

ISSN 1680-0818



АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ
ЖӘНЕ ПЕРИНАТОЛОГИЯ

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ
И ПЕРИНАТОЛОГИЯ

ЖУРНАЛ • СБОРНИК

3 • 4 • 2019



Миссия - охрана репродуктивного здоровья женщины, создание новых знаний и подготовка высококвалифицированных кадров в области акушерства, гинекологии и перинатологии

Видение - ведущий научный центр в области акушерства, гинекологии и перинатологии в Центрально-Азиатском регионе, объединяющий лучшие мировые практики академической, клинической, научной и инновационной деятельности

Научный центр является координатором научных исследований, организационно-методической работы в республике, разрабатывает и внедряет передовые инновационные технологии и методы диагностики, лечения, профилактики. В структуре Центра 7 клинических отделений (акушерское для беременных и родильниц с экстрагенитальной патологией, «Мать и дитя», родильный и операционный блок, неонатологии, гинекологии с детской гинекологией, отделение реанимации и анестезиологии, интенсивной терапии новорожденных), дневной стационар, поликлиника, ЭКО-лаборатория, Республиканская медико-генетическая консультация, отделение лабораторных исследований).

Центр проводит научно-практические конференции и образовательные мероприятия республиканского и международного уровня по актуальным проблемам родовспоможения и репродуктивного здоровья женщин. Ежегодно в центре проходят циклы специализации и усовершенствования более 700 врачей, обучаются более 80 резидентов.

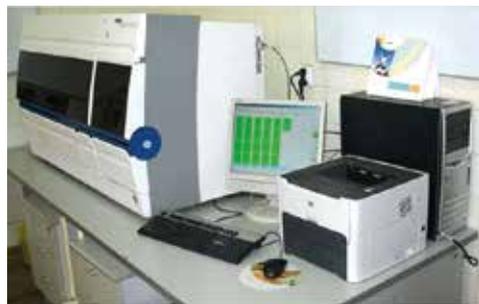
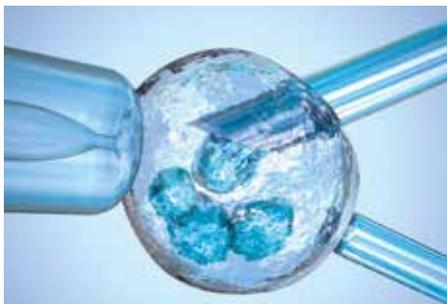
АКУШЕРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



ОТДЕЛЕНИЕ НЕОНАТОЛОГИИ



ОТДЕЛЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ



УЧРЕДИТЕЛИ ЖУРНАЛА:
Национальная ассоциация акушеров-гинекологов
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

**АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ
ЖӘНЕ ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

**АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ И
ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

3(79) • 4(80) 2019 г.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор: Д.Д. Мирзахметова
д.м.н., профессор Л.С. Каюпова (зам. главного редактора)
к.м.н. А.Т. Терликбаева (зам. главного редактора)
к.м.н. Д.Н. Салимбаева (ответственный секретарь)

Члены: д.м.н., профессор Н.А. Каюпова
д.м.н., член-корр. НАН РК В.Н. Локшин
д.м.н., профессор А.М. Доцанова
д.м.н. А.Н. Кожзахметов
д.м.н. Т.Г. Кравцова
д.м.н. А.М. Курманова

д.м.н., профессор Н.М. Мамедалиева
д.м.н., профессор Г.С. Мурзабекова
д.м.н., профессор А.Т. Раисова
д.м.н., профессор Г.С. Святова
д.м.н., профессор Т.М. Укыбасова
д.м.н., профессор М.Н. Шарифканова

Журнал издается
с 2000 года

Адрес редакции:
г. Алматы, 050020
пр. Достык, 125
тел. 8(727) 3004528
факс 8(727) 2645691

ISSN1680-0818
Почтовый индекс
для организаций - 25794
для индивидуальных
подписчиков - 75794

Лицензия на издательскую
деятельность
ЛР № 1008-Ж от 19.12.1999 г.
№ 1798-Ж от 05.03.2001г.
№ 8184-Ж от 27.03.2007 г

Отпечатано в типографии
ТОО «Print House Gerona»
г. Алматы, ул. Сагпаева, 30а/3 оф. 124
тел. +7 (727) 398 94 59, 398 94 60

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

д.м.н. З.О. Базылбекова (г. Алматы)
д.м.н. Г.Б. Бапаева (г. Нур-Султан)
С.Т. Кашенцева (г. Петропавловск)
И.Л. Копобаева (г. Караганда)
д.м.н., профессор И.П. Коркан (г. Алматы)
д.м.н. Б.С. Магаждарова (г. Нур-Султан)
Е. С. Омарбеков (г. Усть-Каменогорск)
д.м.н. С.Н. Рыжкова (г. Актобе)
д.м.н. профессор Т.К. Чувакова (г. Нур-Султан)
И.А. Янцен (г. Костанай)
Е. С. Омарбеков (Усть-Каменогорск)

В сборнике представлены разработки ведущих ученых в области родовспоможения, гинекологии и перинатологии, мнения специалистов, опыт практических врачей, освещены вопросы профилактики, тактики ведения и лечения различных осложнений, а также применение современных технологий.

Сборник предназначен для врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, родовспомогательных учреждений, организаторов здравоохранения.

Редакционная коллегия за стилистику и достоверность статистических данных в опубликованных статьях ответственности не несет.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Кравцова Т.Г.

Оптимизация развития акушерской службы Туркестанского региона.....8

Наханова Ж.К.

Ана мен бала денсаулығын сақтау саласын жақсартудың маңызды тетіктері.....11

Аязбеков А.К., Утеулиев Е.С., Нурхасимова Р.Г.

Экстрагенитальды патологиялары бар жүктілік кезінде асқынулардың профилактикасы - алғашқы медико-санитарлық көмектің маңызды міндеті (әдебиетке шолу).....13

Искакова М.Б, Сағындыкова Б.Б, Кулманбетова Ф.К

Анализ материнской смертности и критических состояний при остром нарушении мозгового кровообращения в разрезе регионов республики Казахстан за 6 месяцев 2019 года.....20

Тажиханова Т.Т., Ким Д.А.

Материнская смертность от экстрагенитальной патологии в 2016-2018 гг. в Республике Казахстан.....22

Каюпова Н.А., Каюпова Л.С., Терликбаева А.Т

Национальный регистр в области женского бесплодия в Республике Казахстан.....26

Даутова А.Ю.

Цифровизация медицинской помощи: перспективы и препятствия.....29

II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ПЕРИНАТОЛОГИИ

Егембердиева Р.А., Дуйсенова А.К., Утаганова Т.К., Саркулова Д.С.

Исход фульминантного гепатита у беременной.....38

Ибраева Д.Е., Махмутов Н.Т., Нурхасимова Р.Г., Досжанова Р.М., Аязбеков А.К.

Опыт органосохраняющих операций при истинном приращении плаценты.....40

Курмангали Ж.К., Жантагулов Д.А., Жантагулова Г.Н.

Современные подходы функциональной диагностики. Состояния внутриутробного плода: клинические наблюдения.....46

Мицкевич Е.А.

Факторы риска истмико-цервикальной недостаточности у беременных.....50

Тажиханова Т.Т., Ким Д.А.

Материнская смертность, ассоциированная с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (обзор).....55

III. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГИНЕКОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Алиева Т.Д.

Урогенитальные микоплазмы: количество имеет значение?
Клиндабиокс как препарат выбора.....62

**Доцанова А.М., Даниярова Л.Б., Гребенникова Г.А., Нурпеисов Т.Т.,
Хан В.В., Чибисова А.В., Глушкова Н.Е.**

Элиминация дефицита витамина D как важный фактор сохранения здоровья
матери и ребенка.....72

Есмуратова М., Кравцова Т.Г.

Актуальные аспекты диагностики синдрома Майера-Рокитанского-Кюстнера- Хаузена
(клинический случай).....75

Курбаниязова С.А., Нурхасимова Р.Г., Искакова Г.Ш., Юнусова С.Т.

Экологиялық қолайсыз аймақта тұратын қызбалалар мен жасөспірім қыздардың
репродуктивті денсаулық жағдайының ерекшеліктері.....77

Кушкарлова А.А., Нурхасимова Р.Г., Торгауытова Ж.Е.

Экологиялық қолайсыз аймақта тұратын қыз балалар мен жасөспірім қыздардың
қынап биоценозының ерекшеліктері.....80

Мамедалиева Н.М., Утегенова А.А.

Современные принципы лечения вагинальных инфекций.....84

Садуакасова Ш.М., Якупова Г.М., Манасова И.К., Саркулова Д.

Терапия комбинированными оральными контрацептивами гиперплазии эндометрия
в позднем репродуктивном и перименопаузальном возрасте.....88

Құдайбергенова С.С., Сыздықова Г.Ж., Оразбахов Ж.Б., Жүнісов Д.С., Ибраева Д.Е.

Кентау орталық қалалық аурухана деңгейіндегі эндовидеогинекологияның өзіндік алатын
орны.....91

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКОЙ СЛУЖБЫ ТУРКЕСТАНСКОГО РЕГИОНА

Кравцова Т.Г.

*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы, Казахстан*

Мониторинг процесса оказания акушерской помощи позволяет оценить её качество и уровень устранения выявленных проблем, определить задачи, стоящие перед службой на предстоящий период. Туркестанская область и г. Шымкент являются правопреемниками Южно-Казахстанской области по оказанию перинатальной помощи с её достижениями и проблемами. Динамика показателей основных индикаторов демонстрирует несомненное и уверенное движение вперёд. За 10 лет уровень материнской смертности (далее – МС) имеет целенаправленное снижение.

Как представлено в таблице 1, за 10 лет МС в регионе снизилась почти втрое. Рассмотрение показателя отдельно по городу и области, проведенное за 2 года, вызывает некоторое удивление. В 2018 показатель МС по области был вдвое выше городского (15,2 и 8,0 соответственно), в 2019 году ситуация изменилась: по области показатель 8,3, по городу 11,3. За 8 месяцев 2019 года по Туркестанской области 3 случая МС, по г. Шымкенту – 2. Структура МС по Туркестанской области: АК (акушерские кровотечения) 1 случай (33%), ЭГЗ (экстрагенитальные заболевания) 2 случая (66%); по г. Шымкент: ТЭЛА (тромбоэмболия легочной артерии) 1 случай (50%), ЭГЗ 1 случай (50%). В настоящее время показатели по области и по городу существенно ниже республиканского – 13,8. При проведении экспертизы случаев МС за период 2014-2017гг по Южно-Казахстанской области было выявлено 9 случаев неучтенных МС, следовательно, необходимо контролировать этот раздел работы.

Таблица 1 - Динамика показателей МС за 10 лет.

Регион	2009	2010	2013	2017	2018	По меморандуму 2018 г.
ЮКО	37,8	26,4	12,8			
Туркестанская область				14,0	10,3	11,2
г. Шымкент				15,6	19,6	8,7
РК	36,8	22,7	12,6	14,8	14,0	11,3

По структуре МС (таблица 2) очевидно смещение акцентов по сравнению с 2013 годом. В тот период в регионе были проблемы с оказанием помощи при ЭГЗ у беременных, при акушерских кровотечениях и акушерском сепсисе. По Туркестанской области эти проблемы оставались в 2018 году, в 2019 году в структуре преобладают ЭГЗ. По городу Шымкент прослеживается проблема оказания помощи при гестозах и их осложнениях, что осталось и в 2019 году.

Таким образом, в регионе остались управляемые причины МС – кровотечения, преэклампсия/эклампсия и её осложнения. Следовательно, по этим направлениям необходимо усилить работу для их устранения.

Таблица 2 – Структура МС (в % от общего абсолютного числа случаев МС).

Регион	АК		ПРЭ/Э		ЭГЗ		ЭОВ/ТЭЛА		Сепсис		Разрыв матки	
	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018
Туркестанская область	20,0	33,0	-		40,0	66,0	20,0		10,0		10,0	
г. Шымкент				50,0				50,0				
РК	18,4	12,5	8,2	21,4	26,5	26,8	10,2	17,0	12,2	14,3	6,1	1,8

Примечание: за 2013 год данные по региону – Южно-Казахстанская область. ПРЭ/Э-преэклампсия/эклампсия, ЭОВ-Эмболия околоплодными водами

По критическим состояниям (далее – КС) в 2013 году по Южно-Казахстанской области были зарегистрированы 751 критических состояния – 37,8% от всех КС в стране, доля родов в ЮКО составляла 20,1% от всех родов в РК (таблица 3). В 2018 году зарегистрированы 401 КС, что составило 32,8% от всех КС в стране, при доле родов 19,5%. При сохраняющемся первенстве количества родов существенно снизилось число КС по региону, это сопоставимо со снижением показателя МС, что является положительным фактором, если сохранится устойчивость этого процесса. Сохранение направленности показателей будет свидетельствовать о фактическом улучшении оказания акушерской помощи в регионе.

Таблица 3 – Структура критических состояний по региону (доля в % от общего числа КС в регионе) 2013-2018 годы.

Регион	АК		ПРЭ/Э		ЭГЗ		сепсис		АЭ/ТЭЛА		Р.матки	
	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018
ЮКО	16,9		21,0		60,3		0,3		0,9		0,6	
Туркестанская область + г. Шымкент		16,4		20,0		46,2		11,7		5,8		
РК	20,3	34,0	27,9	21,2	50,0	29,7	0,65	10,6	0,7	4,4	0,5	

Структура критических состояний по региону изменилась в сторону снижения доли тяжелой соматической патологии за счет резкого повышения количества случаев сепсиса, что является отражением общей направленности смещения структуры по стране в сторону гнойно-воспалительных осложнений (таблица 4).

Структура МС в случае полноценной регистрации, адекватного оказания помощи в определенной степени коррелирует с показателями республики, чего не наблюдается в данном регионе, это требует анализа заболеваемости родильниц (таблица 4).

Таблица 4 – Структура МС и КС по региону в 2018 году (доля в % от общего числа случаев в регионе)

Регион/показатель	АК	ПРЭ/Э	ЭГЗ	сепсис	АЭ/ТЭЛА
Туркестанская область + г. Шымкент					
МС	40%	40%	10%	-	10%
КС	16,4	20,0	46,2	11,7	5,8
РК					
МС	12.5	21.4	26,8	14,3	17,0
КС	34,0	21,2	29,7	10,6	4,4
Примечание: АЭ-акушерская эмболия					

Данные по стране свидетельствуют об улучшении оказания помощи при акушерских кровотечениях, о гипердиагностике или необходимости улучшения помощи при акушерской эмболии и тромбоемболических осложнениях. Экспертиза историй скорее подтверждает гипердиагностику этих состояний при некачественном проведении патоморфологического исследования. По региону четко прослеживаются проблемы с оказанием помощи при акушерских кровотечениях, гестозах. Проблема сепсиса требует изучения: или имеет место гипердиагностика сепсиса или действительно своевременная диагностика и адекватное лечение, включая оперативное, дают такой положительный результат, что заслуживает несомненного анализа и передачи опыта по стране.

Данные по КС за 6 месяцев 2019 года: по стране всего – 474, доля к родам – 0,24%, по Туркестанскому региону – 59, доля к родам – 0,24%, по г. Шымкент – 34, доля к родам – 0,26%. Соответствие доли КС уровню по стране при снижении показателей МС также могут свидетельствовать об улучшении оказания акушерской помощи в случае качественной регистрации этих состояний.

В 2013 году системными проблемами в регионе были: несоблюдение клинических протоколов, недооценка тяжести состояния при экстренных ситуациях, неадекватная инфузионная терапия при акушерских кровопотерях, дефекты наблюдения после родоразрешения, необоснованная терапия в акушерской практике, не соответствующий патологии объем операции.

Системные проблемы оказания медицинской помощи в г. Шымкенте 2019 год: недооценка тяжести состояния, не соблюдение стандарта оказания АГ помощи и клинических протоколов, формальная диспансеризация беременных, отсутствие интеграции в оказании помощи беременным. Системные проблемы оказания медицинской помощи в Туркестанской области 2019 год: несоблюдение клинических протоколов, формальная диспансеризация беременных, отсутствие интеграции при ведении беременных, недооценка тяжести состояния, неадекватный объем операции, неадекватная инфузионная терапия, страдает организация оказания экстренной помощи. Основные проблемы, влияющие непосредственно на исходы, остались не устраненными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ свидетельствует о положительных результатах в оказании акушерской помощи в регионе в целом, особенно в организационном плане. Остаются проблемы преимущественно клинического направления, которые требуют анализа и принятия практических действий по их решению. Проведение регулярного мониторинга структуры КС, МС, динамики изменений показателей работы акушерской службы с принятием системных решений в Управлении здравоохранения региона по регистрации осложнений, организации оказания неотложной помощи для устранения высоких рисков, реализующихся в практике, позволит добиться устойчивого снижения неблагоприятных исходов в акушерской практике.

АНА МЕН БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ САЛАСЫН ЖАҚСАРТУДЫҢ МАҢЫЗДЫ ТЕТІКТЕРІ

Наханова Ж.К.

*«University medical center» корпоративтік қорының
Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы
Алматы қ., Қазақстан*

Ана мен бала денсаулығын сақтау саласында қазіргі таңда атқарылып жатқан жұмыстар өте ауқымды, көп мүмкіндіктер қарастырылған.

Ана мен бала денсаулығын сақтау қызметінің негізгі міндеттері: демографиялық жағдайларды жақсарту мақсатында әйелдердің репродукциялық денсаулығын нығайту, ана мен бала аурулары және өлім-жітімі деңгейін төмендету, заманауи тиімді перинатальді технологияларды енгізу, ұсынылған медициналық қызметтер сапасын арттыру болып табылады.

«University medical center» корпоративтік қорының Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығының (бұдан әрі - «УМС» КҚ АБҰҒО) жоғары дәрежелі мамандары республикамызда аналар мен балаларға медициналық көмек көрсетуді дамыту мен жетілдіруде елеулі үлес қосуда, жоғары технологиялық медициналық қызметтер көрсетеді.

«УМС» КҚ АБҰҒО – медициналық көмектің жоғары деңгейін көрсететін академиялық медициналық орталық болып табылады. Мақсаты – Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерге шықпай-ақ жоғары технологиялық медициналық көмектің барлық спектрін алу мүмкіндігін ұсыну.

Жоғары мамандандырылған клиниканың дәрігерлері үнемі барлық жаңа әдістер мен технологияларды енгізе отырып, өз жұмысын сапалы жетілдіруде. Алыс және жақын шет елдердің мамандарымен бірлесе отырып тәжірибе алмасады, семинарлар мен мастер-кластар өткізіледі.

Балалардың бүйрек пен бауыр, сүйек кемігі трансплантологиясы жетекші орынды иеленеді. Балалар онкологиясы мен гематология саласында Лангерганс жасушаларынан гистицитоздың жоғары дозалы химиотерапиясы (LCH – III), жедел лейкоздардың жоғары дозалы химиотерапиясынан (ALL-BFM, AML-BFM) жоғары технологиялы медициналық қызмет көрсетіледі. Шетелдік әріптестермен тығыз байланыста жұмыс атқарылуда.

«Аяла» және «Асыл бала» қайырымдылық қорларымен бірлескен жобалар, сондай-ақ ЮН-ФПА және ЮНИСЕФ, ДДСҰ халықаралық ұйымдарымен тығыз ынтымақтастықта, өзара іс-шаралар өткізіліп тұрады.

Бейінді салаларды жетілдіруге бағытталған балалар онкологиялық және гематологиялық көмекті, оториноларингологиялық және сурдологиялық қызметін, жүйке-бұлшық ет аурулары бар балаларға медициналық көмекті, нефрологиялық және трансплантологиялық қызметті, туа біткен жұлын жарықтары бар (Spina Bifida) балаларға медициналық көмек көрсетуді жетілдіру мен балаларда сирек кездесетін ауруларды диагностикалау мен емдеудің жаңа стандарттарын енгізу бойынша Жол карталарының талаптарын орындауда.

Ана мен баланың денсаулығын жақсарту үшін республикамызда Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрінің 2018 жылғы 16 сәуірдегі № 173 бұйрығы Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру Стандарты, Қазақстан Республикасында ана өлім-жітімін азайту жөніндегі 2019 жылға арналған іс-шаралардың жедел жоспары, (2019 жылғы 29 қаңтардағы № 27 бұйрық), Қазақстан Республикасында нәресте және бала өлімін азайту жөніндегі 2019-2021 жылдарға арналған іс-шаралар жоспары (2019 жылғы 15 ақпандағы №60 бұйрық) бекітіліп, осы бағытта іс-шаралар атқарылуда.

«УМС» КҚ АБҰҒО Қазақстан Республикасының Солтүстік-Шығысының 8 аймағына (Ақмола, Ақтөбе, Атырау, Солтүстік Қазақстан, Павлодар, Қарағанды, Қостанай облыстары

және Нұр-Сұлтан қаласы) ана мен бала денсаулығын қорғауда жетекшілік етеді. Аймақтарға ұйымдастыру-әдістемелік жұмыс, практикалық көмек көрсету, медициналық көмек көрсету сұрақтары бойынша телефон арқылы кеңес беру, телемедицина, санитарлық авиация, медицина қызметкерлерінің білімін жетілдіру, арнайы медициналық көмек, жоғары технологиялы медициналық қызмет деңгейінде көрсетілген инновациялық технологияны аймақтарға келесі трансферттік жолмен жеткізу бағытында көмек көрсетеді.

2015-2018 жылдары санитарлық авиация бойынша әуе санитарлық транспортымен барлығы 271 ұшу болды, оның ішінде әрбір үшінші босандыру бойынша: жүкті, босанушы және босанған әйелдерге көмек көрсетілді. Соңғы 3 жылда санитарлық авиациямен ұшуға өтініштер саны төмендеді, сонымен қатар профильді мамандармен телемедициналар саны 38,8% (698) артты. Қазіргі таңда телемедицина бағыты өте тиімді, әрі оңтайлы әдіс болып табылады. Болашақта телемедицинаның ықпалы өте зор болады.

2018 жылы 74 білім беру шаралары өткізілді: 6 жұмыс орнында тағылымдамадан өту, 30 біліктілікті арттыру циклы (оның ішінде 1 көшпелі, 8 дистанционды құралды қолданумен), 11 көшпелі шеберлік сыныбы (мастер-класс), 25 семинар (оның ішінде 11 көшпелі), 2 қайта даярлау циклі. Барлығы 806 маман даярланды, оның ішінде 504 өңірлердің келгендер: Астана қаласы - 302, Алматы қаласы – 3, Ақмола облысы – 104, Алматы облысы – 1, Ақтөбе облысы – 9, Атырау облысы – 2, Қарағанды облысы – 106, Оңтүстік Қазақстан облысы – 12, Шығыс Қазақстан облысы – 51, Маңғыстау облысы – 40, Қостанай облысы – 2, Солтүстік Қазақстан облысы – 2, Павлодар облысы – 117, Қызылорда облысы – 40, Батыс Қазақстан облысы – 13, Бурятия Республикасы – 1, Ресей Федерациясы – 1.

«УМС» КҚ АБҰҒО-ның ғылыми-практикалық және білім беру бағыты – акушерлік және гинекология, педиатрия, балалар хирургиясы, онкология, генетика саласында ғылыми жобаларды іске асыру, ақпараттық жүйелерді біріктіру, мобильдік цифрлық қосымшаларды қолдану, инновациялық технологияларды енгізу, «қағаз қолданбайтын ауруханаға» көшу арқылы медициналық көмектің қолжетімділігі мен тиімділігін арттыру.

Медицинада ауруларды диагностикалау мен емдеудің тиімділігін айтарлықтай арттыратын генетикалық талдау мен жасанды интеллект технологияларын енгізуіміз керек.

Бүгінгі күннің басты мәселесі – халқымызды сауатты медициналық кадрлармен қамтамасыз ету және оларды сапалы даярлау болып табылады.

Назарбаев Университетінің Медицина мектебінде біріктірілген университет клиникасы жұмыс істейді, біздің клиника да солардың қатарында.

Халық денсаулығының болашағы - әр адамның өз денсаулығына жауапкершілігімен қатар, білікті медицина мамандарының үлесінде.

Қорыта айтқанда, аналар мен балалардың аурулары мен олардың асқынуларының алдын алу үшін жоғарыда көрсетілген тетіктерді (Бұйрық, Жол карталары мен Стандарт) дер кезінде орындау болып табылады.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬДЫ ПАТОЛОГИЯЛАРЫ БАР ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ АСҚЫНУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ - алғашқы медико-санитарлық көмектің маңызды міндеті (әдебиетке шолу)

Аязбеков А.К.¹, Утеулиев Е.С.¹, Нурхасимова Р.Г.²

*¹ «ҚДСЖМ» Қазақстан Медицина Университеті
Алматы қ., Қазақстан*

*² Қ. А. Ясауи атындағы ХҚТУ
Түркістан қ., Қазақстан*

ТҮЙІНДЕМЕ

Жүкті әйелдерде экстрагениталды патология кезіндегі асқынулардың профилактикасын арнайы және арнайы емес деп бөлу ұсынылды. Арнайы профилактика - негізгі аурудың асқынуының алдын алуға бағытталған, оның сипаты диагнозымен анықталады. Арнайы емес профилактика - экстрагениталды патологияның ағымын күшейте алатын жүктіліктің бірқатар субклиникалық көріністерінің алдын алуға мүмкіндік беретін іс-шаралар кешені. Арнайы емес профилактикалық шаралар барлық жүкті әйелдерге көрсетілген, олардың сипаты диагнозға байланысты емес. Жүктілік барысында жұкпалы аурулардың әсерінен пайда болған асқынулардың алдын алудың негізгі жолдары сипатталған.

