные кисты яичников – фолликулярные, эндометриоидные и кисты желтого тела, поскольку они наиболее часто сопровождаются нарушением менструального цикла. Врач оказывается перед выбором, что

предпочсть: излишняя оперативная активность не всегда оправдана, консервативное лечение опасно из-за возможных критических осложнений.

Цель нашего исследования – усовершенствование тактики ведения пациенток с функциональными кистами яичников.

Материал и методы: Обследовано 44 девочки-подростка в возрасте 14-19 лет (средний возраст составил $16,75 \pm 0,37$ лет), обратившихся к детскому гинекологу с жалобами на боли внизу живота, выделения из влагалища, нарушения ритма и длительности менструации. Всем обратившимся больным была проведена УЗИ-верификация патологического образования яичников и выявлены функциональные кисты яичника (ФКЯ) разной величины от 3.5 см до 8.5 см. Впервые киста возникла у 67% обследованных девочек-подростков в течение первых 1.5 лет после менархе, в 33% случаях отмечены рецидивы

Обследованные пациентки были разделены на две группы:

1 группа (n=28) – пациенткам проводилась традиционная консервативная терапия с включением противовоспалительных средств и КОК, согласно гинекологическим стандартам; II группа (n=26) – проводилась консервативная противовоспалительная и гормонотерапия с последующим использованием витаминно-минерального комплекса (ВМК); Витаминно-минеральный комплекс представлен препаратом Инотир (по 1п 10 дней в течении 2 месяцев). Данный комплекс представлен смесью 5 активных компонентов, взаимодействие которых является синергическим и эффективным. Наблюдалась выраженная положительная клиническая динамика (уменьшение болевого синдрома) отмечена на 6-7 сутки от начала лечения. УЗИ-параметры ФКЯ уменьшились вдвое через месяц, полная резорбция кист наблюдалась через 2 месяца у всех пациенток данной группы. Также у них восстановился менструальный цикл на следующий месяц. Рецидивов не было.

Результаты проведенного исследования позволили нам сделать следующие **выводы:**

- консервативная терапия ФКЯ должна проводиться строго по показаниям, определяющим ее характер;

- консервативная терапия ФКЯ с последующим применением ВМК позволяет оптимизировать тактику ведения пациенток с ФКЯ, ускорить сроки излечения, избежать рецидивов;

Таким образом, применение комплексной терапии (базовой и затем ВМК) при лечении функциональных кист яичников в практике гинеколога, на наш взгляд, патогенетически оправдано, поскольку в сжатые сроки позволяет нивелировать патологический процесс и избежать рецидивы.

УДК 343.1

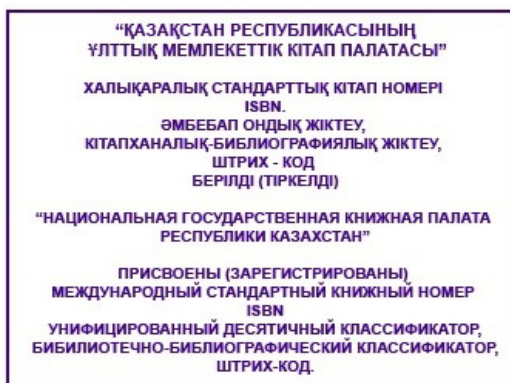
ББК 51.14

А56

**Редакционная коллегия: Смаилова Л.К., Абжанова Г.М., Искаков С.С., Қабыл Ш.Қ.,
Есетова А.Б., Есболатова Г.Е., Каирова А.Б.**

Сборник материалов V международной научно-практической конференции «Современные
тренды в охране материнства и детства»

ISBN 978-601-244-479-7



ISBN 978-601-244-479-7