Түйін сөздер: жүктілік, экстрагениталды патология, асқынулар

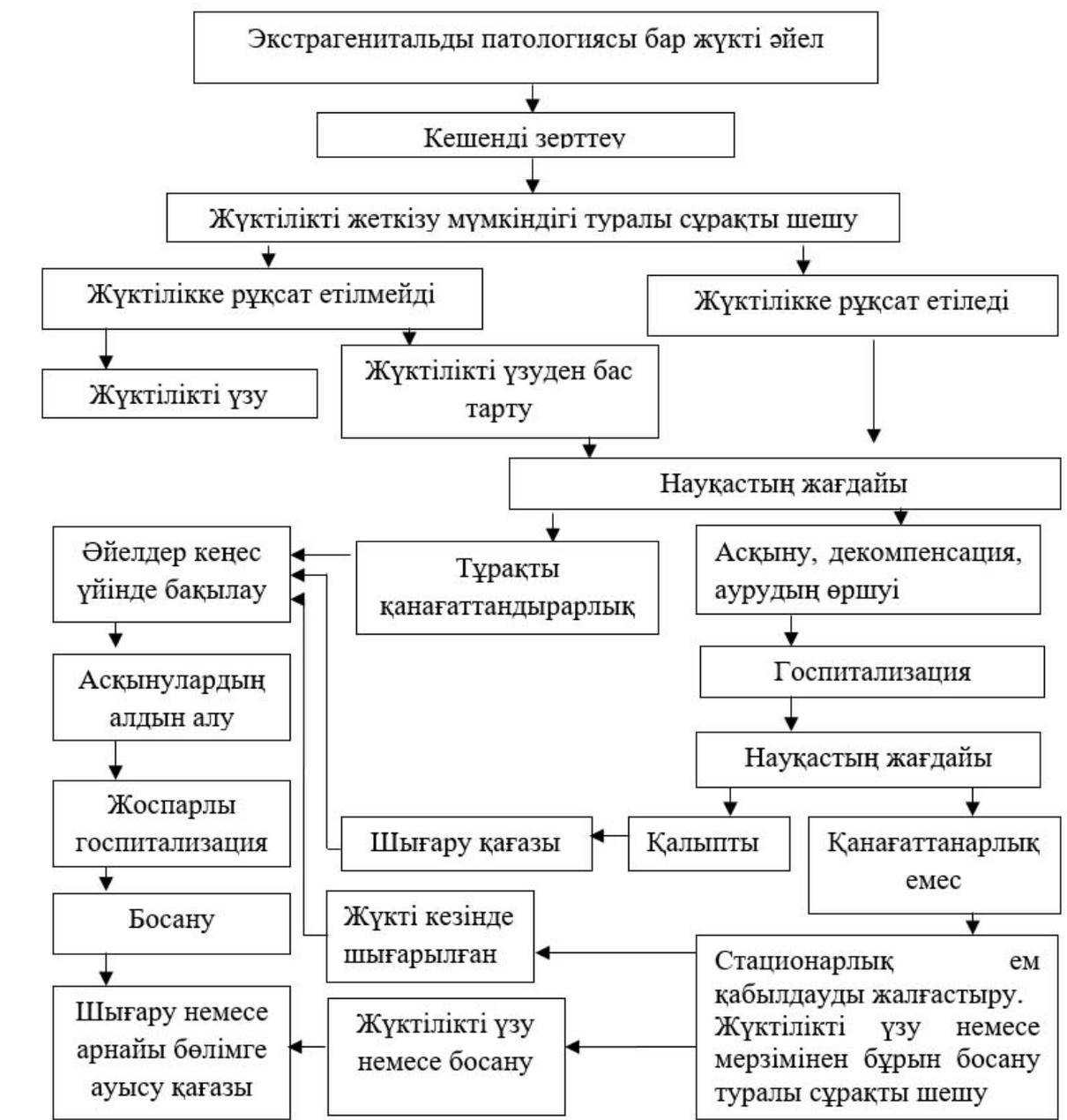
Акушериядағы экстрагениталдық патологияның кездесуі әлі де төмендемей тұр. Және бұл жерде оның жиілігінің ұдайы өсуі жалпы халық денсаулығының нашарлауымен және жүктілер арасында 35 жастан асқан әйелдердің үлес салмағының артуымен байланысты. Біріншіден, кейбір ауыр экстрагениталдық аурулар ана өлімінің себебі болып табылады, екіншіден, бірқатар аурулар перинаталдық ауру мен өлім-жітімнің едәуір өсуіне әкеледі, үшіншіден, экстрагениталдық патология кезінде жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдегі асқынулардың жиілігі заңды түрде жоғарылайды, төртіншіден, анаға да, перинаталдық өлім - жітімге де, тіпті жүктілік асқынуларының жиілігіне да әсер етпей, табиғи емес жолмен босану қажеттілігін тудырады [3]. Жоғарыда аталғандарға байланысты экстрагениталдық патологиясы бар жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту жалпы акушерлік қызмет көрсеткіштерін жақсартудың ең перспективалық жолдарының бірі болып қала береді және бұл әйел халқының үлкен контингенттерінің денсаулығын сақтау аса маңызды болып табылады. Суретте экстрагениталды патологиясы бар жүкті әйелдерді жүргізу тактикасының тиімді жолдары көрсетілген. Осы мақалада біз ең маңызды мәселелердің бірі – жүктілік кезіндегі асқынулардың алдын алуға тоқталамыз. Біздің көзқарасымыз бойынша, экстрагениталдық патология кезіндегі алдын алу шаралары екі бағытта жүргізілуі тиіс.

Арнайы профилактика, бірінші кезекте, негізгі аурудың асқынуын/декомпенсациясын болдырмауға немесе асқынуының алдын алуға бағытталған. Арнайы профилактикалық шаралар науқастың диагнозына байланысты жүргізіледі.

Арнайы емес профилактика - бұл экстрагениталды патологиясы бар барлық жүкті әйелдерге көрсетілген іс-шаралар. Арнайы профилактикалық шаралар әртүрлі, сол себепті жүкті әйелдерде кездесетін аурулардың алуан түрлілігімен анықталады. Оларды бір мақалада егжей-тегжейлі сипаттау немесе бағыттарын белгілеу мүмкін емес. Сонымен қатар, арнайы алдын алу - бұл, негізінен, терапевттің міндеті. Сондықтан біз осы беттерде барлық, соның ішінде дені сау жүкті әйелдерге де көрсетілетін, акушер-гинеколог маманы жүргізетін арнайы емес профилактикаға тоқтаймыз, бірақ оның экстрагениталдық патологияда да маңыздылығы ерекше.

Арнайы емес профилактика жалпы алғанда, жүктілік кезіндегі экстрагенитальдық ауруларды күшейтетін, бірқатар субклиникалық көріністердің алдын алуға мүмкіндік беретін іс-шаралар кешені болып табылады. Бұдан басқа, арнайы емес профилактикаға іс жүзінде барлық немесе көптеген ауруларға тән патологияның кейбір жалпы механизмдеріне бағытталған іс-шаралар, яғни: оксидативтік стреске дейін еркін радикалды үдерістерді белсендіру, мембраналардың құрылымдық-функционалдық қасиеттерінің бұзылуы, эндотелиалды дисфункция жатады.

Экстрагенитальды патология кезіндегі асқынулардың арнайы емес профилактикасының негізгі бағыттары қандай?



Сурет-1. Экстрагенитальды патологиясы бар жүктілерді жүргізу алгоритмі

Көптеген зерттеулер дәлелдегендей, **темір тапшылықты қан аздық** жүктілік кезінде дамиды [8, 16, 19]. Босану мерзіміне қарай темір тапшылығы жүкті әйелдердің 90% -ында болады, ал 20-60% -ында манифесттік қан аздық дәрежесіне жетеді. Бұл жүктілік кезінде (6 мг/тәу) темірге қажеттіліктің айтарлықтай жоғарылауымен байланысты, ол тек тамақтану есебінен

толтырылуы мүмкін емес. Сондықтан темірдің қосымша экзогенді енгізілмеуі организмдегі микроэлемент депосы есебінен ішінара қанағаттандырылады: осыдан жасырын (латентті) темір тапшылығы туындайды. Бұл клиникалық маңызды жағдай және иммунологиялық реактивтіліктің төмендеуіне (инфекциялық асқынуларға бейімділік), құрамында 72 темір бар ферменттер қатысатын көптеген биохимиялық процестердің бұзылуына (бірінші кезекте тотығу реакциялары), бейімделудің бұзылуы мен жүйке жүйесі функцияларының өзгеруі сияқты жағымсыз салдарға әкеп соғады. Темір тапшылығының және жүкті әйелдегі қан аздықтың аса маңызды теріс салдары - ұрықта темір депосының жеткіліксіз қалыптасуы болып табылады, бұл баланың денсаулығы үшін жаңа туған кезеңде ғана емес, сонымен қатар, өмірінің бірінші жылында да маңызы зор. Жүкті әйелдердегі темір тапшылығының алдын алу үшін, толыққанды тамақтанудан басқа, жүктіліктің бірінші жартысында 30-40 мг мөлшерде (қарапайым темірге қайта есептегенде) және екінші жартысында 60-80 мг мөлшерде екі валентті темірі (сульфат түрінде жақсы) бар препараттарды қабылдау көрсетілген [22]. Темір тапшылығының қаупі жоқ әйелдер үшін жүктілікке дейін (жеткіліксіз тамақтану, созылмалы энтерит, гастрэктомиядан немесе резекциядан кейінгі жағдай 2/3 асқазаннан кейінгі жағдай, жіңішке ішектің кең ауқымды резекциясынан кейінгі жағдай, антацидтерді ұзақ қабылдау, қайталанатын асқазан-ішек қан кетулері, эндометриоз, жатырдың симптомдық лейомиомы, мол және ұзақ айлық геморрагиялық диатездер және т. б.) құрамында темірі бар препараттарды профилактикалық қабылдауды ІІ триместрден бастауға болады.

Фолий тапшылығының жүктілік кезінде алатын орны ерекше, ДНҚ және РНҚ биосинтезіндегі осы витамин - пуринді және пиримидинді негіздердің пайда болу коферментінің негізгі рөліне байланысты [11]. Сонымен қатар, фолий қышқылы амин қышқылдарының (метионин, серин, глицин, гистидин) синтезі мен метаболизміне қатысады. Осылайша, ол маңызды үдерістерді: жасушалардың бөлінуін (бластогенез, эмбриогенез, қан түзілу, регенерация), өсуі мен дамуын (фетогенез, постнаталды онтогенез) қамтамасыз етеді [18]. Жүктілік кезінде фолий қышқылына қажеттілік екі есе артады және тәулігіне 400-600 мкг құрайды (АҚШ-та 800-1000 мкг/тәул қабылданды). Сонымен қатар, біртіндеп жоғарылайтын және жүктіліктің соңында максимумға жететін темірге деген қажеттілікке қарағанда, фолий қышқылына деген қажеттілік ұрықтанудан кейін бірден максимумға жетеді және жүктіліктің соңына дейін жоғары күйінде қалады. Ағзада фолий қышқылы іс жүзінде синтезделмейді және барлық қажеттілік тамақ есебінен толықтырылатынын есте сақтау керек. Бұл витамин тапшылығының ең көп тараған ауыр салдары – жүйке жүйесінің даму ақаулары болып табылады. Сонымен қатар, фолий қышқылының тапшылығы дамудың басқа да ақауларына: өздігінен түсік тастаудың, плацентаның патологиясына, мерзімінен бұрын босануға, ұрықтың өсуінің кідіруіне, сондай-ақ макроцитарлық қан аздықтың дамуына әкеліп соқтырады. Жүкті әйелдердегі қан аздық жағдайларының жартысынан астамы темір және фолий тапшылығынан туындайды.

Фолий қышқылы тапшылығының қауіп факторларына жеткіліксіз тамақтану, көптеген экстрагениталды аурулар (асқазан-ішек жолдарының патологиясы, дәнекер тінінің жүйелі аурулары, гемолитикалық жағдайлар және т. б.), тырысуға қарсы препараттарды тұрақты қабылдау жатады [18]. Жүктілік барысында фолий қышқылының алатын орны ерекше, сондықтан ұрықтанудан бастап фолий қышқылын 350-500 мкг/тәул мөлшерінде профилактика ретінде қабылдау керек. Оны дәрігерлер ұрықтанудан 1 ай бұрын және жүктіліктің соңына дейін қабылдауды ұсынады [9]. Фолий қышқылына қажеттілік артқан жағдайда (антиконвульсанттарды тұрақты қабылдау, анамнезінде ОЖЖ ауытқуы бар баланың тууы) мөлшер 1-2 мкг/тәул дейін ұлғайтылуы тиіс. Жүктілік кезінде фолий қышқылын қосымша тұтынудың пайдасы рандомизацияланған бақыланатын зерттеулермен дәлелденген. Атап айтқанда, ұрықтағы ОЖЖ ауытқуларының жиілігі төрт есеге (популяциядағы 3,5:1000 қарсы 0,9:1000 дейін) төмендегені көрсетілген. Жүктілік барысында басқа да – йод, кальций, мырыш, селен, басқа микроэлементтер, дәрумендер тапшылықтары орын алады, бірақ қазіргі таңда оларды дәрі-дәрмектің көмегімен толтыру немесе алдын алу қажеттілігі жөнінде нақты дәлел жоқ. Сонымен қатар, экстраге-

ниталдық патология кезінде осы өте маңызды биологиялық белсенді заттардың тапшылығын ескеру қажет.

Бұл тапшылықтардың алдын алу - түрлі рационды толыққанды тамақтану, сондай-ақ, әрбір компонентте жүкті әйелдер үшін тәуліктік қажеттілік ескерілген, қазіргі заманғы дәруменді-микроэлементтік кешендерді қабылдау есебінен жүзеге асырылуы тиіс. Йод пен кальций тапшылығының алдын алу маңыздылығын ерекше атап өту керек. Жүктілік кезінде йодқа деген қажеттілік 200 мкг/тәул дейін өседі. Бұл ретте жүкті әйелде йод экскрециясы жоғарылайды. Нәтижесінде, жүктілікке дейінгі йодты тамақ өнімдерімен тұтыну жағдайында, әсіресе эндемиялық аудандарда міндетті түрде **йод тапшылығы** дамиды. Бұл қалқанша безі көлемінің ұлғаюымен қоса, сондай-ақ латентті гипотиреозға да алып келеді. Экстрагениталды патологияда ол үлкен маңызға ие, өйткені негізгі ауру ағымының нашарлауына, сондай-ақ жүктілікті өздігінен үзілуіне ықпал етуі мүмкін. Йод тапшылығы ұрыққа да теріс әсер етеді, балалардың қалқанша безінің патологиясымен (зоб, гипотиреоз), бейімделу реакцияларының бұзылуымен туылуына себепші болады [4, 5, 13].

Жүктілік кезінде **кальцийге деген қажеттілікте** айтарлықтай артады. Сүт өнімдерін күнделікті тұтына отырып, толыққанды тамақтанумен қатар, фармакологиялық препарат ретінде кальцийді 1-2 г (кальцийге қайта есептегенде элемент) мөлшерінде қосымша қабылдау керек [1, 5, 9]. Бұл жағдай көптеген ірі акушерлік басшылықтарға енгізілген, бірақ оны дәлелденген деп санауға болмайды. Сол себепті, барлық жүкті әйелдерге кальций препараттарын тағайындау ұсынысы стандартты деп көрсетілмеген. Бірақ, 20 аптадан бастап (кейбір дерек көздерінде 16 аптадан бастап) кальцийді 2 г/тәул мөлшерінде тұрақты қабылдау туралы ереже - жоғарғы қауіп тобындағы жүкті әйелдерде преэклампсия ықтималдығын төмендететіні дәлелденген. Жүктілік кезінде кальций препараттарын профилактикалық қабылдау зиян емес, ал преэклампсияның дамуы бойынша қауіп тобындағы әйелдер үшін пайдалы екенін мойындау керек. Гипокальциемияның ең маңызды салдары - ана мен жаңа туған нәрестедегі гиперпаратиреоз болып табылады.

Жүктілік **көктамырлық асқынуларға** – тромбоздарға және тромбоэмболияларға бейімділікті тудырады. Олардың қауіпі сол жастағы жүкті емес әйелдермен салыстырғанда 4-6 есе артады және 1000 жүктілікке шаққанда 3-9 жағдайды құрайды [1, 2, 23]. Босанғаннан кейін тромбоздар мен тромбоэмболиялардың таралуы одан да артады. Бұл қанның ұю жүйесінің өзгерістерінен (фибриноген, протромбин концентрациясының жоғарылауы, VII, VIII, IX және X факторлары) және аяқ-қолдың көктамырлық қан ағыны жылдамдығының айтарлықтай баяулауынан туындаған. Бұл физиологиялық өзгерістер жүктіліктің екінші жартысынан басталады және мерзімнің ұлғаюымен күшейе түседі. Көптеген экстрагениталды аурулар кезінде олар тромбоэмболия қауіпі бар флеботромбоздың дамуына ықпал ететін қосымша фон сипатына ие болады. Қан ұю жүйесінің және көктамырлық қан ағымының жоғарыда сипатталған өзгерістері жүректің барлық аурулары, асқынған жүрек жеткіліксіздігі, дәнекер тінінің жүйелі аурулары (бірінші кезекте, жүйелі қызыл волчанкада), нефротикалық синдром, қант диабеті, қан ұюының жоғары аурулары (антитромбин III тұқым қуалайтын тапшылығы, С және S протеиндері, дисфибриногемиялар, пароксизмальді түнгі гемоглобинурия), гомоцистинурия, жүрек функциясының созылмалы аурулары, аяқ-қолдың созылмалы веноздық жеткіліксіздігі кезінде ерекше маңызға ие. Аталған аурулардан басқа, қауіп факторларына: әйел жасының 40-тан жоғары болуы, анамнезінде төрт және одан да көп босану, семіздік, тромбоэмболия эпизодтары немесе ауыр жарақаттар (эндотелия тұтастығының бұзылуы) жатады. Өкінішке орай, экстрагениталды патологиясы бар жүкті әйелдерге, дені сау әйелдерге қарағанда ұзақ төсек режимі жиі тағайындалады, бұл әрине өте қолайсыз жағдай. Босанғаннан кейінгі кезеңге келетін болсақ, онда тромбоздар мен тромбоэмболиялар қауіпі кесар тілігі операциясынан кейін, әсіресе операциядан кейінгі әйелдің ұзақ иммобилизациялануы кезінде айтарлықтай жоғары болады. Естеріңізге сала кетейік, өмірге қауіпті тромбоэмболиялар аяқтың үстіңгі көктамырларындағы тромбофлебитте өте сирек кездеседі және керісінше, терең көктамырлар тромбозының

асқынуы болып табылады. Терең көктамыр тромбозы 1000 жүкті әйелдің 3-інде орын алатыны белгілі, ал босанғаннан кейін оның жиілігі 4-5 есе артады. Терең көктамырлардың тромбозы бар әйелдердің 24%-да алдын алу шаралары жүргізілмегендіктен, босанғаннан кейін 62,5% әйелдерде өлім-жітім қаупі бар өкпе артериясының тромбоэмболиясы басталады. Адекватты антикоагулянтты профилактика тромбоэмболия қаупін 5%-ға дейін, ал өлім-жітім - 20%-ға дейін төмендетеді [23]. Сол себепті, тромбоздар мен тромбоэмболиялардың алдын алу экстрагениталдық патологиясы бар барлық жүкті әйелдерде арнайы емес профилактика бағыттарының бірі болуы тиіс. Бұл тұрғыда жалпы ұсыныстар тұрақты физикалық белсенділікке, күнделікті серуендеуге және төсек режимін талап ететін жағдайлардың алдын алуға негізделеді. Қауіп тобындағы жүкті әйелдердің гемостаз жүйесі жағдайын бақылау өте маңызды. Терең көктамырлар тромбозына күдік пайда болған жағдайда қосымша тексеру (плетизмография, дуплексті ультрадыбыстық сканерлеу, флебография), артынан емдеу шараларын жүргізу қажет және қауіпсіз орнатылуы да мүмкін. Жүкті әйелге төсек режимі тағайындалған жағдайда табанға тіреуіш жасау керек, аяқты жиі бұту және жазу ұсынылады. Артериялардың варикозды кеңеюі, тіпті тромбофлебитпен асқынған болса да, өкпе артериясы тромбоэмболиясының көзі болып табылады, бұл жағдай мұқият назар аударуды талап етеді. Аяқ-қолдың варикозы кезінде бір күн бойы аяқтың эластикалық компрессиясы көрсетілген және түнде аяқ көтеріңкі күйде (шамамен 20 см) болуы тиіс. Антитромбоцитарлы препараттар (аспирин 100 мг / тәул.) профилактика ретінде тағайындалуы мүмкін. Кесар тілігі алдында міндетті түрде антракциондалған немесе төмен молекулярлы гепаринмен профилактика жүргізіледі, ал операциядан кейінгі кезеңде науқастарды ерте белсендіру шаралары іске асырылады. Көктамыр тапшылығы өршуінің алдын алу және сонымен бірге аяқ-қол көктамырларының созылмалы патологиясы бар жүкті әйелдерде тромб түзілуінің алдын алу мақсатында венотониялық дәрілер ұсынылады. Көптеген клиникалық сынақтарда жүктілік кезінде ең қауіпсіз және апробацияланған цикло 3 форт өсімдік тектес препарат болып табылады [11, 12], оның құрамында тікенек инелер сығындысы, гесперидин метилхалькон және аскорбин қышқылы бар. Тікенек инесінің сығындысы венотониялық әсерге (агонистік әсердің есебінен - көктамыр қабырғасының тегіс бұлшықет қабатының адренорецепторы) ие. Сонымен қатар, ол плазминогеннің эндотелиалды тінінің активаторы арқылы тромб түзілуін болдырмайды. Қан тамырлы қабырғалар өткізгіштігінің төмендеті отырып, гесперидин метилхалькон мен С дәрумені капилляропротекцияны қамтамасыз етеді.

Экстрагениталдық патологиясы бар жүкті әйелдерде амбулаторлық кезеңде **созылмалы инфекция ошақтарының** бар-жоқтығы анықталып, егер табылған жағдайда санациялау жүргізіледі. Бұл тұрғыда анамнезді мұқият жинау, тері қабаттарын мұқият қарау керек. Көптеген әйелдерге стоматологтың, және де жиі – отоларингологтың көмегі қажет болады. Жүкті әйелдердің міндетті диагностикалық зерттеулер тізіміне зәрді бактериологиялық себу кіруі тиіс. Қазіргі таңда бұл **симптомсыз бактериурияны** анықтаудың ең арзан емес тәсілі – ерекше клиникалық маңызы бар (жедел пиелонефрит, ерте босану, перинаталдық инфекциялық асқынулар қаупін арттырады) және міндетті емдеуді қажет ететін жағдай [15, 20, 21]. Несеп жолдары жұқпасының (қант диабеті, иммуносупрессивті жай-күй, созылмалы урологиялық патология) қауіп факторлары бар әйелдерге мақсатты әсері бар фитобор немесе стандартталған фитонирингтік препараттарды пайдалана отырып, профилактика жүргізген жөн. Соңғы онжылдықтарда көптеген ауруларды зерттеу кезінде (егер барлығында болмаса) липидтер мен ақуыздардың қышқылды тотығуын белсендіру, жасушалық мембраналардың құрылымдық-функционалдық қасиеттерінің бұзылуы, эндотелиальды дисфункция сияқты фундаменталды патофизиологиялық механизмдердің іске қосылғандығы дәлелденді. Бұл жұмыстарда, әрине, әр түрлі дәрі-дәрмектік емес және фармакологиялық әсерлердің, соның ішінде жүктілік кезінде профилактикалық немесе емдік әсерлерінің аз дәлелденгендігі көрсетіледі. Осы көптеген әсерлердің ішінен экстрагениталдық патология клиникасында профилактикалық мақсатта неғұрлым орынды және қолдануға болатын табиғи антиоксиданттарды (Е және С витаминдерін) пайдалану, құрамында жоғары w-3 поликанықпаған май қышқылдары бар, ағзада про-

стагаландиндердің 2 сериясындағы және лейкотриендердің 5 сериясындағы және арахидон қышқылымен (теңіз балығы, нерка, басқа да теңіз жануарларының еті) және аминқышқылдары L-аргинин (соя бұршақтары, бұршақ, күнбағыс тұқымы, арпа, арпа жармасы), азот оксидінің ізашары болып табылады. Бұл өнімдер, әрине, экстрагениталды патологиясы бар барлық жүкті әйелдерге пайдалы және толық тамақтанудың компонентті ретінде ұсынылуы тиіс [6, 14, 17]. Экстрагениталдық аурулар асқынуларының арнайы емес профилактикасының өте маңызды және тиімді элементі - жүкті әйелдерді шипажайлық сауықтыру болып табылады. Жүкті әйелдерге арналған мамандандырылған шипажайлардың (шипажайлық бөлімшелердің) мүмкіндіктері үнемі кеңейтіледі. Шипажайдың негізгі міндеті - жүкті әйелді экстрагениталды патологиядан кешенді оңалту (қалпына келтіру емі). Ол үшін шипажайларда медициналық емес әдістердің бай арсеналы пайдаланады: климатотерапия, емдік мөлшерленген жүру, гидроксизотерапия (бассейндегі емдік дене шынықтыру), бальнеотерапия, түрлі физиотерапиялық процедуралар, фитотерапия, психотерапия және т. б. Қарсы көрсетілімдер болмаған жағдайда, шипажайлық сауықтыру экстрагениталды патологиясы бар барлық жүкті әйелдер үшін пайдалы деп есептеуге болады. Негізгі қарсы көрсеткіштер - негізгі аурудың асқынуы/декомпенсациясы немесе оның жедел асқынулары, яғни стационарлық емдеуді қажет ететін жағдайлар болып табылады. Бұдан басқа, шипажайға жүктіліктің айқын үзілу және преэклампсия қаупі бар әйелдерді жіберуге болмайды. Жүкті әйелдерге арналған шипажайды пайдалану әртүрлі экстрагениталдық патологиясы бар науқастарды жүргізудің тұрақты кезеңі болуы тиіс.

Денсаулық сақтаудың профилактикалық бағытының стратегиялық маңызы мен жоғары нәтижелілігі ХХІ ғасырдың басында сақталып қана қоймай, үздіксіз өсуде. Біздің ойымызша, амбулаторлық жүргізу кезеңінде экстрагениталды патологиясы бар жүкті әйелдердегі әртүрлі асқынулардың белсенді профилактикасы – бұл осы әйелдер контингентінде жүктіліктің перинаталдық нәтижелерін жақсартудың ең ақталған жолы. Бұл жағдайдағы профилактика медициналық жағынан ғана емес, экономикалық жағынан да тиімді, себебі госпитализация мен жиі қымбат тұратын дәрі-дәрмекпен емдеудің алдын алуға мүмкіндік береді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Акушерство: Справочник Калифорнийского университета (пер. с англ.) / Под ред. К.Нисвандера, А.Эванса.-М.: Практика. - 1999. - 703 с.
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашков Ю.И. и др. Руководство по безопасному материнству. –М.: Триада-Х. - 1998. - 531 с.
3. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных.-К.: Авиценна. -2004. - 168 с.
4. Медведь В.И., Данилко В.О. // Журн. АМН України. - 2004. - Т. 10. - № 3. - С. 517–529. 5. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: Руководство для врачей и акушеров (пер. с англ.). - Женева: ВОЗ. - апрель 2002. - 104 с.
6. Павлович С.В. //Акушерство и гинекология. - 1998. - № 1. - С. 48-52.
7. Чобитько В.Г., Солун М.Н. // Тер. архив. - 1998. - № 10. - С. 52-55.
8. Шехтман М. // Врач. - 1998. - № 1.- С. 6-9; - № 2. - С. 6-9.
9. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М., и др. Нейлсон Дж. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах (пер. с англ.) / Под. ред. Э.Энкин. – С.-Петербург:Нордмед-Издат. - 2003.
10. Barbier A. // La Presse Medicate. - 1998. - Vol. 23. - № 5. – P. 213–224.
11. Beckman D.A., Brent R.L. //Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol. - 1999. - Vol. 24. - P. 483-489.
12. Boyle D., Diehm C., Robertson C. // Int. Angiol. - 2003. Vol. 22. - № 3. - P. 250–262.
13. Casey L., McDonald P. Endocrine changes of pregnancy. - Saunders Co. - 1998. - 213 p.
14. Chappell L.C., Seed P.T., Briley A. et al. // Lancet. - 1999. - Vol. 354. - P. 810–816.

15. Christensen B. // *Int. J. Antimicrob. Agents.* - 2001. - Vol. 17. - № 4. - P. 283-285.
16. Cuervo L.G., Mahomed K. // *The Cochrane Library, Issue 2, 2004.* - Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
17. Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids food and nutrition board.—Washington: National Academy Press. - 2000. - P. 164, 257.
18. Hernandez-Diaz S., Werler M.M., Walker A.M., et al. // *New Engl. J. Med.* - 2000. - Vol. 343. - P. 1608- 1614.
19. Milman N. Anemia in pregnancy//*J. Gynaecol. Obstet.*- 1999.- V.78.- P. 299-301.
20. Smaill F. // *The Cochrane Library, Issue 2.* - 2003. Oxford: Update Software.
21. *The Sanford guide to antimicrobial therapy.* 33th ed./Ed. by D.N.Gilbert, R.C.Muellerling, M.A.Sande.-Hyde Park (VT): Antimicrobial Therapy Inc. - 2003. - 150 p.
22. US preventive Services Task Force. Routine iron supplementation during pregnancy. - Review article //*JAMA.* - 1997. - Vol.270. - P. 2848-2852.
23. Williams M.S. *Pregnancy and Vascular Diseases*// *Manual of Obstetrics* / Ed. by K.R. Niskwander, A.T. Evans. - Little, Brown and Co. - 1998.

АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2019 ГОДА

Искакова М.Б., Сагындыкова Б.Б., Кулманбетова Ф.К.

*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы, Казахстан*

Острое нарушение мозгового кровообращения (далее – ОНМК) – редкое, грозное осложнение беременности, родов и послеродового периода, приводящее к повышению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

В мире заболеваемость ОНМК во время беременности варьируется от 9 до 34 случаев на 100 тыс. родов. Смертность при этом составляет 1,4 на 100 тыс. родов, или 12% от общей материнской смертности. В Республике Казахстан смертность от ОНМК составляет 1,0 на 100 тыс. родов.

Во время беременности у женщин происходят существенные изменения в сердечно-сосудистой системе и мозговом кровообращении. По данным разных авторов, при беременности риск инсульта увеличивается в 3-13 раз.

За 6 месяцев 2019 года по РК количество регистрируемых критических случаев от составило 474, и уменьшилось на 34,7% в сравнении с 2018 годом (726), из них с острым нарушением мозгового кровообращения 34 случая – 7,1%, в том числе привели к материнской летальности в 2 случаях – 5,9% (таблица 1).

За 6 месяцев 2019 года зарегистрированы 34 случая критических состояний с ОНМК во время беременности, родов и послеродовом периоде, это составляет 7,1% от всех критических состояний (таблица 2).

В Алматинской области (4 случая – 11,7%), Западно-Казахстанской области (1 случай – 2,9%), Кызылординской области (1 случай – 2,9%), Туркестанской области (6 случаев – 17,6%), Акмолинской области (2 случая – 5,8%), Карагандинской области (6 случаев – 17,6%), Жамбылская область (6 случаев – 17,6%), Северо-Казахстанская область (1 случай – 2,9%), г. Нур-Султан (1 случай – 2,9%), г. Алматы (2 случая – 5,8%), г. Шымкент (3 случая – 8,8%).

За 6 месяцев 2019 года отмечался высокий удельный вес (%) этого грозного осложнения среди критических состояний в таких регионах, как Туркестанская область 6 случаев, что составило 17,6% от всех критических состояний в регионе, Карагандинской области 6 случаев (17,6%), Жамбылская область 6 случаев (17,6%), Алматинской области 4 случая (11,7%), г. Шымкент 3 случая (8,8%). Таким образом, необходимо усилить внимание в этих регионах на вопросы диагностики, профилактики и лечения состояний и заболеваний, приводящих к ОНМК в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Таблица 1 – Количество ОНМК во время беременности, родов и послеродовом периоде в разрезе регионов за 6 месяцев 2019 года

№	Регион (область)	Общее кол-во КС в регионе	Из них с тромбоэмболическими осложнениями	из них случаи МС	Доля ОНМК на 1000 родов (%)
1	Актюбинская	21	1		0,1
2	Алматинская	33	4	1	0,2

3	Жамбылская	46	5		0,4
4	Западно-Казахстанская	23	1		0,1
5	Кызылординская	13	1		0,1
6	Мангистауская	42	нет		0
7	Туркестанская	59	7	1	0,2
8	Акмолинская	10	2		0,3
9	Атырауская	15	нет		0
10	Восточно-Казахстанская	55	нет		0
11	Карагандинская	20	6		0,6
12	Костанайская	15	нет		0
13	Павлодарская	6	нет		0
14	Северо-Казахстанская	7	1		0,3
15	г. Нур-Султан	29	1		0,07
16	г. Алматы	46	2		0,09
17	г.Шымкент	34	3		0,2
Итого		474	34	2	0,1
Примечание: КС – критические состояния, МС – материнская смертность					

Основными причинами ОНМК явились преэклампсия (далее – ПЭ) и эклампсия (10 случаев), артериальная гипертензия (7 случаев), врожденная аномалия мозговых сосудов (5 случаев), сердечно-сосудистые заболевания/аневризма мозговой артерии (12 случаев).

Таким образом, почти 30% случаев ОНМК во время беременности и в послеродовом связано с преэклампсией/эклампсией, т.е. в период наблюдения беременности недостаточно оценивается риск осложнений, не проводятся в полной мере диагностические и профилактические меры. Программа определения рисков ОНМК, использование диагностических и профилактических мер должна реализовываться, начиная в основном на амбулаторном уровне.

По типу ОНМК распределилась таким образом:

- ОНМК по ишемическому типу 17 случаев (50%);
- ОНМК по геморрагическому типу 16 случаев (47%);
- ОНМК по смешанному типу 1 случай (3%).

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В 2016-2018 ГГ. В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Тажиханова Т.Т., Ким Д.А.

*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы, Казахстан*

Материнская смертность (МС) – это обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и места) смерть женщины, наступившая в период беременности и в пределах 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Стоит отметить не только саму тяжесть экстрагенитального заболевания, но и экстрагенитальные заболевания как фактор, в совокупности с акушерскими причинами приводящий к летальным исходам. Рядом авторов отмечается влияние экстрагенитальных заболеваний на тяжесть поздних гестозов, которые в последствии стали причиной МС [1].

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение и анализ структуры экстрагенитальных заболеваний среди причин МС и предложение путей по снижению МС за счет уменьшения доли экстрагенитальных заболеваний в общей структуре МС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Единицей наблюдения является каждый случай МС в Республике Казахстан.

Использованы материалы статистической отчетности медицинских организаций РК, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь.

Проанализированы материалы официальной статистической отчетности АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» за период 2016-2018 гг. в разрезе отдельных регионов РК.

Исследование показателей МС дифференцировано от ее причин в разрезе экстрагенитальной патологии: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем и прочих причин.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Количество родов в РК можно считать стабильным показателем. Несмотря на незначительное увеличение количества родов в 2018 году по сравнению с 2017 годом, этот прирост пока не показал себя в динамике и не является статистически значимым. Данные по количеству родов в РК за последние годы отображены на рисунке 1.

Прирост рождаемости в 2018 году по сравнению с 2017 годом составляет 1,8%, однако 2017 год показал отрицательную динамику в приросте рождаемости.

При анализе коэффициента материнской смертности отмечено значительное его снижение с 60,9 в 2000 году, до 14 в 2017 году.

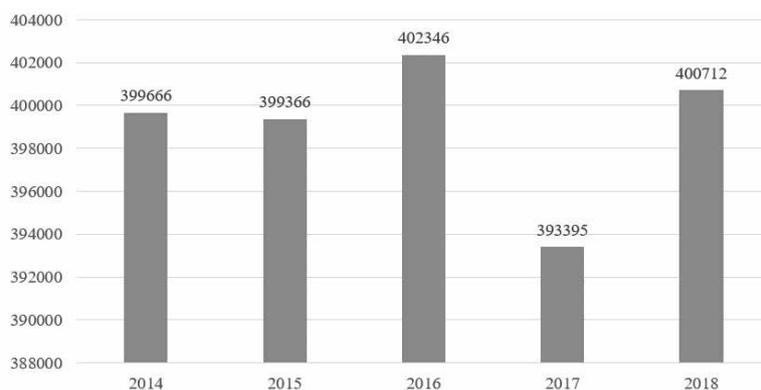


Рисунок 1 – Количество родов в РК с 2014 по 2018 гг.

На рисунке 2 представлены данные о материнской смертности в РК с 1998 по 2018 годы.

Согласно представленным данным, очевидно снижение материнской смертности с 1998 г. в 2018 году в 3,45 раз.

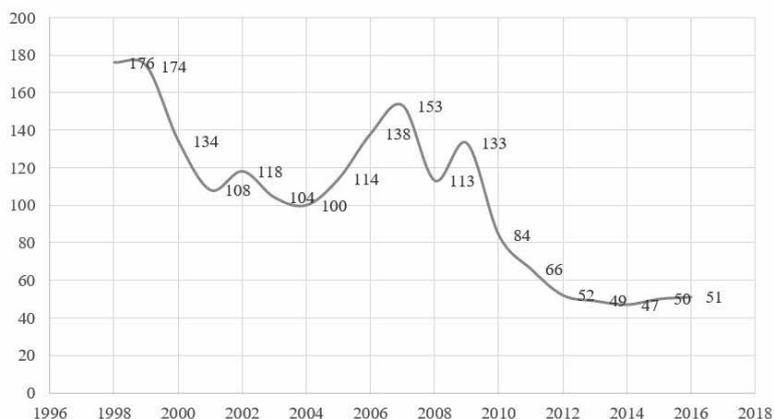


Рисунок 2 – Абсолютное число случаев материнской смертности в РК с 1998 по 2018 годы

В динамике также с 1998 по 2018 годы отмечается снижение коэффициента материнской смертности в 6,1 раз (рисунок 3).

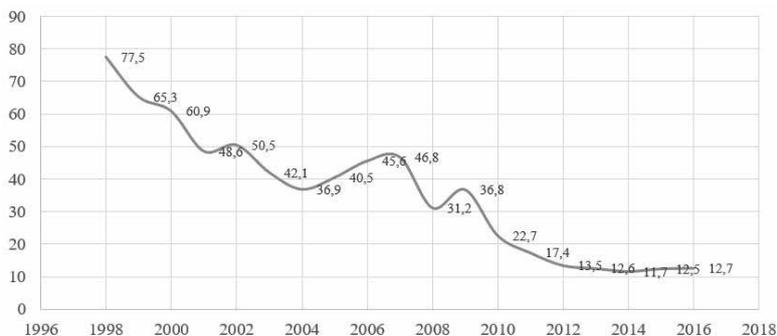


Рисунок 3 – Материнская смертность на 100 тыс., рожденных живыми.

Отдельно стоит отметить увеличение доли МС от экстрагенитальных заболеваний (рисунок 4).

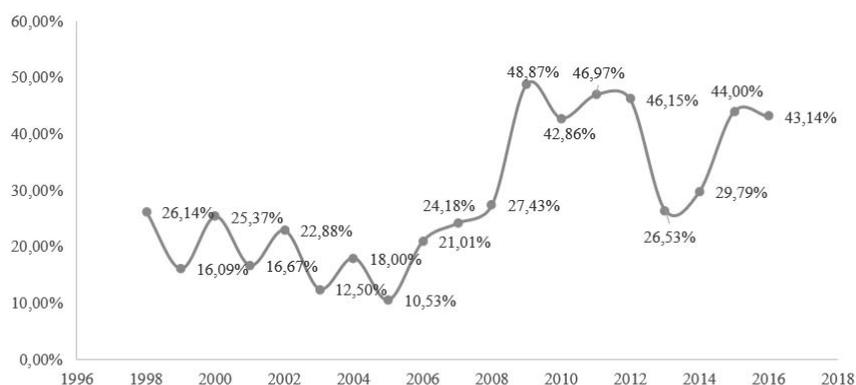


Рисунок 4 – Процент материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний.

Как видно на рисунке 4, процент материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний возрос с 26,14% до 43,14%. Несмотря на общее снижение уровня материнской смертности и снижение случаев материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний, их процент все же остается высоким.

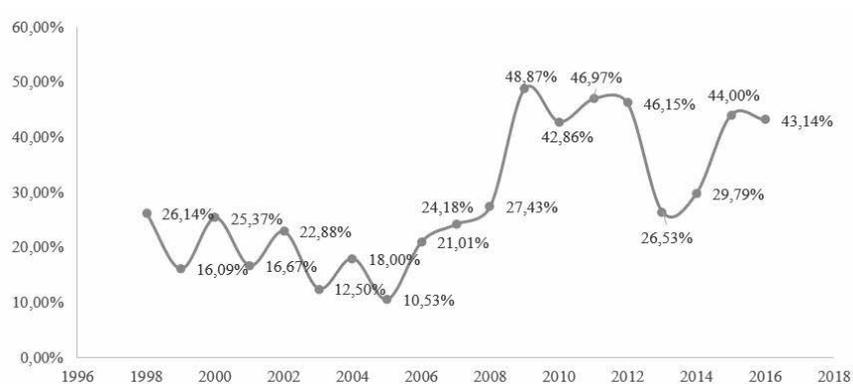


Рисунок 5 – Абсолютный показатель материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний с 1998 по 2018 годы.

МС от экстрагенитальных заболеваниях при статистическом анализе классифицируется как «Материнская смертность от косвенных причин, не связанных с беременностью и родами», что означает смерть от существовавшего ранее заболевания или от заболевания, возникшего во время текущей беременности.

В последние годы процент смертности от экстрагенитальных заболеваний является относительно стабильной составляющей в структуре МС с уверенной тенденцией к уменьшению. На данный момент основной прирост МС связан больше с прямыми причинами, что свидетельствует о системных проблемах в оказании медицинской помощи, что требует немедленного решения. Структура МС от экстрагенитальных заболеваний за изучаемый период представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура МС от экстрагенитальных заболеваний в РК в 2016-2018 гг.

Структура	Абсолютное число			Показатель на 100 тысяч живорожденных			Удельный вес (%)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Болезни системы кровообращения	7	8	10	1,7	2,0	2,5	13,5	13,8	17,0
Болезни органов дыхания	7	7	-	1,7	1,8	-	13,5	12,1	-
Болезни органов пищеварения	2	1	1	0,5	0,3	0,3	3,8	1,7	1,8
Другое	6	9	4	1,5	2,3	1,0	11,5	15,5	7,1

ВЫВОДЫ

На основании нашего исследования можно сделать следующие выводы:

1. В РК отмечается положительная динамика увеличения количества родов в 2018 году по сравнению с 2017 годом на 2,9%.
2. Коэффициент МС с 1998 года по 2018 годы значительно снизился: в 6,1 раз.
3. Наиболее частыми причинами МС от экстрагенитальных заболеваний являются заболевания сердечно-сосудистой системы, тогда как показатель смертности от заболеваний дыхательной системы имеет тенденцию к снижению.
4. За период 2016-2018 гг. отмечается снижение доли МС от экстрагенитальных заболеваний с 42,3% до 26,8%, что, видимо, связано с модернизацией службы ПМСП и оказанием квалифицированной помощи на уровне акушерско-гинекологической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шувалова М.П., Фролова О.Г., Гребенник Т.К., Ратушняк С.С., Гусева Е.В. Экстрагенитальные заболевания как причина материнской смертности. Российский журнал "Акушерство и гинекология", 2015, №1.
2. International Classification of Diseases 10th Revision (англ.). World Health Organization (2010).
3. Сакевич В. И. Материнскую смертность снова пересчитали. http://demoscope.ru/weekly/2010/0437/reprod_01.ph
4. Баранов И. И., Токова З. З. Эпидемиология материнской смертности в мире
5. Непрямые причины материнской смертности. Баранов И.И. Акушерство и гинекология. 2010, 4-2.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР В ОБЛАСТИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Каюпова Н.А., Каюпова Л.С., Терликбаева А.Т.

*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы, Казахстан*

В статье Н.А. Каюповой и Л.С. Каюповой «Репродуктивное здравоохранение: проблемы, пути решения» (журнал «Акушерство, гинекология и перинатология», №4, 2013 г.) поднимались вопросы о женском бесплодии и приводились следующие данные статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Казахстан: бесплодие зарегистрировано у 10346 женщин (возраст 15-49 лет), что составляло число 239 на 10 000 женщин фертильного возраста [1].

Актуальность вопросов о женском бесплодии не вызывала сомнений и в рекомендациях Научного центра предлагалась идея концептуального применения вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ), обобщения проведенных исследований и разработки нормативно-правовых актов и единых требований как к государственным, так и негосударственным центрам ВРТ. Уже тогда выдвигалась идея разработки Национального регистра в области женского бесплодия в Республике Казахстан.

По базе данных «Мединформ» за 2018 год на диспансерном учете состояло 15940 женщин, показатель по сравнению с 2011 годом значительно вырос. Бесплодный брак в Казахстане встречается в приблизительно 15%, это 20 тысяч супружеских пар, из них порядка 8 тысяч нуждаются в проведении ВРТ, т.е. в экстракорпоральном оплодотворении.

Такой уровень бесплодия у женщин и супружеских пар нужно считать государственной проблемой, так как это напрямую влияет на демографические показатели страны. Показатели эти могут оказаться намного выше, так как единого понимания об уровне распространенности бесплодия и достоверной статистики в Казахстане нет, регистр женского бесплодия отсутствует, что и побудило нас заняться этим вопросом.

Проблема бесплодия является глобальной проблемой на сегодняшний день. По данным аналитического отчета за 2017 год «A policy audit on fertility» Analysis of 9 EU Countries, каждая 6-я пара в мире страдает от какой-либо формы бесплодия. По предварительным данным, более 25 млн. жителей Европы страдают бесплодием [2]. В теме вопросов бесплодия имеются свои «подводные камни»: ограниченное количество информации и недостаточное просвещение людей в вопросах бесплодия были присущи всем странам, участвующим в исследовании. Бесплодие и охрана фертильности по-прежнему остаются недооцененными темами, говорится в докладе. Так, большинство компаний по увеличению информированности населения организованы общественными, пациентскими и медицинскими профессиональными организациями, лишь с небольшой поддержкой государства, в таких странах как Германия, Франция, Италия и Швеция. У многих молодых людей возникают проблемы при обсуждении вопросов здоровья со своим партнером или врачом – это причины культурные. Имеется так называемая «стигма мужского бесплодия», общественное порицание, мнение, что бесплодие – это скорее социальная проблема, а не медицинская.

Так, в глобальном аналитическом отчете по 9 европейским странам «A policy on fertility» (Март 2017г.) Англии, Франции, Италии, Чешской Республики, Германии, Польши, Румынии, Испании, Швеции, приведены следующие данные по бесплодию:

1. Чешская Республика – 20% бесплодных пар
2. Франция – 18-24%
3. Италия – 15%
4. Швеция – 8-9%

5. Англия – 3.5 млн бесплодных пар
6. Польша – 20%
7. Германия – вторичное бесплодие 8%
8. Румыния – 15.9%
9. Испания – 800 000 пар

В мире существуют следующие регистры:

- Канадский (существует с 1954 года), мероприятия которого собирают более 700 мультидисциплинарных специалистов: ученых, гинекологов, андрологов, урологов и специалистов по этической медицине.

- Австралийская и Новозеландская база данных по репродукции (существует с 2004 года), предложенная австралийским обществом фертильности.

- Организация «Скандинавского общества фертильности», организованная в 1995 году, включающая такие страны как Дания, Норвегия, Швеция.

- Чешский регистр, создан в 2007 году, собирает информацию и предоставляет услуги бесплодным парам, который собирает информацию и передает ее в Министерство здравоохранения Чешской Республики.

Обобщая все вышесказанное, в разных странах созданы свои организации, занимающиеся вопросами женского бесплодия, у каждой из них свои задачи и деятельность, без учета форм собственности организации – частная или государственная.

Регистр женского бесплодия – разновидность информационно-справочных систем, содержащих информацию на прикрепленный или наблюдаемый контингент на основе формализованной истории болезни или амбулаторной карты. Система предназначена для создания и долговременного ведения единого отраслевого банка данных о состоянии женского бесплодия [3].

Автоматизированная система обработки информации регистра «Женское бесплодие» предназначена для:

- персонального учета лиц с бесплодием;
- учета данных о диагнозах и динамике у наблюдаемых;
- учета данных о методах лечения и применяемых лекарственных препаратах;
- данных об исходах заболевания;
- получения основных эпидемиологических показателей по наблюдаемым контингентам [4].

Создание Национального регистра в области женского бесплодия в Республике Казахстан ставит перед собой следующую цель: Регистрация женщин с бесплодием, сбор персональных данных, причинах бесплодия, полученном лечении, его длительности, эффективности проводимого лечения, включая ВРТ и ЭКО, с анализом результата – рождением здорового ребенка.

Клинические регистры пациентов с бесплодием позволяют решать следующие задачи практического здравоохранения:

- Получить достоверную информацию о ведении пациентов в рутинной клинической практике на территории.

- Выстроить маршрутизацию супружеских пар с бесплодием

- Осуществить мониторинг и контроль за эпидемиологическими показателями.

- Определить истинную потребность в специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи женщин с бесплодием и супружеским парам.

- Определять соответствие оказания медицинской помощи женщинам с бесплодием принятым протоколам и стандартам лечения и модернизировать клинические рекомендации.

- Осуществлять менеджмент качества проводимой диагностики, лечения и расчеты затраченных денежных средств на оказание медицинских услуг.

- Определить потребность пациентов в дорогостоящих лекарственных препаратах.

- Улучшить исходы заболевания и качество жизни пациентов путем повышения эффективности оказываемой медицинской помощи супружеским парам с бесплодием за счет оптимизации затрат на лечение [4].

Эпидемиологические исследования позволят получить следующие статистические данные:

- Реальный уровень распространенности бесплодия.
- Региональные особенности.
- Социально-демографическое и этническое распределение заболевания.
- Этиологию (причинные факторы, факторы риска): частота распространения факторов риска, возбудителей заболеваний, триггерных факторов.
- Анализ назначения различных схем терапии.

Основной перечень данных, используемых в регистрах, состоит из паспортных сведений, идентификационных номеров, данных о диагнозе, перенесенных оперативных вмешательствах, дате операции (если была), клинических показателей и может быть представлен в виде анкеты для онлайн заполнения, что предпочтительно в виду цифровизации системы здравоохранения, способствующей упрощению процессов персонализации. (Приказ МЗ РК №461 от 27.07.2018). После сбора необходимых данных – проведения анкетирования, будут выявлены наиболее эпидемиологически значимые критерии, которые и войдут в регистр женского бесплодия в Казахстане и в дальнейшем, формирования единого регистра бесплодных супружеских пар.

Национальный регистр в области женского бесплодия в системе электронного здравоохранения Казахстана должен иметь отдельное место, наряду с существующими ныне, такими как Электронный регистр беременных и женщин фертильного возраста, Электронный регистр стационарного больного и др. Технически это займет некоторое время врача, чтобы внести данные в статистическую форму по учету, где все данные будут аккумулироваться. На ввод данных потребуется 3-5 минут. При утверждении регистра внесение данных будет являться обязательным для всех женских консультаций, поликлиник, клиник, осуществляющих ВРТ и ЭКО, независимо от форм собственности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каюпова Н.А., Каюпова Л.С. «Репродуктивное здравоохранение: проблемы, пути решения». Журнал «Акушерство, гинекология и перинатология», №4, Алматы, 2013 г. С. 3-8.
2. A policy audit on fertility. Analysis of 9 EU Countries. March 2017. Darmstadt, Germany. P.8
3. Goldberg J., Gelfand H.M., Levy P.S. Registry evaluation methods. Epidemiol Rev, 1980; 2: 210-20.
4. Кобринский Б.А. Концепция создания государственной системы мониторинга здоровья населения России. М.,1996, ст. «Федеральные регистры в системе электронного здравоохранения». С. 170-174.

ЦИФРОВИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРЕПЯТСТВИЯ

Даутова А.Ю.

*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы, Казахстан*

Цифровизация здравоохранения – это один из методов изменения ведения сбора и анализа данных о здравоохранении в многих странах мира. На сегодня, в Республике Казахстан происходят крупные изменения в сфере здравоохранения, и одним из главных направлений является «Цифровой Казахстан». Данная программа имеет план реализации на 2018-2022 годы, основной функцией которой является – формирование условий для улучшения оказания медицинской помощи для граждан Казахстана.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ цифровизации продиктована необходимостью улучшения качественного медицинского обслуживания. Один из основных путей улучшения оказания медицинской помощи - работа регистратуры, в которой в электронном формате отражены графики приема врачей и кабинетов, есть гибкая возможность их настройки, редактирования и перераспределения пациентов, журналы вызовов на дом и активов всех видов, электронные больничные листы.

Цифровизация отражает работу всей медицинской организации, а также каждого ее структурного звена, в частности, позволяет снизить количество медицинских ошибок, повысить качество и скорость обслуживания, а также качество принятия управленческих решений. В настоящее время цифровизация в сфере медицины в РК играет главную роль и инвестируются большие деньги за ее внедрение и исполнение. Имеется определенный план реализации проекта на 2018-2022 годы, что доказывает актуальность темы.

ЦЕЛЬ научно-исследовательской работы: изучения новейших теоретических, методологических и технологических достижений отечественной и зарубежной информационной системы в сфере медицины, а также закрепления практических навыков, применения современных методов обработки данных в цифровом формате в магистерском исследовании.

ЗАДАЧИ научно-исследовательской работы:

1. Изучить

- а) литературные источники по разрабатываемой теме с целью их использования при выполнении магистерской работы;
- б) методы исследования, анализ и проведение аналитических работ, обработка данных;
- в) информационные технологии в научных исследованиях, программные продукты, относящиеся к профессиональной сфере;
- г) требования к оформлению научной документации;
- д) порядок внедрения результатов научных исследований и разработок;

2. Выполнить

- а) анализ, систематизация и обобщение научной информации по теме исследования;
- б) план теоретического или экспериментального исследования в рамках поставленных задач;
- в) анализ достоверности полученных данных;
- г) сравнение результатов исследования объекта разработки с отечественными и зарубежными аналогами;
- д) анализ научной и практической значимости проводимых исследований.

3. Приобрести навыки

- а) формулирования целей и задач научного исследования;
- б) выбора и обоснования методики исследования;
- в) работы с прикладными научными пакетами и редакторскими программами, используемыми при проведении научных исследований и анализа;
- г) оформления результатов научных исследований (оформление отчёта, написание научных статей, тезисов докладов и разделов магистерской работы).

Цифровизация здравоохранения – это, в первую очередь, проведение полного менеджмента в части анализа, сбора и консолидации информации. ее основной функцией является систематизация, ведение учета онлайн по переписи численности населения и контроль всех заболеваний в стране. Внедрение новых информационных систем в структуре здравоохранения позволяет решать проблемы по болезням в кратчайшие сроки, ввиду возможности быстрого получения информации с базы данных.

Цифровой Казахстан сегодня

«Цифровой Казахстан» в сфере здравоохранения согласно стратегического плана Министерства здравоохранения РК, будет представлен как единое хранилище данных с «живыми данными» путем внедрения региональных медицинских информационных систем. В последующем собранные данные будут использоваться для медицинской статистики, аналитики и принятия соответствующих решений с применением технологии Big Data. Это позволит осуществить переход к безбумажному здравоохранению, оптимизации и повышению эффективности оказываемой помощи, обеспечению преемственности оказываемой помощи между разными уровнями и медицинскими организациями. Будет обеспечен защищенный доступ к ключевой медицинской информации для всех участников процесса оказания помощи, включая самого пациента. Посредством персонализированных уведомлений и предупреждений, в том числе с помощью мобильных технологий, будет обеспечено вовлечение населения в процесс охраны собственного здоровья и формирование здорового образа жизни.

Выступая в роли центрального хаба медицинской информации, электронные паспорта здоровья обеспечат своевременной и достоверной информацией как пациентов и медицинских работников, так и органы управления и финансирования здравоохранения.

Согласно данным МИА «Казинформ», повышение качества медицинских услуг требует приоритетного развития сферы электронного здравоохранения и перехода на безбумажный документооборот. В Казахстане в рамках внедрения безбумажного ведения медицинской документации в настоящее время 64 формы из 121 или 52,9% переведены в электронный формат. В 674 из 727 или 92,7% самостоятельных медицинских организаций медицинская документация ведется в электронном формате. отметим, что в рамках реализации поручения Президента Казахстана с 1 января 2019 года все поликлиники и больницы полностью перейдут на безбумажное ведение медицинской документации.

На сегодняшний день медицинскими информационными системами оснащены 99% организаций здравоохранения, компьютерами оснащены 90,8% рабочих мест медицинских работников, обеспечен доступ к Интернету выше районного уровня 100%. Медицинские информационные системы обеспечивают цифровизацию бизнес-процессов организаций здравоохранения и сбор необходимой информации для формирования электронного паспорта здоровья.

На данный момент созданы 546 постов цифровой грамотности, на которых проводится обучение населения цифровым навыкам. На сегодня количество пользователей мобильных приложений составляет 1 951 338, или 10,8% от количества прикрепленного населения. На региональном уровне в медицинских информационных системах созданы и заполнены 10,2 млн электронных паспортов здоровья.

На рисунке 1 отражено использование программы «Цифровой Казахстан» до и после.

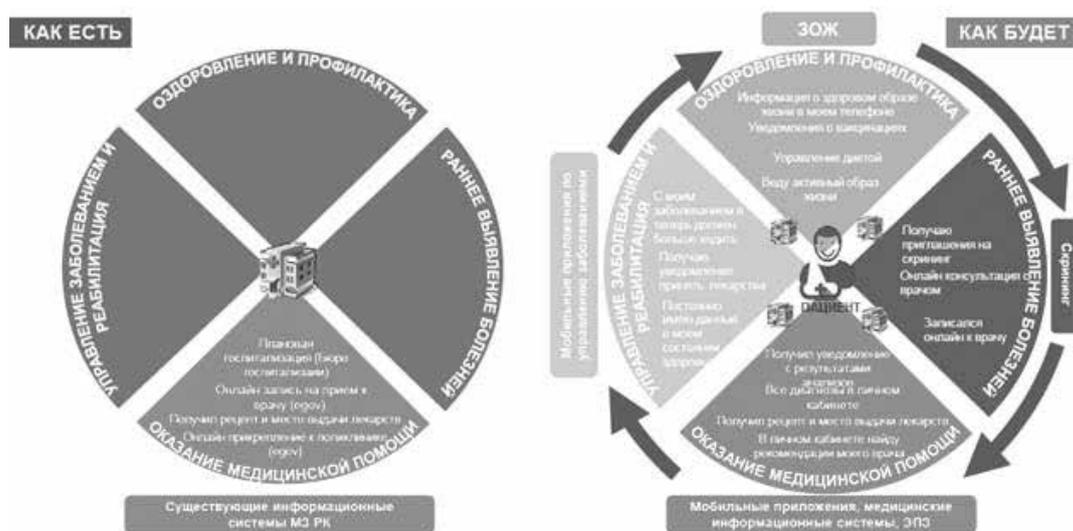


Рисунок 1 - План реализации информационных систем РК в сфере здравоохранения по состоянию на 2018 год.

Внедрение программы «Цифровой Казахстан» имеет поэтапное развитие с начала 2018 года (таблица 1).

Таблица 1 - Хронология реализации мероприятий по внедрению информационных систем в РК за 2018 год.

Месяц	Примечание
июнь	Онлайн запись к врачу через мобильное приложение в 4 пилотных регионах
июль	Запуск электронных государственных услуг через приложение Telegram
август	СМС оповещения и push уведомления о скринингах для определенной группы населения во всех регионах
сентябрь	Запуск кампании прикрепления к ПМСП через EGOV
октябрь	Виртуальные школы здоровья - по профилактике осложнений и ведения ЗОЖ; Запуск интеграционной платформы
ноябрь	Пилотные проекты по 3 программам управления заболеваниями (сахарный диабет, артериальная гипертензия, болезни системы кровообращения)
декабрь	Реализация в мобильных приложениях связи с носимыми медицинскими устройствами для организованной группы населения и предоставление доступа мед. работникам чрез ЭПЗ

Как было сказано ранее, Казахстан стремится ввести безбумажную документацию, т.е. все паспорта здоровья пациентов будут храниться в одной базе данных, с определенным ключом доступа для каждого пациента и врача. согласно рисунку 2 полный переход по данному мероприятию запланирован до конца 2019 года, в данном случае уже охвачены все области и регионы страны.



Рисунок 2 - Поэтапный переход на безбумажную документацию

Интеграционная Платформа здравоохранения, на базе которой будет сформирован электронный паспорт здоровья. Вышеуказанные меры дадут возможность медицинским организациям быть готовыми к внедрению обязательного социального медицинского страхования. Также это позволит обеспечить повышение активности населения в управлении собственным здоровьем, рост доверия к службам здравоохранения, оптимизировать государственные затраты на оказание медицинской помощи.

14 сентября 2017 года между Министерством здравоохранения РК и компанией IBM был подписан меморандум о сотрудничестве, в рамках которого на базе РГП на ПХВ «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» МЗ РК проведена пилотная апробация по проекту искусственного интеллекта в здравоохранении – Watson for oncology. На сегодняшний момент пилотная апробация завершена. В частности, были проведены анализ существующих бизнес-процессов и клинических процессов, обработка данных, предоставление технического обзора, отбор пролеченных случаев и нозологий для апробационных работ. В ходе указанных работ были рассмотрены пролеченные случаи по 13 видам нозологий: рак яичников, желудка, легких, молочной железы, мочевого пузыря, ободочной кишки, печени, пищевода, предстательной железы, прямой кишки, тела матки, шейки матки, щитовидной железы.

Говоря о цифровизации здравоохранения и безбумажном документообороте, также стоит отметить роль мобильных приложений в этом процессе. Так, Министерством здравоохранения РК сформирован единый каталог существующих на рынке мобильных приложений в области здравоохранения, который размещен на сайте Республиканского центра электронного здравоохранения:

- DamuMed – запись на прием к врачу;
- Дәрігер про (Dariger Pro);
- HealthBook;
- Программный комплекс автоматизации диспетчерского центра «103 КОНТРОЛЬ»;
- ФМС: Народный контроль; HCity; Моя беременность;
- Мобильное приложение Egov; Приложение «онкоскрин»;
- Заболевания: справочник врача By MedElement Co.;
- Мобильное приложение SOS по оказанию первой помощи;

- КДЛ ОЛИМП CDL OLYMP Kazakhstan;
- Кодек 103; 103apteka.kz – интернет-аптека; 103.kz – поиск лекарств;
- Достармед; Патронажная медсестра; Уход за детьми раннего возраста.

Сегодня, благодаря современным технологиям, оказываются такие электронные услуги, как прикрепление к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, запись на приём к врачу, вызов врача на дом и так далее. Также стоит отметить, что в период с 25 по 26 октября 2018г. в астане состоялась Международная выставка IT-решений в сфере здравоохранения Digital Health Astana, организованная Министерством здравоохранения РК совместно с ЮНИСЕФ. Одним из ключевых событий прошедшего мероприятия является торжественный запуск сбора клинических данных пациентов, что является фундаментом новейшей архитектуры электронного здравоохранения. осуществление подобного инновационного шага в цифровом здравоохранении Казахстана стало возможным благодаря реализации проекта Всемирного банка. старт официальному запуску о начале сбора медицинских данных о пациентах дали министр здравоохранения РК Елжан Биртанов и президент компании Ericsson Никола Тесла Г. Ковачевич.

Примеры электронных приложений и форм в Казахстане

1. Регистр прикрепленного населения (РПН)

Портал «Регистр прикрепленного населения» находится в эксплуатации с 2011 года. Регистр прикрепленного населения – единый источник демографических данных о пациенте, его заболеваниях, диспансерном учете, прикреплении к организации ПМСП, свидетельствах о рождении/смерти. В данном портале содержатся данные электронной переписи населения РК, данные по прикреплению пациента к одной и только одной организации ПМСП, предоставление населению электронной услуги «Прикрепление к организации ПМСП» через портал электронного правительства.

2. Электронный регистр стационарных больных (ЭРСБ)

Данный портал находится в эксплуатации с января 2012 года. Позволяет медицинской организации оперативно формировать базу пролеченных больных, определить объем финансирования, контролировать работу коечного фонда. Кроме того, обеспечивает централизованное взаимодействие между Поставщиком медицинских услуг и Плательщиком.

3. Стимулирующий компонент подушевого норматива (СКПН)

Дополнительный компонент к тарифу ПМСП (СКПН). Данный проект находится в эксплуатации с 2011 года. обеспечивает возможность справедливого распределения средств для стимулирования труда медицинских работников, ориентированного на конечный результат. Данный проект реализует один из основных принципов ЕНСЗ. Позволяет реализовать систему мониторинга индикаторов качества и результативности медицинской помощи на уровне ПМСП.

4. Бюро госпитализации (БГ)

Портал «Бюро госпитализации» находится в эксплуатации с июня 2010 года. Основные цели проекта: управление процессами плановой и экстренной

госпитализации, оперативное решение вопросов регистрации, учета и обработки направлений, хранение направлений на плановую госпитализацию и отказов в госпитализации в стационар с указанием затраченных ресурсов, свободный выбор пациентом стационара и лечащего врача, прозрачность плановой госпитализации в рамках ГОБМП (получение информации о свободных койках в любых стационарах республики на предстоящие три дня, просмотр листов ожидания по региональным и республиканским медицинским организациям и отслеживание своей очереди).

5. Медико-статистическая информационная система (МСС)

МСС решает задачи сбора, хранения и обработки первичной персонифицированной информации о пациенте, его обращаемости в организации здравоохранения, выявленной заболеваемости, оказанных данному пациенту медицинских услугах, проведенных лечебно-диагностических мероприятиях, назначенных и потребленных лекарственных средствах непосредственно в медицинских организациях в процессе лечения пациента; поддерживает планирование и мониторинг выполнения профилактических мероприятий.

6. Система управления ресурсами (СУР)

Данный проект является одним из проектов министерства здравоохранения Республики Казахстан. Реализация началась ТОО «Центр информационных технологий «Даму» в 2006 году. основные цели проекта: обеспечение персонификации учета оказания медицинской помощи относительно персонала отдельных подразделений конкретных организаций здравоохранения, оказывающих медицинские услуги пациентам, а также обеспечение использования единых справочников и кодификаторов, повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения всех уровней, как непосредственно осуществляющих учет данных о ресурсах здравоохранения, так и использующих эту информацию для решения различных тактических задач, возникающих в процессе мониторинга ресурсов отрасли, а также для принятия управленческих решений.

7. Личный кабинет врача

Данный портал имеет удобно настроенное рабочее место, где «все под рукой» в электронном формате: график приема пациентов; списки пациентов состоящих на диспансерном учете, относящихся к «группе риска»; списки активов и вызовов на дом, поступаемые посредством программы «КМИС» и «ДамуМед» с системой уведомления о новых событиях; журнал наблюдения беременных; электронные медицинские записи на каждого пациента, паспорт здоровья каждого пациента со всей необходимой информацией о состоянии здоровья – диспансерный учет, прививочный паспорт, анамнез, лист уточненных диагнозов.

8. Кабинет пациента

Важным моментом в улучшении внедрения цифровизации является охват мобильными приложениями интернет-активного населения, социально-важных групп. При помощи мобильного приложения «Дамумед», «Еgov» у пациентов есть возможность получить такие электронные услуги, как запись на прием к врачу и вызов врача на дом. Данные приложения работают в двух режимах – для «продвинутых» и «непродвинутых пациентов». В упрощенном варианте достаточно только ввести свой ИНН, далее система сама определит к какому врачу пациент может записаться и какой врач получит вызов на дом. Расширенный вариант использования сайта позволяет помимо описанных выше услуг еще вести дневник наблюдения за своим здоровьем, формировать свой личный медицинский архив, отслеживать медицинские услуги, которые были оказаны ему в поликлинике.

9. Терминал самообслуживания

Программное обеспечение для проведения пациентами самозаписи, что позволяет без обращения в регистратуру записаться на прием к врачу. Данное электронное приложение может быть использовано как на отдельных терминалах, так и в терминалах «Касса-24». Таким образом, пациенту даже не нужно приходить в поликлинику, он может записаться на прием, например, в торговом центре или ЦОНе. При этом, система автоматически определяет поликлинику и участок, который обслуживает данного пациента.

Иммунопрофилактика. Универсальным инструментом для осуществления профилактических мероприятий является иммунопрофилактика. есть электронная функция создания и

настройки группы осмотра пациентов по определенным критериям, отслеживать выполнение им профилактических и скрининговых осмотров. В программу заложены группы профилактических мероприятий по ХНЗ и на каждого диспансерного пациента можно создать маршрут обследования, в соответствии с приказом. Формируется единая карта диспансерного пациента, учитывающая все его заболевания, по которым он наблюдается по диспансерному учету.

10. Флюоротека

Флюоротека – служит для регистрации заболеваний туберкулезом. Позволяет в автоматическом режиме формировать планы флюорообследований и картотеку результатов, включая сами изображения с цифровых флюорографов. Таким образом, где бы не проходил обследование пациент, информация о факте и результатах его флюорообследования будет доступна участковому врачу и будет учтена при оценке выполнения планов флюороосмотра. Система также позволяет осуществлять «второе чтение» снимков и фиксировать его результат, отслеживать результаты дообследования пациента.

11. Ситуационный центр

Ситуационный центр - современный информационно-технологический инструмент мониторинга и анализа информации, собираемой КМИС. Позволяет в режиме онлайн отслеживать динамику изменения выбранных показателей работы медицинской организации. Использование технологии drill-down позволяет, начиная от самого верхнего уровня представления данных (например, уровня региона), спуститься до каждого случая оказания медицинской помощи, который повлиял на изменение значения показателя.

12. Стационар

Данный модуль построен по принципу диспетчера задач и помогает каждому медработнику удобно организовать свое рабочее пространство, в котором вся нужная информация «под рукой». При помощи удобных виджетов как врач, так и медсестра могут легко увидеть, что и когда им необходимо сделать на сегодняшний день. Система сможет подсказать какие недостатки есть в ведении истории болезни пациента и в несколько кликов поможет заполнить недостающие данные. Голосовой ввод для формирования медицинских записей – современный инструмент, который позволяет сэкономить рабочее время врача и сделать рутинную работу легкой и интересной.

13. Реанимация

В данном модуле разработан «Лист наблюдения за реанимационным пациентом», который построен так, чтобы врач одновременно мог видеть, как влияет проводимая терапия на состояние пациента. Он поможет провести расчет гидробаланса, автоматически отобразит результаты лабораторных исследований. В модуле также много разнообразных вспомогательных функций, таких как формирование шаблонов медицинских записей, диагностики и лечения, удобный интерфейс для руководителей для мониторинга работы стационара, модуль для диетсестры, мощный финансовый блок, который при взаимодействии с 1С бухгалтерией медицинской организации поможет оценить фактические расходы на лечение пациентов, включая полный расчет стоимости пребывания на основе метода ступенчатого отнесения затрат.

Эффект цифровизации здравоохранения в РК – это оптимизация бизнес-процессов и экономия средств бюджета РК.

Ниже представлены данные об экономии времени и результатах тайм-менеджмента:

- в 2 раза сократились визиты в поликлинику;
- в 2 раза сократились очереди в поликлинике: в среднем с 30 мин до 15 мин;
- 50% экономия времени врачей и пациентов;
- в 2,5 раза сокращение времени получения результатов исследования за счет получения через

смартфон;

В Казахстане есть необходимость сэкономить бюджетные средства и использовать сэкономленные ресурсы для развития новых идей и планов.

Внедрение программы «Цифровой Казахстан» показало следующий экономический результат в 2018 году:

- оптимизация штатных единиц – 1,6% или 2 871 ед. – экономия фонда заработной платы;
- экономия при закупке расходных материалов для рентген-снимков – 20,8 млн. тенге;
- экономия при закупке бумаги для печати – 22 млн. тенге;
- экономия средств в рамках бесплатного и льготного отпуска – 3,6 млрд. тенге;
- установка GPS trackers на машины скорой помощи – экономия ГсМ – 15%.

Дальнейшее развитие программы «Цифровой Казахстан» на 2019-2021 годы даст возможность анализа накопленных данных, прогнозирования заболеваний и оптимизации расхода препаратов и ТМЦ.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
АКУШЕРСТВА И ПЕРИНАТОЛОГИИ**

ИСХОД ФУЛЬМИНАНТНОГО ГЕПАТИТА У БЕРЕМЕННОЙ

Егембердиева Р.А.¹, Дуйсенова А.К.¹, Утаганова Т.К.², Саркулова Д.С.³

¹НАО «Казахский национальный медицинский университета имени С.Д.Асфендиярова»

²ГКП на ПХВ «Городская инфекционная больница имени И.С. Жекеновой»

ЗАО «НЦАГиП»

г. Алматы, Казахстан

Актуальной проблемой в акушерстве является течение вирусного гепатита В у беременных женщин. Беременные женщины заболевают вирусным гепатитом в 5 раз чаще, чем небеременные, что связано с ослаблением иммунных сил организма, высокой восприимчивостью организма беременных к вирусу гепатита. У беременных вирусные гепатиты протекают тяжелее, чем у небеременных и представляют серьезную опасность для матери и плода.

Вирусный гепатит В (ВГВ) в отличие от вирусного гепатита А характеризуется поражением не только печени, но и других органов. Заболевание протекает тяжело и может закончиться летальным исходом, возможно формирование хронического гепатита В. По данным статистики в Казахстане заболеваемость хроническим вирусным гепатитом В составляет 11,70 на 100000 населения, в РФ-12,95. У 72,7-84,8 % беременных женщин ВГВ наблюдается среднетяжелая и у 11,4% -тяжелая форма ВГВ. В стадии нарастания желтухи и интоксикации гепатит нередко приводит к внутриутробной гибели плода и преждевременным родам, следствием которых могут быть некроз печени и смерть. Прерывание беременности в остром периоде ВГВ при любом сроке может привести ухудшению течения болезни. Несмотря на большой прогресс в изучении гепатита, все еще остаются до конца нерешенными некоторые важные вопросы эпидемиологии, клиники, перинатологии этого заболевания.

Приводим случай развития острого вирусного гепатита В с фульминантным течением у беременной.

Беременная Н., 1986 г.р., поступила в стационар в первый день заболевания с жалобами на головную боль, першение в горле, слабость, озноб, ломоту в теле, повышение температуры тела. Диагноз при госпитализации: Беременность 16-17 недель. ОРВИ? Вирусный гепатит? Неполное предлежание плаценты. Хронический цистит, обострение. Анемия легкой степени. Дисциркуляторная энцефалопатия. Первородящая старшего возраста.

Эпидемиологический анамнез: работает на рынке, контактирует с большим количеством людей. Половая жизнь с 20 лет, 4 месяца назад вышла замуж. Татуаж бровей в 2015 году.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания: ОРВИ. Операции – аппендэктомия в 2000 г. Гемотрансфузии отрицает. В анамнезе – хронический цистит.

Акушерский анамнез: беременность 1, состоит на учете по беременности с 6-7 недель.

С первого дня госпитализации проводилась дифференциальная диагностика между острой респираторной вирусной инфекцией на фоне хронического вирусного гепатита В и острым вирусным гепатитом В. На 3 сутки консилиумом поставлен диагноз: острый вирусный гепатит В, фульминантное течение. (Маркеры на ВГ – HBs Ag – полож. aHBscorTotal – полож.).

Осложнение: острая печеночная энцефалопатия (ОПЭ) 1 ст. ДВС – синдром в стадии гипокоагуляции.

В специфических лабораторных исследованиях: ПЦР качественный - ДНК HBV – положительный. ПЦР количественный от 22.04.2017г – 3100000 в 1мл.

Несмотря на проводимое противовирусное (тенофовит 300 мг/всутки), патогенетическое, симптоматическое лечение состояние больной в динамике прогрессивно ухудшается. Состояние на 12-й день пребывания в стационаре крайне тяжелое, обусловленное острой печеночной недостаточностью, ОПЭ-3 ст., полиорганной недостаточностью, ДВС-синдромом 2-3 ст. Дыхание ИВЛ через трахеостомическую трубку. Размеры печени +1,0 см выше реберной дуги.

Мочеиспускание через катетер. Олигоурия. Макрогематурия. На УЗИ плода – антенатальная гибель плода в сроке 16 недель. Проводилась индукция выкидыша окситоцином, произошел выкидыш без осложнений. На 2 сутки после прерывания беременности на фоне проводимой интенсивной терапии наступила брадикардия с переходом в асистолию. Реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована биологическая смерть.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Летальный исход обусловлен тяжелым течением острого вирусного гепатита В у беременной женщины, которое было расценено, как фульминантное. Беременность и прерывание беременности в сроке 16 недель в связи с антенатальной гибелью плода явились отягчающим фоном заболевания. Проводимое противовирусное лечение «Тенофовир» (300 мг/в сутки), не оказал терапевтического эффекта у данной пациентки в связи с тяжелым его течением.

ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ИСТИННОМ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ

*Ибраева Д.Е., Махмутов Н.Т., Нурхасимова Р.Г.,
Досжанова Р.М., Аязбеков А.К.*

*ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №3»
г. Туркестан, Казахстан*

РЕЗЮМЕ

В статье представлены частота и актуальность патологии плаценты на примере ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №3» г. Туркестан, где широко применяются и продолжают внедрять разные виды органосохраняющих методов операции при акушерских кровотечениях и фибромиоме матки, как в лечебных целях так и профилактических. В данном исследовании также была показана частота приращений плаценты в зависимости от числа случаев кесарева сечения в анамнезе.

Ключевые слова: органосохраняющие операции, приращение плаценты, акушерские кровотечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ

За всю историю существования родовспоможения послеродовые кровотечения (ПРК) были и остаются тяжелыми осложнениями течения родов, приводящими к инвалидизации молодых и здоровых женщин, а в ряде случаев и к летальному исходу [1,2]. ПРК, как ведущая причина материнской смертности, встречаются в 20-25% случаях, как конкурентная причина в 42%, а как фоновая в 78%. В Республике Казахстан по данным официальной статистики доля ПРК в материнской смертности составляет в 2009 году – 20,3%, 2010 – 11,9%, 2011 – 15,2% , 2012 – 18,4%, 2013 – 18,4%. Частота ПРК на количество родов колеблется от 2% до 8% [1,2].

В структуре же массивных кровотечений большую долю занимают плацентарные факторы – 20% составляют плотное прикрепление плаценты, 10% ее предлежание. Особого внимания заслуживает то обстоятельство, что из года в год наблюдается неуклонный рост аномалий плацентации. По данным различных авторов, частота предлежаний плаценты колеблется от 0,1% до 3%, вставания от 0,04% до 0,2% от всех родов [3,4].

Во всем мире на сегодняшний день известны 3 вида лечения приращения плаценты.

- Гистерэктомия – удаление матки, не отделяя плаценту.
- Удаление плаценты с применением различных видов деваскуляризации – метропластика.
- Консервативный метод – самостоятельная резорбция плаценты.

Практику органосохранения на базе ОПЦ №3 г.Туркестан мы начали в 2015г и успешно продолжаем по сей день. Команда специалистов на каждой борьбе с ПРК состояло из 10 человек и каждый выполнял свой объем работы в итоге приведший к положительным результатам. На ряду с использованием разновидности наложения компрессионных гемостатических швов на матку, были зафиксированы случаи применения циркуляжи на матку при приращении плаценты и дана оценка эффективности метода. За первое полугодие 2019 года был сделан циркуляж на матку при приращении плаценты в 4 случаях, а также во всех случаях удалось сохранить матку и репродуктивную функцию.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность органосохраняющей операции при приращении плаценты.

Материалы и методы исследования

Проанализированы качественные и количественные показатели ГКП на ПХВ ОПЦ №3

г.Туркестан за период 2016-2018 года. Проанализированы 4 случая применения циркуляжи на матку при приращении плаценты и дана оценка эффективности метода. Применены статистические данные ОПЦ №3 г. Туркестан.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Наряду с тенденцией к уменьшению числа родов частота родоразрешения путем кесарева сечения увеличивается. Всего родов за 2018 год произошло 7373, что на 613 меньше чем в прошлом году, что в определенной степени связано с открытием родильного отделения 1-го уровня акушерско-гинекологической помощи в другом учреждении города Туркестан. Как показано в таблице 1, оперативное родоразрешение путем кесарева сечение растет с каждым годом на 4%, что способствует патологическому расположению плаценты и наблюдается определенная тенденция к росту патологии расположения плаценты и ее вращаения.

Таблица 1 – Частота кесарева сечения и патологии плаценты за последние 3 года в ОПЦ №3

Наименование показателей	2016г	2017г	2018г	P
Роды	8723	7986	7373	$p \geq 0.05$
Кесарева сечение	1541-17,6%	1706-21,3	1836-24,9%	$p \geq 0.05$
Патологии расположении плаценты и вращаение.	20-0,22%	19-0,24%	26-0,35%	$p \geq 0.05$
Приращение плаценты	7-0,09%	9-0,11%	13-0,17%	$p \geq 0.05$

Необоснованная увлеченность оперативным родоразрешением путем кесарева сечения привела к все более увеличивающейся доле маточных кровотечений, связанных с аномалией прикрепления плаценты. При расположении плаценты в области рубца после предыдущего кесарева сечения в 10-60% случаев происходит его вращаение не только в стенку матки, но и в соседние органы (рисунок 1). Идет неуклонный рост родоразрешения путем кесарева сечения, а также увеличение плацентации, которая обеспечивает риск кровотечения и гистерэктомии в критических случаях.

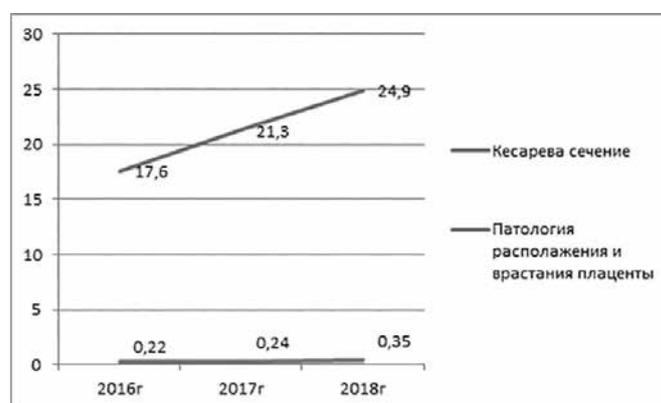


Рисунок 1 – Частота кесарева сечения и предлежания плаценты

Как представлено на рисунке 2, доля приращения плаценты среди предлежаний плаценты за последние 3 года в динамике растет. К тому же этот рост происходит на фоне уменьшения количества родов. И можно рассчитать, что в последующие года будет наблюдаться увеличение грозных патологий. По данным рисунка 2, частота приращений плаценты среди предлежаний плаценты в 2016 году достигла 35% (7/20), в 2017 возросла до 47% (9/19) и в 2018 - предлежание плаценты с ее приращением наблюдалось в 50% (13/26). Все случаи предлежания плаценты, тем более подозрение на ее вращение, являются абсолютным показанием для оперативного родоразрешения. При этом риск развития кровотечения во время таких операции повышен. Массивные послеродовые кровотечения или кровотечения во время кесарева сечения часто являются показаниями к гистерэктомии, приводящей к потере репродуктивной и менструальной функции, а также к серьезным сдвигам в организме женщины.

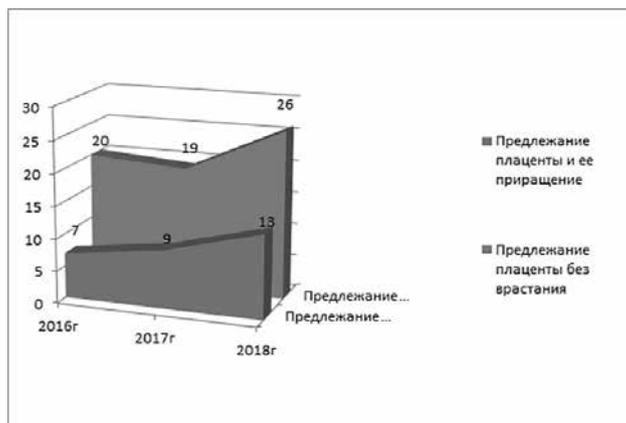


Рисунок 2 – Доля приращений плаценты среди патологий расположения плаценты.

Причинами аномалии прикрепления плаценты могут быть: патология матки, наличие дистрофических или рубцовых изменений вследствие частых аборт и гистертомии, то есть кесарева сечения в анамнезе. Анализируя показания к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения, во всех перинатальных центрах на первое место выходит показание - рубец на матке (кесарево сечение или миомэктомия в анамнезе). В данном исследовании также проанализированы медкарты родильниц с родоразрешением путем кесарева сечения за последние 3 года с 2016 по 2019 гг. Показания к кесареву сечению представлены в таблице 2. За последние 3 года среди показаний к оперативному вмешательству на первом месте наличие кесарево сечение в анамнезе. Также эта проблема актуальна в регионах с высоким паритетом родов, что требует ответственного решения вопроса о родоразрешении в врачебных консилиумах.

Среди показаний к кесареву сечению	2016	2017	2018
Всего кес сечений	1541-17,6%	1706-21,3%	1836-24,9%
1 место	Рубец на матке 753-48,8% Рубец 5 раз-1 4 рубца-2 3 рубца-51 Дважды рубец -211 1 рубец на матке-488.	Рубец на матке 787-43,8% Рубец 4 раза2 Рубец 3 раза57 Рубец 2 раза228 Рубец 1 раз 500	Рубец на матке-494-26,9% Рубец 4 раза -4 Рубец 3 раза-91 Рубец 2 раза -267 Рубец 1 раз-132

2 место	Обструктивные роды. 185-12,0%	Внутриутробная гипоксия 171-9,5%	Внутриутробная гипоксия 188-10,2%
3 место	Неправильное положение плода 134 8,7%	Неправильное положение плода 168- 9,4%	Неправильное положение плода 165-9,0%
4 место	Внутриутробная гипоксия 102-6,6%	Обструктивные роды 140-7,8%	Обструктивные роды 123-6,7%

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Беременная М., 36 лет, поступила в плановом порядке на оперативное родоразрешение с диагнозом: беременность 37 недель 5 дней, индуцированная по программе ЭКО. Дважды рубец на матке. Предлежание плаценты. Приращение плаценты? Синдром потери плода. Вторичное бесплодие (5 лет). Отягащенный акушерский анамнез.

Из анамнеза жизни: Травмы, гемотрансфузии отрицает. Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена, алергоанамнез без особенностей. Операции: в 2010 г и 2011 г родоразрешена оперативным путем кесарева сечение. Со слов беременной муж здоров. Менструации с 12 лет, умеренные, регулярные, безболезненные. Начало половой жизни с 24 лет. Состоит в браке. Несколько раз принимала лечение по поводу вторичного бесплодия в течение 5 лет. В 2016 г диагностическая лапароскопия. В 2017 г первая попытка ЭКО – данная беременность.

Из анамнеза: данная беременность – четвертая, индуцированная по программе ЭКО. Первая беременность в 2010 г, родоразрешение путем кесарева сечения на сроке 34 недели по поводу ПОНРП, антенатальная гибель плода. Вторая беременность в 2011 г – кесарево сечение в доношенном сроке беременности по поводу свежего рубца на матке и синдрома потери плода. Третья беременность в 2013 г – медицинский аборт по показанию «замершая беременность в 7 недель. Живой ребенок – 1. На диспансерном учете по беременности с 11 недель. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени. Предлежание плаценты диагностирована на УЗИ I триместра и сохранялось в течение всей беременности. На УЗИ плода в сроке 33 недель подтверждено полное предлежание плаценты (плацента полностью перекрывает внутренний зев, расположена преимущественно по передней стенке матки и перекрывает рубцы матки) в нижнем сегменте выраженный сосудистый кровоток. По данным доплерометрии не исключается приращение плаценты.

Объективные данные: рост – 166 см, вес – 74 кг, ИМТ – 26,9.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенического типа телосложения. Кожные покровы чистые, телесного цвета. Видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 21 в минуту. Пульс симметричный, частотой 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. на обеих руках. При пальпации живот не напряжен, безболезненный. В животе определяется рубец нижнесрединно продольный под пупком 8см. Заживление первичным натяжением. Печень не увеличена, эластичной консистенции, безболезненна. Стул регулярный. Мочиспускание свободное, безболезненное. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон.

Акушерский статус: ОЖ -104 см, ВДМ-36 см, ПМП-3700,0

Живот увеличен за счет беременной матки, соответствует сроку беременности. Матка в форме овоида, не возбудима. Рубец на матке безболезненный. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту.

Осмотр на зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая, выделения – бели. Влагалищное исследование не проводилось.

Учитывая доношенный срок беременности, предлежание плаценты, возможную аномалию прикрепления последа, после взвешанной оценки всех возможных осложнений, консилиумом решено родоразрешить путем операции кесарева сечения в плановом порядке с использованием компрессионных швов на матку и циркуляжа на матку.

В плановом порядке произведено кесарево сечение по рубцу. Ручное отделение и удаление плаценты. Перевязка системой на нижнем сегменте матки. Наложение компрессионно-гемостатических швов на матку. Циркуляж матки.

Ход операции: 1 этап – кесарево сечение. После обработки операционного поля в асептических условиях произведена лапаротомия по рубцу. По вскрытии брюшной полости: к ране предлежит головка беременная матка, соответствует доношенному сроку гестации. Плика вскрыта остро и тупым методом спущена вниз. Острым путем в нижнем сегменте матки по рубцу произведен поперечный разрез длиной 2 см, тупо расширен до 12,0см. Разрез пришелся на плаценту, пробурована пальцем, вскрыт плодный пузырь, излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. На 3 минуте за подмышечные впадины извлечен живой доношенный плод мужского пола, весом 3590,0гр, длиной 52см, с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов, отделен от матери, передан неонатологу.

2 этап – отделение последа. Послед бережно отделен и удален вручную, признаки приращения выявлены. Плацентарная площадка располагалась по передней стенке с переходом на заднюю. После отделении плаценты на участке площадки кровоточат зияющие открытые сосуды. Внутривенно начата струйно вводится окситоцин на физиологическом растворе.

3 этап – перевязка нижнего сегмента системой для инфузии. Для наложения системы убрано канюля, игла капельницы и зажим регулятор; ассистент 1 поднял матку вверх от операционной раны; двойную систему наложили максимально на нижний сегмент матки и перевязали; на узел системы поставили зажим чтоб не развязался. Этим достигли временную остановку кровоснабжения по маточной и яичниковой артерии; в свою очередь кровотечение из плацентарной площадки моментально остановилось.

4 этап – наложение компрессионных и гемостатических швов на матку. Были наложены парные вертикальные гемостатические компрессионные швы. Используя длинную (> 70 мм) иглу с круглым сечением сделали первый выкол на переднюю стенку нижнего сегмента на 4 см медиальнее ребра матки. Иглу провели в полость матки, выкол сделали с задней стенки нижнего сегмента. Также симметрично с другой стороны наложили 2ой компрессионный шов. Образованных парных нитей соответственно максимально сдавливая матку, одновременно оператор и ассистент концы нити связали на дне матки. Затем две лигатуры на дне завязали между собой чтоб нити не соскальзывали с ребра матки. А также с обеих сторон наложили шов по Олири для дополнительной деваскуляризации.

5 этап – циркуляж матки. Узел системы перевязанной на нижнем сегменте матки освободилось. Переждав 10 мин и убедившись, что кровотечения нет с площадки плаценты убрали саму систему для инфузии. Плика отсепарована до сосудистых пучков. Начиная с нижнего сегмента по ребру матки до верхнего угла матки был сделан циркуляж матки кетгутовым швом для перевязки маточных сосудов. Также симметрично сделан циркуляж на другом ребре матки.

6 этап – завершение операции. Рана на матке ушита 2-х рядным викриловым швом. Придатки осмотрены с обеих сторон: имеется спаечный процесс, ампулярный отдел маточных труб подпаяны к матке. Туалет брюшной полости. Подсчет инструментов и салфеток – все. Брюшная полость послойно наглухо ушита. На кожу отдельные узловые швы. Асептическая повязка. Кровопотеря общая – 700мл. моча по катетеру светлая 300мл.

Послеоперационный период протекал без особенностей, пациентка выписана домой с ребенком на 6-ые сутки в удовлетворительном состоянии.

Впервые в акушерской практике мы применили циркуляж на ранней послеродовой матке

сразу после кесарева сечения. Во всех 4 случаях, в которых применялся циркулярный шов матки с приращением плаценты, ни одного из гинекологических симптомов не было. Эти случаи показывают, что и при массивных кровотечениях с лечебной целью; и при патологии плаценты с профилактической с целью есть возможность сохранить матку и репродуктивную функцию и отступить от радикализма. А именно очень актуально женщинам с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, как в этом клиническом случае.

ВЫВОДЫ

1. Количество оперативных родоразрешений путем кесарева сечения растет с каждым годом на 4%, что способствует патологическому расположению плаценты. Также есть определенная тенденция роста патологии расположения плаценты и ее вставания.

2. Частота приращения плаценты среди предлежания плаценты за последние 3 года в динамике растет каждым годом на 35-50%, а также все случаи предлежания плаценты, тем более, подозрение на ее вставание, являются абсолютным показанием для оперативного родоразрешения. При этом риск развития кровотечения во время таких операции очень велик.

3. При критических ситуациях, как в любом виде патологии плаценты и массивных кровотечениях с целью сохранения матки и репродуктивной функции женщины в современном акушерстве появилась консервативная тактика с использованием циркулярного шва матки, метропластики и разновидностей компрессионных гемостатических швов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ причин материнской смертности : руководство для врачей / под ред. А. П. Миловой. – М., 2008. – 228 с.
2. Башмакова, Н. В. Материнская смертность: что определяет современную структуру? / Н. В. Башмакова, А. В. Каюмова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России (г. Москва, 30 сент. – 2 окт. 2008 г.). – М., 2008. – С. 23.
3. Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты. – Российский вестник акушера – гинеколога. №6 2009. С 25-28.
4. Allam M.S., B-Lynch C., The B-Lynch and other uterine compression suture techniques.// Int J Gynaecol Obstet. 2005 -Jun; 89,3,236-241.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

*Курмангали Ж.К.¹, Жантагулов Д.А.²
Жантагулова Г.Н.²*

*¹ Республиканский диагностический центр,
² Национальный научный центр материнства и детства
Корпоративного Фонда «University Medical Center»
г. Нур-Султан, Республика Казахстан*

Представлено описание двух наблюдений функциональной оценки состояния плода в антенатальном периоде.

На сегодняшний день кардиотокография (КТГ) плода является неотъемлемой частью комплексной оценки функционального состояния плода, основанная на анализе его сердечной деятельности, широко используемая в акушерской практике в целях снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Однако при применении данного метода исследования возникают проблемы влияния субъективного фактора интерпретации кардиотокографических кривых с высокой частотой ложноположительных и ложноотрицательных результатов. В связи с чем, в настоящее время в клиническую деятельность акушер-гинекологов внедрены современные технологии КТГ плода, которые позволяют улучшить качество и эффективность оценки состояния внутриутробного плода, такие как: компьютерный анализ кардиотокограмм с определением интегрального показателя состояния плода В.Н. Демидова и соавт., критериев Dawes/Redman, дистанционный беспроводной мониторинг плода в течении периода гестации, прямой мониторинг состояния внутриутробного плода при помощи наложения скальп-электрода («золотой стандарт») в интранатальном периоде родов [1-9].

Таким образом, актуальным является в группе беременных высокого риска и при патологическом течении родов использование инновационных современных технологий кардиотокографического исследования, что позволит обеспечить раннюю диагностику нарушения функционального состояния внутриутробного плода, определить тактику ведения беременности и родов, оптимальный срок и метод родоразрешения в целях улучшения перинатальных исходов.

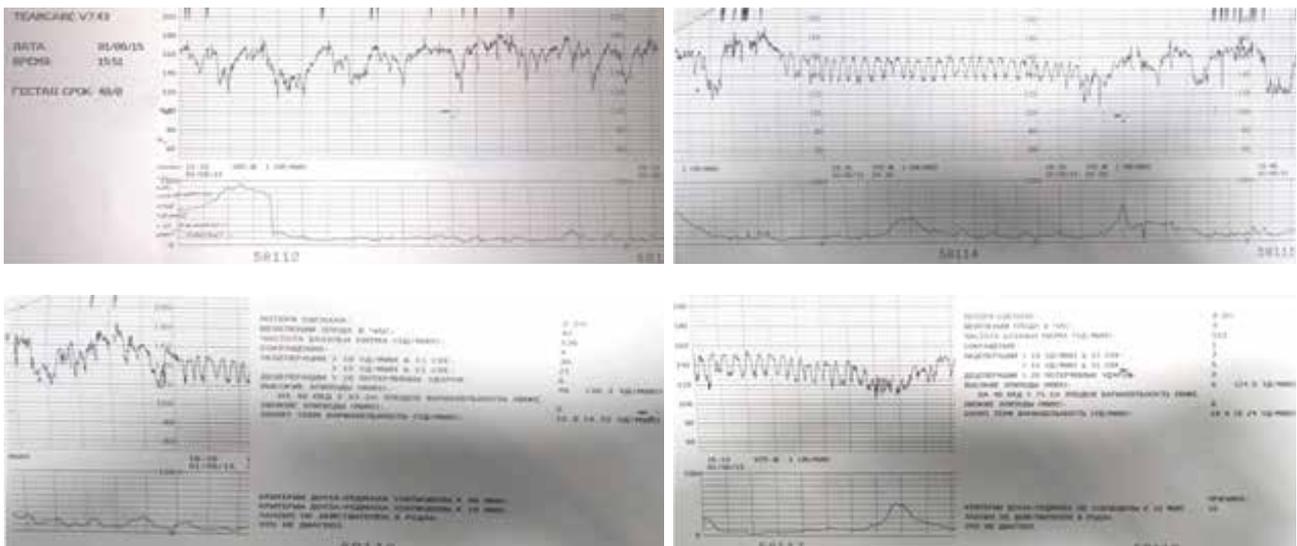
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Приведены результаты кардиомониторного наблюдения за состоянием плода с помощью фетального монитора фирмы «Oxford Sonicaid Team Care» (Великобритания) по общепринятой методике. Данный аппарат позволяет проводить автоматический расчет и анализ параметров кардиотокограммы. Анализу подлежали следующие показатели: базальная частота сердечных сокращений (ЧСС), частота шевелений плода, акцелерации и децелерации, нестрессовый тест (НСТ), наличие или продолжительность эпизодов высокой и низкой вариабельности, короткая вариабельность-показатель STV. Одновременно анализировались критерии Dawes/Redman, обнаружение которых в процессе исследования является надежным гарантом благополучия состояния плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наблюдение 1. Повторнобеременная, первородящая 24-х лет. В анамнезе одна неразвивающаяся беременность. Из соматического анамнеза резус отрицательный фактор крови без титра антител, умеренная анемия, в сроке 18 недель субклинический гипотиреоз.

Проведено КТГ обследование в сроке 40 недель беременности.



По данным антенатального КТГ мониторинга общая продолжительность исследования составила 60 минут. На протяжении 26 минут от начала проведения исследования на кардиотокограмме установлена умеренная тахикардия с базальной частотой сердечных сокращений (ЧСС) 165 уд/мин с последующей регистрацией в течении 13,5 мин и 7 мин в конце записи исследования периодов синусоидального ритма, характеризующихся стабильным базальным ритмом, частотой колебаний до 3-х циклов в минуту, амплитудой до 25 уд/мин, отсутствием акцелераций и децелераций. В течении всего периода записи сердечного ритма на кардиомониторной кривой определялись множественные децелерации амплитудой до 43 уд/мин, продолжительностью до 118 секунд, отсутствовали акцелерации амплитудой свыше 15 уд/мин при достаточной двигательной активности плода. Установлены НСТ отрицательный, несоблюдение критериев Доуза/Редмана. Однако в процессе мониторингового наблюдения отмечалось снижение базального ритма ЧСС до 138-128 уд/мин, отсутствие эпизодов низкой вариабельности, наличие продолжительности эпизодов высокой вариабельности 6, значение показателя короткой вариабельности STV-19,9.

Заключение: КТГ плода патологическое.

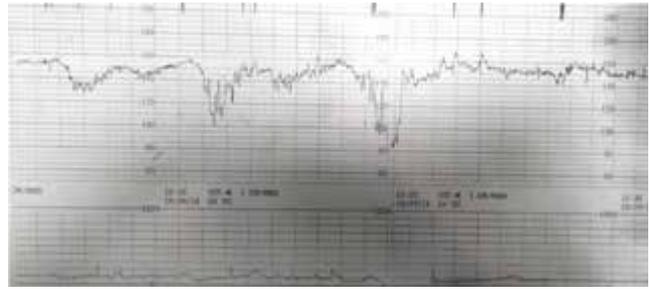
Полученные данные оценки кардиомониторной кривой указывали о нарушении состояния реактивности сердечно-сосудистой системы плода, что послужило основанием для досрочного родоразрешения путем проведения индуцированных родов.

В доношенном сроке беременности произошли индуцированные роды через естественные родовые пути плодом массой - 3530,0 г, ростом - 56см, с оценкой по шкале Апгар 9-10 баллов в удовлетворительном состоянии. Пациентка выписана домой на 3-и сутки с ребенком.

Анализируя данный случай следует отметить, что пациентка не предъявляла жалобы на снижение количества шевелений плода, зарегистрированный синусоидальный ритм по-видимому следует считать не только патологическим признаком, но и возможно обусловленным сосательными и ритмичными движениями рта плода, что согласуется с данными литературы [10-12].

Наблюдение 2. Первобеременная, первородящая 25 лет. Настоящая беременность протекала на фоне ринофарингита. По данным доплерометрического исследования в сроке 40 недель беременности установлено нарушение маточно-плацентарного кровотока. Двукратное обвитие пуповины вокруг шеи плода.

Проведено КТГ исследование в сроке 40 недель гестации.



ВРЕМЯ	ПОТЕРЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	ГЛУБИНА	ВАРИАбельНОСТЬ	СМС	ПОТЕРЯ
(МИН)	УДАРОВ	(МИН)	(УД/МИН)	НА 3' МИН ДО	ПОСЛЕ	СИГНАЛА
4.8	50	2.9	67	18.3	15.0	12.7 *
11.0	15	1.6	64	15.1	11.2	7.0 *
17.8	54	2.1	69	23.0	34.0	8.0 *

При кардиомониторном наблюдении продолжительностью 60 минут установлены базальный ритм ЧСС плода на уровне 150 уд/мин, снижение variability базальной частоты сердцебиения, определяющейся амплитудой осцилляций до 5 уд/мин. На протяжении всего времени КТГ исследования отсутствовала физиологическая реакция сердечной деятельности плода в ответ на его шевеления (НСТ отрицательный, акцерелерации не регистрировались). На фоне монотонного ритма отмечалось снижение ЧСС плода относительно базального ритма в виде регистрации переменных децелераций, амплитудой до 63 уд/мин, продолжительностью до 120 секунд. Данные литературы свидетельствуют, что патофизиологической основой развития данных типов децелераций служит патология пуповины [1, 13]. При этом зарегистрированы превалирование эпизодов низкой variability над высокими, значение показателя STV-3,4, несоблюдение критериев Dawes/Radman.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

КТГ плода патологическое. Признаки патологии пуповины.

В данном наблюдении показатели кардиотокограммы свидетельствовали о наличии признаков нарушения функционального состояния плода, обусловленных результатом компрессии пуповины.

Учитывая доношенный срок гестации, признаки дистресса плода, нарушение маточно-плацентарного кровотока, двукратное обвитие пуповины вокруг шеи плода, отсутствие условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, принято решение о родоразрешении путем операции кесарево сечения в экстренном порядке в интересах плода в целях предупреждения дальнейшего прогрессирования нарушения состояния внутриутробного плода. Извлечен живой доношенный ребенок с двукратным обвитием пуповины вокруг шеи, массой - 3300,0 г, ростом - 51 см, с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов. Состояние ребенка при рождении оценено как удовлетворительное. Пациентка выписана домой на 3-и сутки с ребенком.

Таким образом, при интерпретации кардиотокографических кривых возможен высокий процент совпадений заключений при нормальном состоянии плода и наибольшее расхождение результатов исследования при его пограничных и угрожающих состояниях. В свою очередь необходимо отметить, что выявление патологических изменений сердечной деятельности плода являются более значимыми в клинической практике, чем характеристики, соответствующие нормальному состоянию плода. Результаты проведенных исследований в представленных наблюдениях показали, что данные автоматизированного анализа кардиотокографических по-

казателей позволили правильно оценить функциональное состояние внутриутробного плода, своевременно определить его нарушение, принять решение об оптимальной тактике ведения беременности, тем самым предупредить неблагоприятные перинатальные исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедалиева Н.М., Кузин В.Ф., Курмангали Ж.К. Антенатальная кардиотокография в оценке состояния внутриутробного плода // Методические рекомендации. –Астана, 2010. –37 с.
 2. Курмангали Ж.К., Укыбасова Т.М., Бапаева Г.Б., Аймагамбетова Г.Н. Автоматизированная кардиотокография при задержке внутриутробного развития плода // Журнал акушерства и женских болезней. –Санкт-Петербург. –Выпуск 4, том LXI, 2012.
 3. Maso G., Businelli C., Piccoli M., Montico M., De Seta F., Sartore A., Alberico S. The clinical interpretation and significance of electronic fetal heart rate patterns 2 h before delivery: an institutional observational study // Arch. Gynecol. Obstet. 2012; 286(5): 1153-9.
 4. Bernardes J., Ayres-de-Campos D. The persistent challenge of foetal heart rate monitoring // Curr. Opin. Obstet. Gynecol 2010; 22: 104-9.
 5. Galazios G., Tripsianis G., Tsikouras P. et al. Fetal distress evaluation using and analyzing the variables of antepartum computerized cardiotocography //Arch. Gynecol. Obstet. – 2009. – Epub ahead of print.
 6. Murray D.M., O’Riordan M.N., Horgan R. et al. Fetal heart rate patterns in neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy: relationship with early cerebral activity and neurodevelopmental outcome //Am. J. Perinatol. – 2009. – V. 26, N 8. – P. 605–612.
 7. BMC Pregnancy Childbirth. 2017; 17: 178. Functionality and acceptability of a wireless fetal heart rate monitoring device in term pregnant women in rural Southwestern Uganda Godfrey R Mugenyi, Esther C Atukunda, Joseph Ngonzi, Adeline Boatin, Blair J. Wylie, Jessica E. Haberer. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5465540/>
 8. Assessing the Clinical Use of a Novel, Mobile Fetal Monitoring Device. Obstetrics and Gynecology 123 Suppl 1:55S · May 2014
 9. Imam Bano, Nasreen Noor, Lata Motwani, Zakia Arshad. Comparative study of Non stress Test and Fetal Acoustic Stimulation of Assessment of Fetal Well-being. 2012; 3 (2): 168-171.
 10. Acker D. Clinical pearls in application of electronic fetal heart rate monitoring. – Accessed November 17, 2008.
 11. Alfirevic. Z. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour //Cochrane Database Syst. Rev. – 2006. – 3:CD006066.
 12. Cesarelli M., Romano M., Bifulco P. Comparison of short-term variability indexes in cardiotocographic foetal monitoring // Comput. Biol. Med.. – 2009. – V. 39, N 2. – P. 106–118.
 13. Шаргаева, Н.В. Диагностика угрожаемых состояний плода во время беременности и в родах // Проблемы здоровья и экологии. - 2005. - №3(5). - С.103-112.
- Адрес: 010000, Республика Казахстан, г.Нур-Султан, проспект Туран 32

ФАКТОРЫ РИСКА ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Мицкевич Е.А.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск, Казахстан*

Преждевременные роды являются актуальной проблемой современного акушерства (8-12% всех родов). Совершенствование методов диагностики истмико-цервикальной недостаточности позволит раньше, а значит эффективнее, скорректировать бессимптомное патологическое ремоделирование шейки матки для улучшения перинатальных исходов.

Ключевые слова: *преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, цервикометрия*

Preterm birth is an actual problem of modern obstetrics (8-12% of all births). Improving the methods of diagnosing cervical insufficiency allows earlier, therefore more effectively, to correct this asymptomatic pathological remodeling of the cervix to improve perinatal outcomes.

Keywords: *preterm labor, cervical insufficiency, cervicometry*

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным Всемирной организации здравоохранения, частота преждевременных родов в 2015 году составила 8-12% [1,2]. Значимый вклад в причины преждевременных родов вносит истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Методы диагностики данной патологии (влагалищное исследование, сонография) субъективны, малочувствительны, обязательно должны дополнять друг друга [1,2,3].

Согласно действующему законодательству в Республике Беларусь специальное акушерское обследование беременной выполняется при постановке на учет, и затем при каждой явке (14, 20 недель гестации и далее) [4]. Сонографический скрининг в первой половине беременности выполняется в декретируемые сроки 11 – 13 6/7 недель и 18 – 21 недель гестации. В отличие от первого сонографического скрининга, во время второго скрининга цервикометрия является обязательной [5], однако часть пациентов уже будут иметь укорочение и раскрытие цервикального канала, другая часть к этому сроку потеряют беременность [2,6,7].

Поэтому актуальным и обоснованным будет выявление факторов риска ИЦН до 18 недель гестации.

Целью исследования было выявить факторы риска развития ИЦН у беременных до 18 недель гестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценили течение беременности у 160 пациентов, родоразрешенных в УЗ «Витебский областной клинический родильный дом» в 2013-2018 гг. В I группу (основную) были включены 58 пациентов с ИЦН, диагностированной до второго ультразвукового скрининга (до 18 недель беременности). Во II группу (контрольную) были включены 72 пациента с ИЦН, диагностированной с 18 недель беременности и позже. III группу (сравнения) составили 30 женщин без ИЦН. Критерием включения для I и II групп исследования был диагноз ИЦН. Критерием исключения для I и II групп было указание на боли внизу живота в период диагностики ИЦН. Для оценки тяжести дисплазии соединительной ткани использовали классификацию ее фенотипических проявлений (Смольнова Т.Ю., 1999 г.) [8].

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программ Microsoft Excel, версия 1808; BioStat Pro 5.9.8.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин в группах исследования был 32,3; 30,0 и 26,9 лет. Доли первобеременных пациентов составили 27 (46,6%); 26 (36,1%) и 9 (30,0%) ($p_{I-II}=0,283$; $p_{I-III}=0,172$; $p_{II-III}=0,650$) соответственно. Число первородящих – 38 (65,5%); 54 (75,5%) и 14 (46,7%) ($p_{I-II}=0,251$; $p_{I-III}=0,111$; $p_{II-III}=0,010$) соответственно. Эти показатели были сопоставимы.

Был изучен акушерско-гинекологический анамнез всех пациентов, включенных в исследование (таблица 1).

Таблица 1 - Акушерско-гинекологический анамнез

признак	I (n; %)	II (n; %)	III (n; %)	p
≥3 родов	4 (6,9)	7 (9,7)	3 (10,0)	$p_{I-II}=0,753$; $p_{I-III}=0,686$; $p_{II-III}=1,000$
ИЦН в анамнезе	8 (13,8)	9 (12,5)	1 (3,3)	$p_{I-II}=1,000$; $p_{I-III}=0,157$; $p_{II-III}=0,274$
Привычное невынашивание	13 (22,4)	7 (9,7)	1 (3,3)	$p_{I-II}=0,054^*$; $p_{I-III}=0,029^*$; $p_{II-III}=0,431$
Преждевременные роды	14 (24,1)	6 (8,3)	2 (6,6)	$p_{I-II}=0,015^*$; $p_{I-III}=0,077$; $p_{II-III}=1,000$
≥2 вмешательства с расширением цервикального канала	15 (25,9)	14 (19,4)	4 (13,3)	$p_{I-II}=0,404$; $p_{I-III}=0,274$; $p_{II-III}=0,576$
Многоплодие	10 (17,2)	3 (4,2)	-	$p_{I-II}=0,018^*$
Беременность в результате ВРТ	9 (15,5)	2 (2,8)	1 (3,3)	$p_{I-II}=0,012^*$; $p_{I-III}=0,154$; $p_{II-III}=1,000$
Травматичные роды, РДСМ	5 (8,6)	9 (12,5)	4 (13,3)	$p_{I-II}=0,576$; $p_{I-III}=0,483$; $p_{II-III}=1,000$
Миома матки	13 (22,4)	7 (9,7)	1 (3,3)	$p_{I-II}=0,054^*$; $p_{I-III}=0,029^*$; $p_{II-III}=0,431$
Эндометриоз	5 (8,6)	9 (12,5)	4 (13,3)	$p_{I-II}=0,511$; $p_{I-III}=0,576$; $p_{II-III}=1,000$
Операции на шейке матки: эксцизия	2 (3,4)	3 (4,2)	-	$p_{I-II}=1,000$

* – $p \leq 0,05$

У пациентов основной группы достоверно чаще отмечены привычное невынашивание беременности, преждевременные роды в анамнезе, многоплодная беременность, беременность в результате ВРТ, миома матки ($p \leq 0,05$).

Распространенность инфекций, передающихся половым путем, воспалительных заболеваний органов малого таза, различных форм бесплодия не различалась в группах исследования. Проанализирована заболеваемость пациентов хроническими заболеваниями: хронический пиелонефрит, хронический бронхит, хронический гастрит, артериальная гипертензия, сахарный диабет, патология щитовидной железы, нарушения питания. Полученные данные статистически не различались, либо не позволили провести сравнение в силу малого количества наблюдений

Фенотипические критерии ДСТ диагностированы у пациентов всех групп исследования (таблица 2).

Таблица 2 – Фенотипические проявления ДСТ

признак	I (n,%)	II (n,%)	III (n,%)	p
Миопия	18 (31,0)	8 (11,1)	2 (6,7)	pI-II=0,007*; pI-III=0,001*; pII-III=0,719
Варикозное расширение вен нижних конечностей	12 (20,7)	6 (8,3)	4 (13,3)	pI-II=0,072; pI-III=0,562; pII-III=0,475
Пролапс митрального клапана	4 (6,9)	3 (4,2)	2 (6,7)	pI-II=0,700; pI-III=1,000; pII-III=0,629
Аллергия	20 (34,5)	14 (19,4)	2 (6,7)	pI-II=0,070; pI-III=0,004*; pII-III=0,140
Тромбофлебит	1 (1,7)	1 (1,4)	-	pI-II=1,000
Нефроптоз	3 (5,2)	4 (5,6)	-	pI-II=1,000
Хронические вывихи	2 (3,4)	-	-	-
Плоскостопие	2 (3,4)	1 (1,4)	-	pI-II=0,586

* – $p \leq 0,05$

В основной и группе сравнения проявления ДСТ встречались чаще, достоверно чаще – миопия и аллергические реакции ($p \leq 0,05$). Балльная оценка выявленной патологии показала: в I группе ДСТ лёгкой и средней степени составила 35 (60,3%) и 6 (10,3%) соответственно. Во II и III группе 100% составила ДСТ лёгкой степени: II группа – 37 пациентов (51,4%); III группа – 7 пациентов (23,3%).

Анализ осложнений течения беременности до диагностики ИЦН позволил провести сравнение результатов во всех группах (таблица 3).

Таблица 3 – Течение беременности

признак	I (n; %)	II (n; %)	III (n; %)	p
Угрожающий, начавшийся самопроизвольный выкидыш	14 (24,1)	24 (33,3)	12 (40,0)	pI-II=0,332; pI-III=0,144; pII-III=0,650
Прием гестагенов с ранних сроков беременности	41 (70,7)	38 (52,8)	18 (60,0)	pI-II=0,047*; pI-III=0,345; pII-III=0,522
ОРВИ	18 (31,0)	28 (38,9)	7 (23,3)	pI-II=0,708; pI-III=0,323; pII-III=0,171
Воспалительные заболевания влагалища и шейки матки	12 (20,7)	17 (23,6)	10 (33,3)	pI-II=0,833; pI-III=0,210; pII-III=1,000
ИППП	4 (6,9)	4 (5,6)	2 (6,7)	pI-II=1,000; pI-III=1,000; pII-III=1,000

Анемия	10 (17,2)	14 (19,4)	5 (16,7)	pI-II=0,622; pI-III=1,000; pII-III=1,000
--------	-----------	-----------	----------	---

* – $p \leq 0,05$

В основной группе было достоверно больше пациентов, получавших аналоги эндогенного прогестерона с ранних сроков беременности ($p \leq 0,05$). Это связано с отягощенным анамнезом женщин, имевших в прошлом преждевременные роды, привычное невынашивание, а также со значительной долей беременностей, наступивших в результате вспомогательных репродуктивных технологий (таблица 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования выявлены значимые факторы риска развития ИЦН до 18 недель беременности. Для каждого фактора рассчитали относительный риск (ОР) при доверительном интервале (ДИ) 95%.

- привычное невынашивание беременности: ОР=1,159;
- преждевременные роды в анамнезе: ОР=1,75;
- беременность, наступившая в результате ВРТ: ОР=1,987;
- фенотипические проявления ДСТ средней степени тяжести: ОР=3,188.

ВЫВОДЫ

1. В группу риска ИЦН, развивающейся до 18 недель беременности, необходимо включить женщин фенотипическими проявлениями ДСТ средней степени тяжести; с привычным невынашиванием беременности; преждевременными родами в анамнезе; беременностью, наступившей в результате ВРТ.

2. Для ранней диагностики ИЦН в группе риска обоснованным будет выполнять дополнительную, «межскрининговую» сонографическую цервикометрию с 14 до 18 недель гестации.

3. Определение группы риска и последующая сонографическая цервикометрия с 14 до 18 недель гестации позволит выполнить своевременную коррекцию ИЦН, а значит более эффективную профилактику преждевременных родов, тем самым снизить заболеваемость и смертность новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth / WHO/ – 2014. – 123 p.
2. De Renzo G C, Roura L C, Facchinetti F. Preterm labor and birth management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017; 30: 2011–2030.
3. Kagan, K.O. How to measure cervical length / K.O. Kagan, J.Sonek // Ultrasound Obstet Gynecol. – 2015. – Vol. 45. – P. 358–362.
4. Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии. Клинический протокол / К.У. Вильчук [и др.]. // Минск: «Профессиональные издания», – Минск, 2018. – 280 с.
5. Унифицированные ультразвуковые исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза, плода, поверхностных органов, головного мозга и тазобедренных суставов, сердца и сосудов: инструкция по применению № 047-0408: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 05.04.2008 / Е.А. Улезко [и др.]. – Минск, 2008. – 31 с.
6. Истмико-цервикальная недостаточность: клинические рекомендации (протокол лечения) № 15-4/10/2-7991: утв. М-вом здравоохранения Рос. Федерации 28.12.2018. – Москва, 2018. – 42 с.

7. Мицкевич, Е.А. Проблема цервикальной недостаточности в аспекте применения вспомогательных репродуктивных технологий / Е.А. Мицкевич // Вспомогательные репродуктивные технологии: проблемы и перспективы: сб. материалов Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Витебск: ВГМУ, 2018. – С. 14–15.
8. Смольнова, Т.Ю. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Т.Ю. Смольнова [и др.]. // Урология. – 2001. – № 2. – С. 25 – 30.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ОБЗОР)

Тажиханова Т.Т., Ким Д.А.

*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы, Казахстан*

В структуре материнской смертности от экстрагенитальной патологии заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) составляют около 10% и представлены в основном артериальной гипертензией (АГ), врожденными и приобретенными пороками сердца (ВПС и ППС), аритмиями и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), диагностика и лечение которых в период беременности представляют определенные трудности, связанные не только с ограничением диагностических возможностей, но и с выбором медикаментозного лечения. Стоит отметить, что во время беременности происходит целый ряд адаптационных процессов, изменяющих и осложняющих течение ранее существующих заболеваний [1,2].

Артериальная гипертензия и беременность

Артериальная гипертензия — состояние, при котором у беременных регистрируется САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. О наличии АГ при самостоятельном измерении АД беременной в домашних условиях или при проведении суточного мониторинга АД (СМАД) свидетельствует уровень АД $\geq 135/85$ мм рт.ст.

Поданным The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2016), артериальная гипертензия регистрируется у 5-10% беременных.

В Российской Федерации распространенность АГ у беременных составляет 7-30%. По данным обсервационного исследования, проведенного в одном из перинатальных центров крупного города Центральной части России, где был создан регистр беременных “БЕРЕГ”, гипертензивные нарушения регистрировались у 14% женщин [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гипертензивные состояния при беременности в России в 2014 г занимали 2-е место в структуре материнской смертности и являлись причиной не менее 76 тыс. случаев материнской и 500 тыс. случаев младенческой смертности ежегодно. Данная статистика, несомненно, является важным показателем значимости данного заболевания.

Врожденные пороки сердца

Даже само прерывание беременности сопряжено с высоким риском из-за вазодилатации и уменьшения сократительной способности миокарда в результате анестезии.

По данным рекомендаций ВОЗ, при “синих” ВПС суммарная материнская смертность составляет ~2%, риск осложнений (инфекционный эндокардит (ИЭ), аритмии и застойная СН) ~30%. Прогноз для плода у матерей с такими ВПС неблагоприятный: риск самопроизвольного выкидыша — 50%, преждевременных родов — 30-50% [4,5].

Отдельно хотелось бы выделить группу пациенток после операции Фонтена. При сочетании единственного желудочка сердца и стеноза легочной артерии (ЛА) возможно проведение операции Фонтена, заключающейся в создании анастомоза между ЛА, с одной стороны, и верхней полой вены, и/или нижней полой вены, или правого предсердия с другой, так как циркуляцию крови затрудняет имеющийся выраженный подклапанный стеноз устья ЛА. После этой паллиативной операции функцию нагнетания крови в малый круг кровообращения выполняет ПП, а циркуляция крови в большом круге кровообращения осуществляется единственным желудочком сердца. Отдаленные результаты такой операции при единственном желудочке благоприятные.

Единственный желудочек сердца является достаточно редко встречаемой аномалией у женщин репродуктивного возраста, лишь проведение операции Фонтена позволяет успешно вы-

носить беременность до сроков 25-35 нед. при риске III-IV ВОЗ.

Пролонгирование беременности даже в случаях выполнения операции Фонтена чревато материнской смертностью (2%), развитием аритмий (20%), энтеропатий, гепатомегалии, редко — циррозом печени, склонностью к тромбообразованию и СН. Высок риск преждевременных родов и низкой массы плода.

Приобретенные пороки сердца

Приобретенные пороки сердца (ППС) — повреждение клапанов сердца с нарушением их функции в виде стеноза соответствующего отверстия между камерами сердца или недостаточности клапана, возникающие вследствие какого-либо острого или хронического заболевания.

К приобретенным порокам сердца относятся:

1. Митральный стеноз — сужение левого предсердно-желудочкового отверстия, приводящее к нарушению диастолического поступления крови из ЛП в ЛЖ. Изолированный митральный стеноз составляет 40% всех пороков сердца ревматической этиологии, среди женщин он встречается в 4 раза чаще, чем среди мужчин. При тяжелом митральном стенозе прогноз, как правило, неблагоприятный, поскольку увеличение ОЦК и тахикардия, характерные для беременности, повышают нагрузку на сердце, увеличивают риск фибрилляции предсердий, которая, в свою очередь, усугубляет снижение сердечного выброса. При тяжелом стенозе повышается риск внутриутробной задержки развития плода и преждевременных родов. Материнская смертность при легком митральном стенозе составляет <1%, при тяжелом — 5%, при появлении фибрилляции предсердий возрастает до 17%. Планирование беременности у пациенток с тяжелым митральным стенозом, без предварительной хирургической коррекции МК — противопоказано [6].

2. Недостаточность митрального клапана характеризуется неполным закрытием его створок во время систолы ЛЖ, в результате чего возникает обратный ток крови (регургитация) из ЛЖ в ЛП. Изолированная митральная недостаточность ревматического генеза составляет 10% всех приобретенных пороков сердца. Роды через естественные родовые пути безопасны у большинства пациенток, даже у тех, у кого были эпизоды непродолжительной сердечной недостаточности. Мониторинг гемодинамики необходим только в самых тяжелых случаях.

3. Недостаточность аортального клапана характеризуется отсутствием полного смыкания створок аортального клапана в период диастолы, в результате чего возникает обратный кровоток (регургитация) из аорты в полость ЛЖ. При отсутствии клинической картины порока беременность и роды протекают без осложнений. В случае выраженной дилатации ЛЖ (по данным ЭхоКГ конечный диастолический размер >5,5 см) беременность противопоказана.

Оперированное сердце

Оперативное лечение у беременных с кардиоваскулярной патологией с/или без использованием искусственного кровообращения (ИК) должно проводиться только в случае неэффективности медикаментозной терапии, ухудшении их состояния и при отсутствии возможности проведения других интервенционных методов. Оптимальным сроком гестации в случае оперативного лечения с использованием ИК являются 13-28 нед. беременности. Хирургическое лечение в первом триместре беременности связано с риском развития мальформаций плода, в третьем триместре — преждевременных родов и осложнений у матери. После 28 нед. беременности при детской смертности 10% может быть рассмотрен вопрос о родоразрешении до использования ИК. Решение о времени родоразрешения от 26 до 28 нед. гестации принимается индивидуально.

При использовании искусственного кровообращения уровень материнской смертности не отличается от таковой у обычного контингента больных кардиохирургических операций [7].

Легочная гипертензия

Легочная гипертензия (ЛГ) — симптомокомплекс, сопровождающий разнообразные по этиопатогенетическому механизму заболевания, объединенные регистрируемым по данным катетеризации правых камер сердца повышением среднего давления в ЛА более 25 мм рт.ст.

Согласно модифицированной классификации ВОЗ по оценке риска сердечно-сосудистых осложнений для матери и потомства беременные с ЛГ относятся к IV категории риска, при котором беременность противопоказана. Результаты анализа исходов беременности и родов в крупных медицинских центрах показали, что беременность у женщин с ЛГ, включая идиопатическую ЛГ (ИЛАГ), как и ЛГ, связанную с ВПС или ЛГ, вызванную другими причинами, ассоциируется с высокой материнской летальностью — от 25% до 56%, высокой частотой преждевременных родов — 85-100%, СЗРП в 3-33% случаях и гибелью плода/новорожденных в 7-13% случаев [8-9].

В случае наступления беременности, необходимо информировать пациентку о высоком риске развития серьезных осложнений, как со стороны матери, так и со стороны плода/ребенка и обсуждать вопрос об искусственном прерывании беременности. В случае согласия пациентки на прерывание беременности, медицинский аборт должен быть выполнен до 22 нед. беременности. Прерывание беременности на более поздних сроках по рискам развития осложнений сопоставимо с рисками досрочного родоразрешения на 32-34 нед. беременности. Оптимальным сроком для прерывания беременности является 10 ± 3 нед. гестации.

К сожалению, исходя из практики Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии, пациентки с легочной гипертензией часто отказываются от рекомендованного прерывания беременности, что ведет к высокому риску материнской смертности, преждевременных родов (в основном, по медицинским показаниям). Этот факт лишь подчеркивает необходимость санитарно-просветительской работы с женщинами фертильного возраста с ССЗ.

Протезирование клапанов сердца

Все беременные с искусственными клапанами сердца относятся к категории высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ВОЗ III). Согласно приказу МЗ РК от 30 октября 2009 года №626 « Об организации проведения искусственного прерывания беременности в Республике Казахстан», беременность после протезирования клапанов сердца с признаками сердечной недостаточности, нарушением сердечного ритма и проводимости является медицинским показанием к прерыванию беременности. Это связано с тем, что беременность и роды у женщин с протезированными клапанами сердца обычно сопряжены с высоким риском, связанным, прежде всего, с необходимостью использования антикоагулянтов. По данным литературы частота тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у пациенток с клапанными механическими протезами при беременности колеблется от 7,5% до 33%. Регистр беременных с ССЗ (ROPAC), в который в настоящее время включено 212 беременных с механическим протезом клапанов сердца, показал, что тромбоз протеза произошел у 10 (4,7%) пациенток, смертность составила 1,4%, геморрагические осложнения у матери регистрировались в 23,1% случаев [10-11].

Синдром Марфана

Синдром Марфана (СМ) относится к наследственным заболеваниям соединительной ткани, передается по аутосомнодоминантному типу с высокой пенетрантностью и встречается в популяции достаточно редко — 1:10000 [12].

Течение беременности при СМ имеет высокий риск развития тяжелых и фатальных осложнений со стороны матери и плода.

Частота расслоения аорты у беременных составляет около 1% при её диаметре менее 40 мм и 10% — у пациенток высокого риска (диаметр аорты более 40 мм, быстрая дилатация или расслоение её восходящего отдела в анамнезе). Максимальный риск расслоения аорты отмечается в третьем триместре беременности, во время родов и в течение одного месяца после родов.

Ранее считали, что материнская смертность при СМ составляет 50%, в последнее время показано, что при диаметре аорты <4 см прогноз беременности и родов более благоприятный. При диаметре корня аорты более 40 мм решение о планировании беременности принимается индивидуально при информировании женщины об имеющихся рисках и возможных альтернативах (усыновление, суррогатное материнство и др.).

Ишемическая болезнь сердца и острый коронарный синдром

Частота острого коронарного синдрома (ОКС) оставляет 3-6 случаев на 100 тыс. беременных. Факторами риска заболевания являются АГ, гиперхолестеринемия и гиперлипидемия, СД, курение и др. Материнская смертность при ОКС составляет 5-10%, детская смертность тесно связана с материнской и составляет около 9% [13,14].

Диагностические критерии ОКС у беременных соответствуют общепринятым: болевой синдром в грудной клетке, изменения на ЭКГ и наличие биохимических маркеров некроза миокарда. Необходимо иметь в виду, что наличие отрицательного зубца Т на ЭКГ часто отмечается при беременности и не связано с ИБС, но увеличение содержания тропонина Т является маркером ОКС. ИМ чаще возникает в третьем триместре беременности и в 40% его причиной является атеросклероз с сопутствующим тромбозом коронарных артерий (или без такового). Реже (до 27%) к развитию ИМ приводит спонтанная диссекция коронарной артерии, чаще возникающая в родах (50%) и послеродовом периоде (34%). Развитие этого осложнения обусловлено повышенным содержанием прогестерона, вызывающего биохимические и структурные изменения сосудистой стенки, в том числе снижение нормальной складчатости эластичных волокон, фрагментацию ретикулярных волокон и уменьшение содержания кислых мукополисахаридов [15,16].

Согласно приказу МЗ РК от 30 октября 2009 года №626 «Об организации проведения искусственного прерывания беременности в Республике Казахстан», ишемическая болезнь сердца является медицинским показанием для искусственного прерывания беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания сердечно-сосудистой системы вносят большой вклад в структуру материнской смертности по всему миру. Своевременная диагностика, профилактика и лечение кардиальной патологии являются ключевыми факторами снижения материнской смертности от этой группы заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Magee LA, VonDadelszen P, Stones W, Mathai M. The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension: An Evidence-based Guide to Monitoring, Prevention and Management. FrontCover. GlobalLibraryofWomen'sMedicine. London, 2016. 456 p.
- 2 Adamyan LV, Artymuk NV, Bashmakova NV, et al. Hypertensive disturbances during pregnancy, in parturition and postpartum period: Clinical recommendations (Proceedingsoftreatment). Moscow, 2016. p. 72. (InRuss.) Адамян Л. В., Артымук Н. В., Башмакова Н. В. и др. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Клинические рекомендации (протоколы лечения). М.: 2016, 72 с. 4
- 3 Stryuk RI, Berns SA, M. P. FillipovaYaV, et al. Cardiovascular disease and associated comorbid conditions as determinants of adverse perinatal outcomes in pregnancy — an analysis of the results of the register of pregnant BEREG. Terapevticheskij arkhiv 2018; 1 (90): 9-16. (InRuss.) Стрюк Р. И., Бернс С. А., Филиппова М. П. и др. Сердечнососудистые заболевания и ассоциированные с ними коморбидные состояния как факторы, определяющие неблагоприятные перинатальные исходы при беременности — анализ данных регистра беременных «БЕРЕГ». Тер. Архив. 2018; 1 (90): 9-16. DOI: 10.17116/terarkh20189019-1.
- 4 Regitz-Zagrosek V, BlomstromLundqvist C, Borghi C, et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). EurHeart J. 2011; 32: 3147-97. DOI: 10.1093/eurheartj/ehr218.
- 5 Makolkin VI. Valvular heart diseases. Moscow, 2008. P 192. (InRuss.) Маколкин В. И. Приобретенные пороки сердца. Москва, 2008. 192 с. ISBN:978-5-9704-0792-9.

- 6 Bedard E, Dimopoulos K, Gatzoulis MA. Has there been any progress made on pregnancy outcomes among women with pulmonary arterial hypertension? *Eur Heart J* 2009; 30: 256-65. DOI: 10.1093/eurheartj/ehn597.
- 7 Weiss BM, Zemp L, Seifert B, Hess OM. Outcome of pulmonary vascular disease in pregnancy: a systematic overview from 1978 through 1996. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31: 1650-7.
- 8 Thorne S, Nelson-Piercy C, MacGregor AJ, et al. Pregnancy and contraception in heart disease and pulmonary arterial hypertension. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2006; 32: 75-81. DOI: 10.1783/147118906776276486.
- 9 Chandrasekhar S, Cook CR, Collard CD. Cardiac surgery in the parturient. *Anesth Analg*. 2009; 108: 777-85. DOI: 10.1213/ane.0b013e31819367aa.
- 10 Baschat AA, Cosmi E, Bilardo CM, et al. Predictors of neonatal outcome in early onset placental dysfunction. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: 253-61. DOI: 10.1097/01.AOG.0000253215.79121.75.
- 11 Leonhardt G, Gaul C, Nietsch HH, et al. Thrombolytic therapy in pregnancy. *J Thromb Thrombolysis*. 2006; 21: 271-6. DOI: 10.1007/s11239-006-5709-z.
- 12 Hassouna A, Allam H. Limited dose warfarin throughout pregnancy in patients with mechanical heart valve prosthesis: a meta-analysis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2014; 18 (6): 797-806. DOI: 10.1093/icvts/ivu009.
- 13 VanHagen IM, Roos-Hesselink JW, Ruys TP, et al. Pregnancy in Women With a Mechanical Heart Valve: Data of the European Society of Cardiology Registry of Pregnancy and Cardiac Disease (ROPAC). *Circulation*. 2015; 132 (2): 132-42. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.015242.
- 14 Roth A, Elkayam U. Acute Myocardial Infarction Associated With Pregnancy. *J. of Amer. Coll. of Card.* 2008; 52 (3): 171-80. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.03.049.
- 15 Maeder M, Ammann P, Angehrn W, Rickli H. Idiopathic spontaneous coronary artery dissection: incidence, diagnosis and treatment. *Int J Cardiol*. 2005; 101 (3): 363-9.
- 16 Lin YH, Seow KM, Hwang JL, Chen HH. Myocardial infarction and mortality caused by methyl ergonovine. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84 (10): 1022.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ГИНЕКОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ**

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ МИКОПЛАЗМЫ: КОЛИЧЕСТВО ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ? КЛИНДАБИОКС КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА (ОБЗОР)

Алиева Т.Д.

*Международный институт последипломного образования,
г. Алматы, Казахстан*

Несмотря на отсутствие такого диагноза в международном классификаторе болезней X-пересмотра, с позиции современной гинекологии уреамикоплазмозы являются доказанным феноменом в генезе репродуктивных неудач. Персистенция микоплазм может не иметь явных клинических проявлений, но, как правило, сопровождается скрытыми патологическими изменениями в организме женщины, связанными с дисбиозом влагалища. Одним из основных направлений решения проблемы преодоления репродуктивных неудач является диагностика и рациональная этиотропная терапия микоплазменной инфекции. Настоящий обзор посвящен анализу состояния проблемы урогенитального микоплазмоза и его влияния на репродуктивное здоровье женщин. Описаны особенности клиники и диагностики уреамикоплазмоза, определены принципы подбора терапии, направленной на восстановление репродуктивного здоровья женщин.

Ключевые слова: *воспалительные заболевания органов малого таза, уреамикоплазменная инфекция, репродуктивное здоровье, бесплодие, патология беременности.*

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Уреамикоплазмоз — бактериальная инфекция, передающаяся, в основном, половым путем, или проявляющаяся после тяжелых заболеваний на фоне общего ослабления иммунитета. Развитие инфекции имеет длительный латентный период, и его результатом является целый ряд заболеваний в острой или хронической форме.

В последнее время ученые и клиницисты проявляют большой интерес к микоплазменной инфекции [22,38,55]. Возрастанию интереса к этим инфекциям способствовало более подробное изучение клинико-патогенетических особенностей действия микоплазм, в частности, влияния на репродуктивную, менструальную, половую функции женщины, что определяет высокую социальную значимость данной проблемы.

Урогенитальные микоплазмы являются одними из самых распространенных инфекций, передаваемых половым путем, характерной особенностью которых является высокая контагиозность, быстрое распространение среди определенных групп населения. Распространенность заболеваний, ассоциированных с микоплазмами, по данным разных авторов составляет от 10 до 80% [11,16]. Наиболее часто их выявляют у женщин, особенно у молодых и сексуально активных. В развитых странах треть населения в течение жизни подвергается заражению микоплазмами от двух до трех раз [6].

Ежегодно в мире регистрируется около 200 млн. новых случаев заражения гонореей, 250 млн. — трихомониазом, 250 млн. — хламидиозом, 100 млн. — микоплазмозом, при этом 30% из них составляет молодые люди до 25 лет [11]. Степень колонизации микоплазмами зависит от возраста, социально-экономического статуса и сексуальной активности. Персистенция микоплазм может не иметь явных клинических проявлений, но, как правило, сопровождается скрытыми патологическими изменениями в организме женщины, связанными с дисбиозом влагалища [10,11].

В свете новых данных совершенно иную оценку получают такие свойства микоплазм как влияние на кроветворную систему, вызывающее лейкопению, иммуносупрессию и аутоиммунные реакции организма, а также необратимые хромосомные aberrации и тератогенные эффекты при воздействии на половые клетки. В связи с чем, носители микоплазменной инфекции представляют собой группу риска по развитию у них неопластического процесса, но эти вопросы требуют дальнейшего изучения.

Мнения специалистов о значимости микоплазм в структуре акушерско-гинекологической патологии различны [13]. Одни считают их сапрофитами, обосновывая это широким распространением инфекции; другие – условно патогенными организмами, выделяя критерии необходимости лечения; третьи полагают, что лечение необходимо в любом случае.

Ряд авторов [7,20] относят микоплазмы к абсолютным патогенам, ответственным за развитие определённых осложнений беременности, включая самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, рождение детей с гипотрофией и малым весом тела, мертворождение, хореоамнионит, послеродовые осложнения у женщин [45,51].

Другие авторы считают, что носительство генитальных микоплазм не оказывает существенного влияния на частоту развития преждевременных родов, рождения недоношенных детей, а количественная оценка концентрации микоплазм – общепринятая граница 104 ГЭ/мл – не выявляет связи с развитием патологии беременности, родов и неонатального периода. Поэтому скрининг на наличие данных микроорганизмов и назначение специфической антибактериальной терапии во время беременности является неоправданным [8].

Другие исследователи [25,29,31,32,35,36,38] отводят микоплазмам роль комменсалов урогенитального тракта, способных лишь при определённых условиях вызывать инфекционные осложнения у матери и плода, чаще в ассоциации с другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Однако, несмотря на широкое распространение урогенитальных микоплазм, их истинное патогенетическое значение в развитии осложнений беременности не установлено.

Существующее неоднозначное отношение к микоплазмам со стороны клиницистов, способствует значительному распространению этой инфекции в популяции. До сих пор нет четких ответов по оценке патогенного потенциала урогенитальных микоплазм.

Таким образом, на вопрос о клинической значимости генитальных микоплазм сегодня трудно дать однозначный ответ. Дело в том, что исследования их этиологической роли при различных патологических состояниях женской урогенитальных систем начались сравнительно недавно.

Еще в 1990 году было проведено двойное слепое плацебо-контролируемое исследование применения короткого курса эритромицина для профилактики преждевременных родов, при этом преждевременное излитие околоплодных вод встречалось у 6% пациенток, получавших эритромицин против 16%, получавших плацебо. Это исследование показало, что эритромицин значительно уменьшал частоту преждевременного излития околоплодных вод в группе пациенток с хламидийной инфекцией. Бактериальный вагиноз, *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* значимо не повышали риск описанных осложнений беременности [42].

В США в 1991 г. были опубликованы результаты крупного исследования 4900 беременных со сроком гестации 23-26 недель, обследованных на носительство *Ureaplasma urealyticum*. Было установлено, что колонизация *Ureaplasma urealyticum* не была связана с низким весом новорожденных, преждевременным излитием околоплодных вод и преждевременными родами [30].

В 1992 году были обследованы 219 матерей и их новорожденных в Испании. Оказалось, что колонизация матерей генитальными микоплазмами не связана с преждевременным излитием околоплодных вод, преждевременными родами и низким весом новорожденных. Колонизация новорожденных уреаплазмами также не повышала риск развития преждевременных родов, низкого веса новорожденных и каких-либо заболеваний в первые 3 месяца жизни [34].

В 1995 году Horowitz J. с соавторами указывают на то, что наличие в цервикальном канале уреоплазмы в сочетании с повышенным титром антител к данному микроорганизму могут служить маркером для выявления группы женщин с повышенным риском развития осложнений беременности (преждевременные роды и преждевременное излитие околоплодных вод) [39].

В 1998 году в Индии при обследовании 303 беременных было выявлено, что *Ureaplasma urealyticum* является распространённым обитателем нижних отделов половых органов у женщин на момент родов (примерно у половины обследованных). Несмотря на это, микроорганизм не являлся фактором риска преждевременных родов или низкого веса новорожденных [46].

Последующие исследования в 2000 г. также различаются по полученным результатам. Так, при сравнении исходов беременности у 172 беременных, колонизированных *Ureaplasma urealyticum* и 123 беременных без колонизации было выявлено, что высокий уровень колонизации является фактором риска развития хориоамнионита и преждевременных родов. В то же время низкий уровень колонизации не вызывал описанных осложнений [27].

В 2000 году была установлена связь наличия бактериального вагиноза, *Mycoplasma hominis* и ***Ureaplasma urealyticum*** в первом триместре с повышенным риском прерывания беременности в сроке до 20 недель. Эти данные были опубликованы в Бельгии после обследования 228 беременных [32].

Проведенное рандомизированное исследование в Италии в 2000 году установило роль колонизации *Ureaplasma urealyticum* в развитии преждевременного разрыва плодных оболочек у 166 беременных [29].

Тем не менее, противоположные данные были получены Povlsen в 2001 году в Дании при обследовании 484 женщин. Было выявлено, что ни бактериальный вагиноз, ни колонизация *Ureaplasma urealyticum* не были связаны с развитием преждевременных родов [47].

В работе Гусейнзаде М.И. [6] установлена частота микоплазменной инфекции у женщин репродуктивного возраста в виде микст-инфекции – в 23,4%, в виде моноинфекции – в 19,4%. Сделан вывод, что бессимптомное носительство микоплазмы является значительным фактором риска развития воспалительных заболеваний урогенитального тракта, что обуславливает необходимость диагностики и своевременной терапии скрытых дисбиотических изменений микрофлоры влагалища.

О.В. Островской в 2017 году была показана зараженность образцов абортного материала при ранних спонтанных выкидышах микоплазмами. Это подтверждает мнение о возможности миграции микоплазм из инфицированных половых путей в плодные оболочки и плод, и участии микоплазм в патогенезе невынашивания [16]. Более того, наиболее высокое число зараженных проб было определено и в эндометрии. Заселение эндометрия микоплазмами может способствовать трансуральному пути передачи инфекции плоду, самопроизвольным выкидышам, хронизации невынашивания беременности. Это касается и *M. genitalium*, несмотря на то, что *M. Genitalium* мы редко находим в генитальных мазках.

Существует также мнение, что определяющую роль в патогенезе неблагоприятного воздействия генитальных микоплазм на мать, плод и новорожденного играет не столько сам факт обнаружения данных микроорганизмов в половых путях матери, сколько степень их колонизации. Оказалось, что чем выше концентрация генитальных микоплазм, тем чаще наблюдаются преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, рождение детей с низкой массой тела, послеродовый эндометрит, увеличивается частота вертикальной передачи инфекции. Условным количественным значением, предполагающим развитие указанных осложнений, принято считать превышение концентрации 104 КОЕ/мл [48,53].

В исследовании О.В. Островской [16] при сравнительном анализе образцов плаценты женщин, беременность которых завершилась преждевременными родами, и женщин, родивших доношенных детей, возбудители перинатально-значимых инфекций были обнаружены в 2 раза чаще при преждевременных родах. При морфологическом исследовании плацент признаки

плацентарной недостаточности и воспалительные изменения в этой группе женщин выявляли значительно чаще. Показатели инфицированности уреоплазмой плацент при недоношенной (32,5%) и доношенной беременности (25,0%) существенно не отличались ($p > 0,05$), при этом генитальные микоплазмы в титре $> 10^4$ КОЕ/мл регистрировали в комбинации с другими микроорганизмами. Однако пороки развития плаценты в 2 раза чаще обнаруживали в группе с преждевременными родами. При этом в обеих группах уреоплазму обнаруживали как моно-инфекцию, так и в составе смешанных инфекций. Но патогномичных морфологических симптомов в плаценте или других показателях, достоверно указывающих на участие уреоплазмы в этиопатогенезе невынашивания, не было обнаружено.

Социальную значимость этой инфекции подтверждают данные о том, что инфицированность *M. hominis* приводит к прерыванию беременности в 70-80% случаев. Исход беременности характеризуется частым ее недонашиванием – в 1,5 раза чаще, чем в контрольной группе. Пороки развития плода встречаются в 25-50% случаев. Часто наблюдается обсемененность околоплодных вод при восходящем пути инфицирования. По некоторым данным, при амниоцентезе *M. hominis* была выделена у 35% беременных, страдающих хориоамнионитом. У клинически здоровых беременных она выделялась в 8% случаев. По данным А.В. Цинзерлинга [23], внутриутробный микоплазмоз занимает одно из важнейших мест среди внутриутробных инфекций человека. На валовом секционном материале детских стационаров за 1980-2000 гг. было показано, что внутриутробный микоплазмоз составил 34,4% по отношению ко всем другим внутриутробным инфекциям.

Есть веские основания считать микоплазмы болезнетворными (анализ иммуно-серологических сдвигов, опыты на животных, тестирование на клеточных культурах), хотя до сих пор это делается с оговорками [14]. Надо сказать, что предмет этого спора имеет под собой твердые основания, так как подавляющее большинство здоровых людей являются носителями колоний уреоплазмы. То есть эти микроорганизмы могут быть естественной составляющей нормальной микрофлоры обычного человека. Но, вместе с тем, уреоплазмоз считается условно-патогенной проблемой, и ее усугублению способствует ряд обстоятельств, связанный с определенными характеристиками образа жизни пациента.

Роль уреоплазм и микоплазм в развитии бесплодия до конца не выяснена. Многочисленные исследователи пытались изучить связь между генитальными микоплазмами и бесплодием. По мнению *Witkin S.S.* и др. исследователей, именно *U. urealyticum*, а не *M. hominis*, обнаруживается в соскобах из шейки матки большинства женщин с бесплодием. Но присутствие этого возбудителя, однако, не влияет на исход ЭКО [56]. *Rodriguez R.* и др. установили, что у 47,3% лиц с бесплодием были обнаружены возбудители урогенитальных инфекций (12,9% составили хламидии, 0,3% – гонококковая инфекция, 23,5% – уреоплазмы, 4,8% – микоплазмы), причем именно хламидии и *U. urealyticum* были напрямую связаны с бесплодием [50]. В нескольких эпидемиологических отчетах было зафиксировано наличие *M. hominis*, *M. genitalium* и *U. urealyticum* у бесплодных женщин [33,52]. Но *Gump D.W.* и др. и *Nagata Y* и др. не удалось статистически продемонстрировать какую-либо связь между генитальной микоплазмой и бесплодием [35,44]. Процент женщин с вагинальной колонизацией *M. hominis* увеличивается после полового созревания и зависит от количества сексуальных партнеров в течение жизни. Это было продемонстрировано в исследовании, в котором генитальная колонизация *M. hominis* была обнаружена только у 1 из 91 женщин, не живших половой жизнью, по сравнению с 15 из 97 женщин, имевших множество половых партнеров. Более высокая генитальная колонизация микоплазм может быть также связана с низким социально-экономическим статусом [43].

Между тем, венерологи, урологи и педиатры во всем мире до сих пор не пришли к единому мнению о том, является ли уреоплазмоз патологией. Возможно, поэтому его до сих пор нет в реестре Международной классификации болезней.

Так что же такое микоплазмы? В чем их особенность? Микоплазмы относятся к классу *Mollicutes*, семейству *Mycoplasmataceae*, включающему 2 рода: *Mycoplasma* и *Ureaplasma*. Это

самые мелкие свободноживущие, широко распространенные в природе бактерии. Известно около 100 видов микоплазм растений, рыб, млекопитающих, моллюсков, насекомых, птиц.

Общепризнана этиологическая роль 3 видов микоплазм в патогенезе инфекций мочеполовых путей человека: *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*, которые обитают в урогенитальном тракте человека. Причём два последних микроорганизма могут являться причиной заболеваний репродуктивного тракта у женщин и инфекций у новорождённых [28,54].

Вид *Ureaplasma urealyticum* состоит из 14 или более сероваров, которые разделены на 2 биовара. Ранее они назывались биовар 1 или parvo и биовар 1 или T960. В настоящее время эти биовары расцениваются, как 2 различных вида: *U.parvum* и *U.urealyticum*, соответственно [41]. Они различаются по распространённости. *U.parvum* встречается у 81-90%, *U.urealyticum* у 7-30% женщин, а иногда они сочетаются – 3-6% случаев [10,12]. Вид *U.urealyticum*, т.е. бывший биовар 2 (T960) преобладает у женщин воспалительными заболеваниями органов малого таза, осложнениями беременности, а также чаще бывает устойчив к тетрациклинам [12]. Определение этих биоваров проводится в исследовательских целях и не является необходимым и экономически целесообразным в рутинной клинической практике.

Статистически выявлена значительная связь между уровнем колонизации **U.urealyticum** и **M.hominis** мочеполовых путей женщин и преждевременными родами, а также дородовым излитием околоплодных вод [17,18]. В литературе всё больше встречается сообщений о внутриутробной микоплазменной инфекции, которая чаще всего проявляется в виде пневмоний, но может носить и генерализованный характер [2,17].

Особенностью этих бактерий является способность паразитировать на мембранах эукариотической клетки. Это во многом определяет патогенез вызываемых ими инфекций: микоплазмы не проявляют цитопатогенного действия, но вызывают значительные нарушения функциональных свойств клеток с последующим развитием местных воспалительных и генерализованных аутоиммунных реакций. Дефекты системы комплемента создают условия для персистенции возбудителя.

M. genitalium является абсолютным патогеном и вызывает патологические состояния, приводящие к нарушению репродуктивной функции как у женщин, так и у мужчин [4,37]. При изучении женщин с уретритами и цервицитами частота выявления *M. genitalium* составила 6%, при этом у половых партнеров *M. genitalium* определяли в 56% наблюдений, что свидетельствует о половом пути передачи микроорганизма [5]. Согласно исследованию, проведенному в США, *M. genitalium* значительно чаще (в 11 % случаев) выявлялась у женщин с цервицитом, чем у женщин без цервицита (5%). При исключении из группы пациенток с цервицитом случаев инфицирования *C.trachomatis* и/или *N.gonorrhoeae*, наблюдалась четкая взаимосвязь *M. genitalium* с цервицитом, что свидетельствовало в пользу независимой роли *M. genitalium* в развитии цервицита [5,38]. Для *M.genitalium* установлено наличие специализированного механизма паразитирования (органелла), способствующего колонизации и инвазии в клетку. Наблюдается избирательная адгезия *M. genitalium* к муцину цервикального канала, приводящая к длительной персистенции и репликации *in vivo M.genitalium* в течение длительного времени [5,10,37].

M.genitalium относят к трудно культивируемым видам, для выявления которого следует использовать молекулярно-биологические методы: ПЦР и другие МАНК. Для других микоплазм используют методы, позволяющие произвести количественную оценку содержания микроорганизмов в исследуемом материале. К таким методам относят культуральные методы, преимущественно с использованием плотных питательных сред и определением КОЕ (количество колониеобразующих единиц), а также ПЦР в реальном времени. При использовании жидких питательных сред следует определять количество микоплазм [8, 11, 13, 39].

Выделение **U.urealyticum** и **M.hominis** не является критерием диагностики и не может служить показанием к проведению специфической терапии. Обнаружение в половых путях жен-

щин значительного количества микробов-ассоциатов (большинство из которых обнаруживается и в норме) подчас представляет значительные трудности в плане диагностики и рациональной этиотропной терапии, поскольку наличие того или иного микроорганизма в большинстве случаев не может являться единственным диагностическим критерием, впрочем, как и тестом на излеченность. Именно поэтому в гинекологии так часто используют эмпирические схемы лечения, обеспечивающие элиминацию очень широкого спектра возможных возбудителей.

Однако основная проблема заключается в том, что исследования, посвященные этой теме, в подавляющем большинстве случаев основываются на анализе небольших групп пациенток, имеют ретроспективный характер, а главное не учитывают возможного пато-генетического значения других условно патогенных микроорганизмов, присутствующих в нижних отделах генитального тракта у беременных [31,40,57]. Однако все авторы признают высокое распространение этих микроорганизмов и необходимость их дальнейшего изучения.

В 2007 году выработан консенсус специалистов, занимающихся вопросами диагностики и терапии инфекций, ассоциированных с микоплазмами. Так как *M. genitalium* в настоящее время относят к патогенным микроорганизмам, то при выявлении этого микроорганизма всегда назначается этиотропное лечение. При выявлении *U. Urealyticum* и *M. hominis* (относящихся к условно патогенным микроорганизмам) лечение следует назначать, если других бактериальных и вирусных агентов, кроме микоплазм, не выявлено при: наличии клинических и лабораторных признаков воспалительного процесса органов мочеполовой системы; предстоящих оперативных или других инвазивных лечебно-диагностических манипуляциях в области мочеполовых органов; отягощенном акушерскогинекологическом анамнезе (невынашивание беременности, бесплодие, перинатальные потери и др.); осложненном течении настоящей беременности, предполагающим возможное инфицирование плода [1,9,16].

Полученные в последнее десятилетие данные отечественных и зарубежных исследователей квалифицируют заболевания урогенитального тракта, ассоциированные с микоплазменной инфекцией, как частное проявление дисбаланса биоты в целом [11]. Так, по данным В.И. Кисинной и ряда других авторов, колонизация урогенитального тракта микоплазмами и уреоплазмами является фактором существенно влияющим на микроэкологию влагалища [16]. С микробиологической картиной, характерной для бактериального вагиноза (невысокое содержание или отсутствие лактофлоры при замещении ее гарднереллами в ассоциации с облигатными анаэробами различных родов) ассоциировался вид *U. parvum* - 59,4%, тогда как *U. urealyticum* лишь в 28,5% случаев. Дрожжеподобные грибы рода *Candida*, напротив, чаще встречались в ассоциации с *U. urealyticum* 28,5%, чем с *U. parvum* 16,2%. Многими исследователями отмечена существующая возможность синергичного действия *U. urealyticum* и *Gardnerella vaginalis* [1,26].

Микробная колонизация гениталий на фоне нарушения вагинального микробиоценоза может явиться начальным этапом инфекционного процесса и оказать неблагоприятное воздействие на течение беременности и состояние плода. Даже использование высокоэффективных антибактериальных препаратов не уменьшило их значения, большое количество бесплодных браков обусловлены перенесенными в прошлом ИППП.

Вопросы антибиотикотерапии урогенитальной уреоплазменной инфекции также активно дискутируются [19,24]. Обращает внимание высокий процент антибиотикорезистентности некоторых изолятов *Ureaplasma* spp.. Наименее активными антибиотиками оказались макролиды, особенно азитромицин и эритромицин, к которым были резистентны около 50% исследованных изолятов *Ureaplasma* spp. Из фторхинолонов наименее активным антибиотиком оказался левофлоксацин. Проведенное исследование выявило мультирезистентность у 14,04% изолятов *Ureaplasma* spp., что может являться следствием бесконтрольного лечения или неправильного назначения антибактериальных препаратов без предварительного определения антибиотикочувствительности [3]. К остальным антибиотикам (клиндамицину, доксициклину, тетрациклину, офлоксацину, ципрофлоксацину, пефлоксацину, спарфлоксацину, левофлоксацину, моксифлоксацину) клинические изоляты *M. hominis* оказались чувствительны [36].

Назначение адекватной терапии женщинам с уреамикоплазменной инфекцией тормозит возникновение форм возбудителя, резистентных к лекарственным препаратам. По данным многих исследователей 33% и более клинических изолятов уреа-микоплазм не чувствительны к эритромицину. Нельзя забывать, что это практически единственный антибиотик в группе макролидов, который отличается более низким показателем прохождения через плаценту и разрешен для использования у беременных, а также у детей. От 25 до 40% изолятов устойчивы к тетрациклинам за счет различных адаптационных возможностей молликут (пластичности мембраны, tetM детерминанта) [3]. Около 10-15% образцов уреаплазм, а чаще микоплазм демонстрируют мультирезистентность. Эти показатели варьируют в зависимости от возбудителя, циркулирующего на различных территориях и зависят от пола пациента и меняются с течением времени.

Лечение следует назначать при наличии у пациенток клинических проявлений воспалительного процесса и в том случае, если *U. urealyticum* и *M. hominis* выявляются в количестве более 104 КОЕ/мл. Наиболее активными антибиотиками *in vitro* для элиминации всех видов генитальных микоплазм являются из макролидов – джозамицин, из тетрациклинов – доксициклин. При выявлении *M. genitalium* наиболее эффективны азитромицин, джозамицин, доксициклин [16]. С точки зрения зарубежных авторов, лечение микоплазменной инфекции во время беременности не обоснованно и не приводит к снижению осложнений беременности [49, 58].

Одним из мест сосредоточения микоплазм и уреаплазм при поражении наружных половых органов являются влагалище и цервикальный канал. Учитывая особенности патогенеза данной инфекции, прикрепление к эпителию слизистых оболочек, акцент в комплексном лечении сегодня делается на местное лечение с использованием крема клиндамицин или интравагинальных суппозиториев клиндобиокс (тот же клиндамицин, FARMAPRIM SRL, Республика Молдова). Эти препараты характеризуются доказанной эффективностью в отношении хламидийных, уреаплазменных и микоплазменных инфекций урогенитального тракта, а также благоприятным профилем безопасности [21,22].

Локальный путь введения Клиндабиокса позволяет снизить фармакологическую нагрузку на организм женщины. К его преимуществам также относятся: простота и возможность самостоятельного применения, отсутствие абсолютных противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости компонентов препарата), возможность применения у больных с экстрагенитальной патологией.

Обнаружение в половых путях женщин значительного количества микробов-ассоциатов (большинство из которых обнаруживается и в норме) подчас представляет значительные трудности в плане диагностики и рациональной этиотропной терапии, поскольку наличие того или иного микроорганизма в большинстве случаев не может являться единственным диагностическим критерием, впрочем, как и тестом на излеченность. Именно поэтому в гинекологии так часто используют эмпирические схемы лечения, обеспечивающие элиминацию очень широкого спектра возможных возбудителей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение целесообразно подчеркнуть, что анализ многочисленных публикаций не показывает ясной патогенетической картины влияния микоплазмы на репродуктивное здоровье женщин. Анализ литературных данных позволяет утверждать, что тематика микоплазмоза не теряет своей значимости, несмотря на то, что к настоящему времени накоплен огромный опыт по диагностике и лечению данной группы возбудителей. Тем не менее, до настоящего времени не существует общепринятой концепции диагностики и лечения микоплазменной инфекции, позволяющей объединить широкий фактический материал. Это в значительной степени и объясняет несовершенство методов лечения и профилактики рецидивов заболевания.

На сегодняшний день при выявлении условно патогенных микоплазм, таких как *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* необходимо выставлять диагноз в соответствии с МКБ-X [7].

При этом указывается топический диагноз с уточнением выявленного инфекционного агента (например, кольпит или цервицит, обусловленный *Ureaplasma urealyticum*).

Лечение следует назначать, если других возбудителей, кроме микоплазм, не выявлено при наличии клинических и лабораторных признаков воспалительного процесса органов половой системы и в том случае, если *U. urealyticum* и *M. hominis* выявляются в количестве более 104 КОЕ/мл.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутова.Ю.С. - Москва: издательство ГЭОЭТАР-Медиа, 2009.-Т.1.-С.455-460
2. Диагностика внутриутробных инфекций у новорожденных детей методом полимеразной цепной реакции: Метод. рекомендации для врачей. Под ред. А.П. Помогаевой. Томск-Кольцово. 2003. С. 26–28.
3. Гизингер О.А., Заручейнова О.В., Зима М.А., Шеметова М.А., Закревская А.В., Вербов В.Н., Куляшова Л.Б., Зиганшин О.Р., Францева О.В. Оценка частоты выявления *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma Spp.* культуральным методом и полимеразной цепной реакцией \ Клиническая лабораторная диагностика. 2017; 62(1).-стр.60-64
4. Горисюк А.Ф., Иванов С.А. Микрофлора при негонококковых // Акт. вопр. дерматовенерологии. – Харьков, 1990. – 25 с.
5. Гуртовой Б.Л., Анкирская Л.С., Ванько Л.В. Внутриутробная бактериальная инфекция плода и новорожденного // Акушерство и гинекология. – 1994. – №4. – С.2026.
6. Гусейнзаде, М.И. Эффективная антибактериальная терапия микоплазменной инфекции у женщин репродуктивного возраста / В.Н. Кузьмин, М.И. Гусейнзаде // Лечащий Врач. – 2014. - №3 – с. 37 – 42.
7. Данилов Е.Ю. Урогенитальная микоплазмы (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) у женщин с инфекциями, передаваемыми половым путем//Журнал акушерства и женских болезней.-Том LVI.-выпуск 2.-2007.-С.67-71
8. Иванова Т.А., Гуцин А.Е., Белова А.В. и др. Ассоциация генитальных микоплазм (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*) с развитием осложнений в родах и раннем неонатальном периоде // Молекулярная диагностика-2010: сборник трудов VII Всероссийской научно-практической кон-ференции с международным участием. М., 2010. Т.III.С .335–338.
9. Кисина В.И., Забиров К.И., Мешков В.В., Загребина О.С. //Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – Т. 45. №6. – С.29-32.
10. Козлова Л.В., Иванян А.Н., Грибко Т.В. Диагностика, профилактика и лечение внутриутробных инфекционных заболеваний. – Смоленск, 1997. – 228 с
11. Липова Е.В., Баткаев Э.В. Инфекции мочеполовых путей, ассоциированные с микоплазмами: Клиническая дерматовенерология. Руководство для врачей, под редакцией Ю.К.Скрипкина, 2009
12. Лысенко К.А., Тютюнник В.Л. Перинатальные аспекты микоплазменной инфекции. // Акушерство и гинекология. — 2007. – №4 – С.8-11.
13. Марянян А. Ю. Лечение уреамикоплазменной инфекции у беременных женщин \ Сибирский медицинский журнал, 2012, № 5.-стр.120-124
14. Маянский А.Н. Микробиология для врачей (очерки патогенетической микробиологии). Нижний Новгород: НГМЛ, 1999. 392 с.
15. Островская О.В., Власова М.А., Кожарская О.В., Супрун С.В. Роль урогенитальных микоплазм в формировании репродуктивных патологий \ БЮЛЛЕТЕНЬ Выпуск 65,2017.-стр.72-76
16. Прилепская В.И., Фофанова И.Ю. Микоплазменная инфекция и беременность // Акушерство и гинекология. – 2007. – №4 – С.5-8.
17. Рар А. В., Максимова Т. Г., Трухина А. В. и др. Уровень колонизации уреаплазмами опре-

- деленных биоваров в группах женщин с различными клиническими симптомами. // Журн. микробиол. 2004. №4. С. 12–17.
18. Рищук С.В., Сельков С.А., Костючек Д.Ф. и др. К вопросу о клиническом значении биоваров *Ureaplasma urealyticum*// Журнал акушерства и женских болезней. 2001. №4. С. 17–20.
 19. Синопальников А.И., Гучев И.А. Макролиды: современная концепция применения. // Русский медицинский журнал. 2003. №11 (2). С. 88–92.
 20. Сехин С.В., НИИ антимикробной химиотерапии
<http://www.antibioti...aq.php?cat=5#13>
 21. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Трофимов Д.Ю., Донников А.Е., Айламазян Э.К., Савичева А.М., Шипицына Е.В. Применение метода полимеразной цепной реакции в реальном времени для оценки микробиоценоза урогенитального тракта у женщин (тест Фемоф-лор®): медицинская технология. М., 2011. 36 с.
 22. Фофанова И.Ю. Особенности течения беременности при наличии урогенитальных микоплазм // Гинекология. – 2007.- Т.9.-№1
 23. Цинзерлинг А.В. Современные инфекции. – М., 1997. – С.67-78.
 24. Шапран М.В. Чувствительность *U.Urealythicum*к антибиотикам // Гинекология. 2005. Т. 7. №1. С. 28–35.
 25. Шеманаева Т.В. Опыт применения свечей клиндамина в лечении беременных с бактериальным вагинозом Российский Вестник Акушера-Гинеколога 4, 2011.-стр.92-94
 26. Abele-Horn M., Wolff C., Dressel P. et al. Association of *Ureaplasma urealyticum* biovars with clinical outcome for neonates, obstetric patients, and gynecological patients with pelvic inflammatory disease. *J Clin Microbiol.* 1997; 35: 1199-202.
 27. Abele-Horn M., Scholz M., Wolff C., Kolben M. High-density vaginal *Ureaplasma urealyticum* colonization as a risk factor for chorioamnionitis and preterm delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000; 79: 973-8.
 28. Aujard Y., Maury L., Doit C. et al. *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* infections in newborns: personal data and review of the literature // *Arch. Pediatr.* 2005. 12 (Suppl. 1). P. 12–18.
 29. Calleri L.F., Taccani C., Porcelli A. *Ureaplasma urealyticum* vaginosis and premature rupture of membranes. What is its role? *Minerva Ginecol.* 2000; 52: 49-58.
 30. Carey CJ, et al. Antepartum cultures for *Ureaplasma urealyticum* are not useful in predicting pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164: 728-33.
 31. Coldenberg R.L., Andrews W.W., Goepfert A.R., Faye-Petersen O., Cliver S.P., Carlo W.A. et al. The Alabama Preterm Birth Study: umbilical cord blood *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* cultures in very preterm newborn infants. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008; 198 (1): 1–3.
 32. Donders G.C., Van Bulck B., Caudron J. et al. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183: 431-7.
 33. Fenkci V, Yilmazer M, Aktepe O. Have *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* infections any significant effect on women fertility? // *Infez Med.* - 2002. - №10. - P. 220–223.
 34. Fullana Montoro A. et al. *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis*: incidence and clinical significance of their isolation in the perinatal period. *An Esp Pediatr.* 1992; 36: 285-8.
 35. Gump DW, Gibson M, Ashikaga T. Lack of association between genital mycoplasmas and infertility // *N Engl J Med.* - 1984. - №310. - P. 937–941.
 36. Gibbs R.S., Eschenbach D.A. Use of antibiotics to prevent preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 177: 375-80.
 37. Gubelin H.W., et al. Molecular detection of *Mycoplasma genitalium* in men and pregnant women // *Rev. Chilena. Infectol.* – 2006. – Vol. 23. №1. – P.15-19.
 38. Himmelreich R., Plagens H., Hilbert H., et al. Comparative analysis of the genome of the bacteria *Mycoplasma pneumoniae* and *Mycoplasma genitalium* // *Nucl. Acids Res.* – 1997. – Vol. 25.—P.701-712
 39. Horowitz J et al. *Ureaplasma urealyticum* cervical colonization as a marker for pregnancy

- complications. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995; 48: 15-9.
40. Kirchner L., Helmerb H., Heinzec G., Wald M., Brunbauer M., Weninger M. et al. Amnionitis with *Ureaplasma urealyticum* or other microbes leads to increased morbidity and prolonged hospitalization in very low birth infants. *Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol.* 2007; 134 (5): 44–50.
41. Kong F., Ma Z., James G., Gordon S., Gilbert G.L. Species identification and subtyping of *Ureaplasma parvum* and *Ureaplasma urealyticum* using PCR-based assays. *J Clin Microbiol.* 2000; 38: 1175-9.
42. McGregor JA, et al. Cervicovaginal microflora and pregnancy outcome: results of a double-blind, placebo-controlled trial of erythromycin treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 163: 1580-91.
43. McCormack WM, Rosner B, Lee Y. Colonization with genital *Mycoplasmas* in women // *Am J Epidemiol.* - 1973. - №97. - P. 240-247.
44. Nagata Y, Iwasaka T, Wada T. *Mycoplasma* infection and infertility // *Fertil Steril.* - 1979. - №31. - P. 392–395.
45. Newell M.I., McIntyre J. Congenital and perinatal infection: prevention, diagnosis and treatment. Cambridge University Press, 2000. 439 p.
46. Paul V.K., Gupta U., Singh M. et al. Association of genital mycoplasma colonization with low birth weight. *Int J Gynaecol Obstet.* 1998; 63: 109-14.
47. Povlsen K., Thorsen P., Lind I. Relationship of *Ureaplasma urealyticum* biovars to the presence or absence of bacterial vaginosis in pregnant women and to the time of delivery. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2001; 20: 65-67.
48. R Randevolic G., Kocić B., Miljković-Selimović B., Mladenović-Antić S., Stojanović P., Stefanović M. High-density cervical *Ureaplasma urealyticum* colonization in pregnant women as a risk factor for premature rupture of membranes. *Vojnosanit Pregl.* 2006, 63 (8): 737–41.
49. R Raynes-Greenow C.H., et al. Antibiotics for ureaplasma in the vagina in pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2004. – №1. – P.37-67.
50. R Rodriguez R, Hernandez R, Fuster F, Torres A, Prieto P, Alberto J. Genital infection and infertility // *Enferm Infecc Microbiol Clin.* - 2001. - №19. - P. 261–266.
51. Romero R., Garite T.J. Twenty percent of very preterm neonates (23-32 weeks of gestation) are born with bacteremia caused by genital *Mycoplasmas* // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol.198, №1. P.1–3.
52. Rosemond A, Lanotte P, Watt S, Sauget A, Guerif F, Royere D, et al. Systematic screening tests for *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in urogenital specimens of infertile couples // *Patholol Biol.* - 2006. - №54. - P. 125–129.
53. Taylor-Robinson D. *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* and *Mycoplasma genitalium*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (Eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th Ed. Philadelphia. Churchill Livingstone. 2000: 2027-2032.
54. Taylor-Robinson D. The role of mycoplasmas in pregnancy outcome. *Best Pract. Res. Clin. Obstetr. Gynecol.* 2007; 21 (3): 425–38.
55. Waites K.B., Katz B., Schelonka R.L. *Mycoplasmas* and *ureaplasmas* as neonatal pathogens // *Clin. Microbiol. Rev.* – 2005. – №18 (4). – P.757-789.
56. Witkin SS, Kligman I, Grifo JA, Rosenwaks Z. *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* detected by the polymerase chain reaction in the cervixes of women undergoing in vitro fertilization: prevalence and consequences // *J Assist Reprod Genet.* – 1995. - №12. - P. 610–614.
57. Witt A., Berger A., Gruber C.J., Petricevic L., Apfalter P., Worda C. et al. Increased intrauterine frequency of *Ureaplasma urealyticum* in women with preterm labor and premature rupture of the membranes and subsequent cesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2005; 193 (5): 1663–9.
58. Zotter H., et al. *Ureaplasma urealyticum* pneumonia and isolation of *U. urealyticum* from endotracheal tube aspirates of preterm and full-term infants // *Gynakol. Geburtshilfliche. Rundsch.* – 1999. – Vol. 39. №4. – P.191-194.

ЭЛИМИНАЦИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Доцанова А.М.^{1,2}, Даниярова Л.Б.³, Гребенникова Г.А.⁴, Нурпеисов Т.Т.⁵, Хан В.В.⁵,
Чибисова А.В.⁶, Глушкова Н.Е.⁷

¹ Медицинский центр «ТАЛМАС МЕДИКУС»

² Ассоциация акушеров и гинекологов Астаны
г. Нур-Султан, Казахстан

³ КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

⁴ Институт репродуктивной медицины

⁵ Республиканский Центр Аллергологии
г. Алматы, Казахстан

⁶ Представительство фармацевтической компании UNIPHARM INC

⁷ НАО Медицинский университет города Семей
г. Семей, Казахстан

ВВЕДЕНИЕ

Витамин D, ключевая молекула в метаболизме кальция и фосфора, играющая важную роль в пролиферации клеток и стабилизации мембран, нервной проводимости, противовоспалительных и противоинфекционных процессах, синтезе инсулина через аутокринные и паракринные эффекты. Его можно рассматривать как гормон не только из-за его стероидной структуры и наличия специфических ядерных рецепторов в клетках организма, но также из-за его участия в регуляции многих процессов.

Витамин D влияет как на пренатальное, так и на постнатальное здоровье ребенка. Он участвует в развитии костей плода и поддерживает рост и стабильность костей ребенка после рождения. По данным ряда исследований была показана роль витамина D в развитии нервной системы. Наилучшим показателем статуса витамина D в организме является уровень 25 (ОН) D₃ в сыворотке, который отражает уровень витамина D, который усваивается из рациона и вырабатывается эндогенно в коже. 25 (ОН) D₃ является метаболитом витамина D с самым длинным (12–19 дней) и наиболее стабильным периодом полувыведения.

Дефицит витамина D в перинатальном периоде был связан с гестационным диабетом, преэклампсией, задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), а также преждевременными родами и низким весом при рождении. У новорожденных с дефицитом витамина D могут наблюдаться гипокальциемические судороги, гипокальциемическая дилатационная кардиомиопатия, остеомалация и, в конечном итоге, детский рахит. Эти данные показывают, что витамин D играет важную роль в росте и развитии детей, начиная с перинатального периода. Хотя гипокальциемия часто протекает бессимптомно в первые дни жизни, она может быть фатальной. Недоношенность сама по себе является причиной гипокальциемии новорожденных. Низкие концентрации кальция могут наблюдаться примерно у 1/3 недоношенных и у большинства детей с очень низкой массой тела при рождении в первые два дня жизни. Снижение чувствительности к паратиреоидному гормону (ПТГ), повышение уровня кальцитонина и высокая экскреция натрия с почками могут привести к гипокальциемии в данной группе детей. Другими зарегистрированными этиологическими факторами ранней неонатальной гипокальциемии являются дефицит витамина D у матери, материнский диабет, перинатальная асфиксия, ЗВУР, гипопаратиреоз у матери и / или новорожденного и гипомагниемия.

Уровень витамина D в крови плода зависит от обеспеченности организма матери данным

витамином. 25 (ОН) D3 диффундирует через плаценту и пуповинную кровь на 50–60% от содержания в организме матери.

Ввиду высокой актуальности проблемы нами было проведено исследование, основной целью которого было изучение концентрации 25 (ОН) D3 у женского населения шести регионов Республики Казахстан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проведено поперечное исследование среди 512 женщин, давших добровольное согласие на сбор анамнестических и демографических данных, а также забор крови на определение концентрации 25 (ОН) D3 в крови. Средний возраст исследуемых составил 42 ± 13 лет. Минимальный возраст составил 18 лет, максимальный 55. Анализ данных проведен в программе SPSS 20.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Большая часть женщин имела разной степени дефицит содержания в сыворотке крови 25ОНD. В особенности, наибольшая частота встречалась со стороны распространенности тяжелого (менее 10 нг/мл) – 35,9% и дефицитного состояния (10-20 нг/мл) – 45,5%. В общей популяции частота встречаемости нормального статуса 25ОНD была обнаружена только в 7,8%, что было значительно реже, чем частота дефицитных состояний ($\chi^2=729,000$; d.f.=3; $p=,000$). Медиана содержания 25ОНD во всех исследуемых регионах вне зависимости от географического расположения и количества солнечных дней в году не достигала нижнего порога нормы содержания активного метаболита витамина D в сыворотке крови (30 нг/мл).

Несмотря на наиболее благоприятное положение ЮКО в отношении общего количества солнечных дней в году, нами были обнаружены высокие доли распространенности дефицита 25ОНD, составившие 24,0% тяжелый дефицит (менее 10 нг/мл) и 62,5% дефицитное состояние (10-20 нг/мл). Также, наименее благоприятные по отношению к другим регионам результаты были получены в Актыбинской и Акмолинской областях ($\chi^2=80,334$; d.f.=15; $p=,000$).

ОБСУЖДЕНИЕ

По данным последних исследований от 30 до 50% населения, проживающего как в Европе, так и в США, страдает от разной степени выраженности дефицита витамина D.

Географическое расположение Казахстана относится к зонам, в которых риск формирования дефицита и недостаточности витамина D является достаточно высоким.

Результаты аналогичных исследований также показывают высокую распространённость дефицита витамина D у населения. Наиболее индикаторными являются уровни витамина D у женщин и детей. Так, в многоцентровом исследовании «Родничок», проведенном в 2013-2014 годах в Российской Федерации было показано, что более чем у 2/3 детей младшей возрастной группы имелся разной степени дефицит витамина D во 11 регионах Российской Федерации. Несмотря на популярность в России мероприятий по предупреждению формирования низкой обеспеченности витамином D и рахита у детей до года, низкий статус витамина D присутствовал у 61% детей в возрасте 1–6 мес и у 40% детей в возрасте 6–12 мес. По мнению авторов исследования «Родничок» эти данные могут свидетельствовать о недостаточной адекватности профилактических мероприятий, проводимых в современных условиях.

Такого рода эпидемиологическое исследование безусловно не является репрезентативным для всей республики, ввиду ограниченности забора данных в сельских регионах, отсутствия процедуры рандомизации участников вследствие их свободного включения. Наше исследование можно декларировать как пилотное. Фундамент данной работы может быть первым шагом для реализации в Республике Казахстан масштабных эпидемиологических исследований по учету обеспеченности населения различными важными микронутриентами и таких важных проблем здоровья, как недостаточность витамина D и анемии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важной задачей организаторов здравоохранения, врачей общей практики, акушер-гинекологов и других специалистов является изучение распространенности недостаточности витамина D среди населения с целью разработки современных методических рекомендаций по элиминации и лечению данного состояния в Республике Казахстан. В связи с широкой распространенностью низкого статуса витамина D у женского населения Республики Казахстан на современном этапе необходима медикаментозная дотация витамина D при выявлении дефицита витамина D (менее 30 нг/мл). Таким образом, элиминация дефицита витамина D является приоритетной задачей здравоохранения, направленной на сохранения здоровья матери и ребенка.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТНЕРА-ХАУЗЕНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Есмуратова М., Кравцова Т.Г.

*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы, Казахстан*

Аномалии развития матки составляют 4,0% от всех врожденных аномалий, но именно они являются причиной бесплодия в 13% случаев, невынашивания беременности в 15% случаев, приводят к преждевременным родам в 18% случаев. Аномальные положения плода у пациенток с пороками развития матки выявляются в 15–25% [1]

Поэтому проблема ранней диагностики аномалий развития матки остается чрезвычайно актуальной.

Синдром Майера–Рокитанского–Кюстнера–Хаузера развивается в случае нарушения развития мюллеровых протоков и их слияния, которое приводит к аплазии матки и влагалища. Распространенность данного синдрома точно не изучена [2]

Эта патология зачастую остается незамеченной вплоть до менархе или выявляется в зрелом возрасте, что связано с недостаточно выясненными клиническими особенностями пороков развития у детей, диагностическими ошибками в распознавании аномалии, трудностями ранней диагностики, несвоевременным обращением пациенток [3]

Считаем интересным для практических врачей клинический случай: Больная Т, 24 лет госпитализирована в клинику с диагнозом: Синдром Майера–Рокитанского–Кюстнера–Хаузера, полная форма. Аплазия матки и влагалища. Хронический некалькулезный холецистит, ремиссия.

Пациентка предъявляла жалобы на ежемесячно повторяющиеся тянущие боли внизу живота, в области поясницы, отсутствие менструаций. По данным анамнеза родилась от четвертой беременности, в возрасте матери 30 лет, с массой 3200,0 г, ростом 54 см. В течение беременности мать (с ее слов) ничем не болела. Росла и развивалась без особенностей, все прививки получила своевременно. В детстве отмечает лишь простудные заболевания. В анамнезе отмечает отсутствие менархе. Половой жизнью не живет, не замужем. Впервые диагноз установили в возрасте 19 лет, когда впервые обратилась к гинекологу с вышеописанными жалобами в 19 лет в 2013 году, был после обследования установлен синдром Рокитанского. По данным УЗИ органов малого таза: определяется редуцированная матка длиной 2,1 см, длина шейки – 1,0x0,69см, толщина матки 1,27см. Структура матки однородная, полость не расширена, контур матки ровный. Правый яичник размером 2,39x1,17 см, контур ровный, с единичным фолликулом, диаметром 0,30-0,92 см, левый яичник размером 2,56x0,96 см, контур ровный, с единичным фолликулом, диаметром 0,38-0,40см. При проведении кариотипирования был выявлен кариотип 46 XX и перичентрическая инверсия 9 хромосомы, простой формы. Консультирована генетиком через 5 лет после первичного обращения к врачу. Был верифицирован диагноз: синдром Майер-Рокитантского-Кюстнера-Хаузера, полная форма.

При госпитализации в НЦАГиП по данным УЗИ у пациентки при поступлении визуализировалась аплазированная матка, придатки без видимой патологии. При вагиноскопии: гимен цел, за гименом определяется слепо заканчивающиеся влагалища с длиной 1 см.

Осмотрена *per gestum*: матка не определяется. Придатки с обеих сторон тяжистые, безболезненные пальпируются высоко по стенкам таза. Данные лабораторных исследований в пределах нормальных показателей.

Пациентке было предложено оперативное лечение в объеме: брюшинный кольпопоз с лапароскопической ассистенцией. Тоннелирование ректовезикального пространства. Особенно-

сти операции: Матка отсутствует, определяются рудиментарные рога с обеих сторон размером 2,0 x 2,0 см. Слева визуализируется маточная труба на всем протяжении, длиной 12,0см., фимбрии выражены. Левый яичник размером 3,0 x 2,0 x 2,0 см., визуализируется желтое тело. Справа визуализируется маточная труба на всем протяжении, длиной 12,0см, фимбрии выражены. Правый яичник размером 3,0 x 2,0 x 2,0 см., без видимой патологии. Во время операции было создано искусственное неовлагалище. В послеоперационном периоде проведено динамическое наблюдение, пациентка выписана на десятые сутки под наблюдение акушер-гинеколога по месту жительства. Были даны соответствующие рекомендации. В настоящее время пациентка живет половой жизнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности/ Триада – X. – 2002. – 304 с
2. Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion Summary No. 728: Mullerianagenesis: diagnosis, management, and treatment. Obstet. Gynecol. 2018. Vol. 131, N 1. P. 196–197.
3. Богданова Е.А. Диагностика и лечение аплазии части влагалища / Е.А. Богданова // Акушерство и гинекология. 2003. № 1. С. 20–23.

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚТА ТҰРАТЫН ҚЫЗБАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Курбаниязова С.А., Нурхасимова Р.Г., Исакова .Г.Ш., Юнусова .С.Т.

*Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-түрік университеті
Туркестан қ., Қазақстан*

Кез келген мемлекеттің өзекті мәселелерінің бірі – салауатты ұрпақты қалыптастыру үшін репродуктивті денсаулықты қорғау болып есептеледі. Қазақстанда бұл мәселе мемлекеттің шеңберінде қарастырылып, еліміздің демографиялық саясатымен тікелей байланысын тапты. Түркістан аймағында қызбалар мен жасөспірім қыздарда дисменорея 83,6%, ювенильді қан кетулер 80%, гипоменструальді синдром - 70% болған.

Түйін сөздер: *репродуктивті денсаулық, дисменорея, етеккір циклы, экология, жасөспірім қыздар.*

ӨЗЕКТІЛІГІ

Қазіргі заманғы жағдайда денсаулық сақтау жүйесінде жасөспірім қыздардың денсаулық жағдайы (соматикалық, репродуктивті, психикалық) едәуір төмендеуде. Осыған қоса ана өлімі мен бала өлімін төмендету, болашақ аналардың фертильділігін сақтауда маңызды орын атқарады.

Жасөспірім кезең адам өміріндегі ең маңызды кезеңдердің бірі. Сонымен қатар, жасөспірімдерде саналы түрде өз денсаулығына деген жауапкершілік дамымаған және медициналық активтілік төмен. Жасөспірімдердің денсаулығын қамтамасыз ету және сақтау қоғамның репродуктивтік, интеллектуальдық, экономикалық, саясаттық және өнегелілік қорын түзудің ең маңызды салымы болып табылады.

Жасөспірімдердің репродуктивті денсаулық жағдайы қазіргі кезеңде тек қана мамандар арасында ғана емес сонымен қатар, қоғамдағы басты тақырыптардың бірі болып саналады. Бұл өз кезегінде жасөспірімдердің репродуктивті денсаулығы ерекше маңызды мәселе екенін және ол қоршаған орта мен қоғамның кері әсерінен өзгеруге бейімдеу болатынын білдіреді.

Қазіргі кезеңде жасөспірімдердің репродуктивті денсаулығына тағамдағы дәрумендердің жеткіліксіздігі де әсер ететіні анықталған.

ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ

Кең эпидемиологиялық, клиникалық-лабораторлық және экологиялық зерттеу негізінде қызбалалар мен жасөспірім қыздардың репродукциялық денсаулығының экологиялық қолайсыз аймақта өмір сүруімен байланысын зерттеу:

1- Экологиялық қолайсыз аймақта тұратын қызбалалар мен жасөспірім қыздардың репродуктивті денсаулық жағдайының ерекшеліктерін анықтау.

2-Қоршаған орта факторларының репродукциялық денсаулыққа әсері.

Зерттеу материалдары мен әдістері

Зерттеу дизайны популяциялық проспективті когортты зерттеу болып табылады. Зерттеу мақсатына қол жеткізу және қойылған міндеттерді жүзеге асыру үшін қызбалалар мен жасөспірім қыздарға проспективті зерттеу жүргізілді. Жиынтық көлемі 5721 адамды құрайды.

7 жастан 19 жасқа дейінгі қызбалалармен жасөспірім қыздар зерттелді.

Жасөспірім қыздарды зерттеу барысында олардың физикалық параметрлері (бойы, салмағы), репродукция жүйесіндегі патологиясы көрсететін әр түрлі шағымдары анықталды. Сонымен қатар, осы кезеңде екіншілік жыныстық даму белгілерінің пайда болу уақыты және

кезеңдері бағаланды.

Әдістер: сауалнама жүргізу.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Зерттеудің ең күрделі міндеті - қыздар мен жасөспірім қызбалалардың аймақтағы гинекологиялық патологиялардың анықталуы. Бұл фактіні бірнеше себептермен түсіндіруге болады: бұл тақырыптың аймақтағы талқылануының жабықтылығы, ұрпақты болу денсаулығына қатысты мәселелерде студенттер мен ата-аналардың білмеуі және ең бастысы, отбасында тіпті «ауқымды» мәселені жасыру ниеті орын алатындығында. Зерттеудің бірінші кезеңінде қыздардың етеккір функциясының кейбір мәселелері байқалды. Егер жыныстық даму деңгейін бағалайтын болсақ, 15 жастағы және одан жоғары жастағы кемінде 30 қыздың (2307-ден) жыныстық дамудың кешіктірілуіне, 1,3% тексерілуден өтуге тура келетінін айтуға болады. Аймақтағы менархенің орташа жасы $13,4 \pm 1,2$ жасты құрады. Етеккір цикліндегі бұзылыстардың жалпы саны зерттеу тобында 1403 жағдайында яғни 26,9% құрады. Жастық топтары бойынша етеккір циклінің бұзылыстары 1-диаграммада көрсетілген.

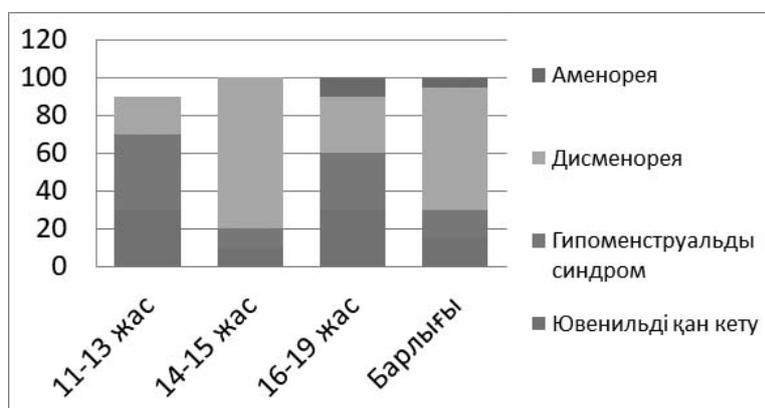


Диаграмма 1 – Қыздарда жалпы және жас топтары бойынша етеккір қызметінің бұзылысының құрылымы.

Бұл суретте жас топтары бойынша 14-15 жастағы қыздарда дисменореяның жоғары пайызы яғни 80% көрсетті. Бұл осы жаста овуляциялық циклдардың қалыптасуымен байланысты. Дисменореямен ауыратын қыздар егжей-тегжейлі тексеруден өтті. Дисменорея симптомдарының ауырлық дәрежесі 2 диаграммада көрсетілген.

Дисменореяның I дәрежесі 42% қыздарда кездесті. Бұл қыздардың өмір сүру сапасының нашарлауына, мектепке бармауына және ауырсынуда міндетті түрде дәрілік заттарды қолдану түрінде көрініс тапты.

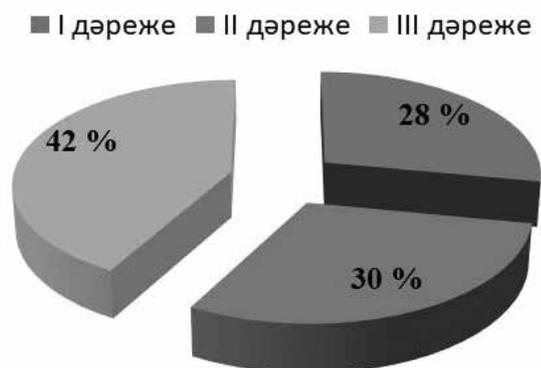


Диаграмма 2 – Тексерілген қыздардағы дисменореяның айқындылық дәрежелері.

Біз аймақтағы өмір сүру ұзақтығы мен дисменорея ($r = 0,273$, $p = 0,0001$) арасында әлсіз корреляцияны таптық.

ҚОРЫТЫНДЫ

Жалпы етеккір бұзылыстарының ішінде дисменорея жиілігі 83,6% құрады. Дисменорея жас ерекшеліктері бойынша 14-15 жас аралығындағы қыздарда көп кездесті, соның ішінде I дәрежелі дисменорея 42% құрады. Ал, осы аймақта өмір сүру ұзақтығы мен дисменорея ($r = 0,273$, $p = 0,0001$) арасында әлсіз корреляцияны анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. – Спб.: Фолиант, 2000. - С.180-181
2. Уварова Е.В., Тарусин Д.И. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков. – М., 2009. – 33 с.
3. Ушакова Г.А., Елгина С.И., Назаренко М.Ю. Репродуктивное здоровье современной популяции // Акуш. и гин., 2006; 1: 34-39.
4. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние и прогноз здоровья школьников (итоги 40-летнего наблюдения) // Рос. Педиатр. Журнал, 2007; 1:53-57.
5. Andre V., Onderdonk A., Wissemann K. Normal vaginal microflora. // Brigham and Women's Hospital. Harvard Medicine School. Boston – Massachusetts, 1998. – 20 p.
6. Elsner P., Martius J. Vulvovaginitis. - N.Y. Basel – Hong Kong, 1998, 20 p.
7. Вовк І.Б., Руденко А.В., Ромашенко О.В., Лисяна Т.О., Яковенко Л.Ф., Вовк О.Б. Клініко-мікробіологічна характеристика запальних захворювань зовнішніх статевих органів у дівчат та їх батьків // Буковинський медичний вісник.-2000.-Т. 4.-№ 2-3.-с. 34-38.
8. Харченко Е.В. Медико-биологические и социальные аспекты подготовки девочек-подростков к репродуктивной функции: Автореферат диссертации кандидата медицинских наук /Е.В. Харченко, М., 1997. - 24 с.
9. Sultan C. Gaspari L. F. Adolescent dysmenorrhea // Endocr.Dev. - Paris, 2012, 22,171-180.
10. Қазақстан Республикасының 2004-2015 жылдарға арналған экологиялық қауіпсіздігі тұжырымдамасы. - Астана, 2003.
11. Жамалбеков Е, Білдебаева Р. Топырақтану және топырақ географиясы мен экологиясы: оқу құралы / Ред.басқарған Ж.Ү.Ақанов. // Алматы: Қазақ университеті, 2000, 2 бас.
12. Роль витамина D в сохранении здоровья и репродуктивного потенциала женщин. // pmarchive.ru/category/tema/akusher-ginekolog/.

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚТА ТҰРАТЫН ҚЫЗ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ҚЫНАП БИОЦЕНОЗЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Кушкарова А.А., Нурхасимова Р.Г., Торғауытова Ж.Е.

*Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ түрік университеті
Түркістан қ, Қазақстан*

Бұл мақалада экологиялық қолайсыз аймақта тұратын қыз балалар мен жасөспірім қыздардың қынап биоценозының ерекшелігін әртүрлі зерттеу әдістері арқылы анықтау жүргізіліп, ең тиімді зерттеу әдісі қарастырылған.

Түйін сөздер: *жасөспірімдер, репродуктивті денсаулық, қынап биоценозы, вульвовагинит.*

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының 2014 жылғы «Жасөспірімдер денсаулығы туралы есебі» жасөспірімдердің денсаулығы мен әл-ауқатына назар аударды. Бүгінгі таңда жасөспірімдердің денсаулығын жақсарту жөніндегі комиссия әзірлеген жаңа ұсыныстар жасөспірімдердің әлеуетін толық іске асыру үшін барлық жағдай жасауға бағытталған шараларды дамытуды қарастырады. ДДҰ жасөспірімдер денсаулығын басты басымдық ретінде қарастырады. 2016–2030 жылдарға арналған «Әйелдер, балалар мен жасөспірімдер денсаулығына арналған ғаламдық стратегияның» басты шаралары жасөспірімдер денсаулығын нығайтуға бағытталған.

Осыған байланысты ДДҰ жасөспірімдермен және басқа серіктестермен бірқатар елдермен жасөспірімдердің денсаулығына қажеттіліктерді қанағаттандыру үшін тиісті шараларды жоспарлауға, жүзеге асыруға және бақылауға көмектеседі (АнтониКостелло, ДДҰ Ана, нәрселер, балалар және жасөспірімдер денсаулығын қорғау департаментінің директоры, Лансет, мамыр 2016).

Соңғы жылдары көптеген орталықтардың ғылыми зерттеулері қынаптың қалыпты микрофлорасын және табиғи фактор - лактобациллидің ерекше қорғаныс әсерін зерттеуге бағытталған. Зертханалық зерттеулердің жаңа технологияларын енгізу бір анализде нақты уақыт режимінде қынаптық биотоптың толық бейнесін алуға мүмкіндік береді. Канададағы Дүниежүзілік акушер-гинекологтар конгресінің кейбір бөлімдері (FIGO, 2015) лактобактериялардың сапалы және сандық құрамының бұзылуының күшеюіне алып келетін қазіргі таңдағы терапияға бактериялық төзімділік мәселесін зерттеді.

ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ

Клиникалық және зертханалық зерттеулер негізінде қоршаған ортаның қолайсыз жағдайларында өмір сүретін қыздар мен жасөспірім қыздардың қынап биоценозының ерекшелігін зерттеу:

– қыз балалар мен жасөспірім қыздардың қынап биоценозының ерекшелігін анықтау.

МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР

Мақсатқа жету және қойылған міндеттерді орындау үшін Түркістан облысының әртүрлі аймақтарында тұратын орта мектеп оқушылары, колледждер және МКТУ-дің 1-3 курс студенттері арасында зертханалық зерттеу жүргізілді. 18 жасқа дейінгі жасөспірімдерді тексеру мүмкіндігі ата-аналармен және мұғалімдермен келісілген. Екі жағдайда ақпараттандырылған келісім алынды. Қынап биоценозының ерекшелігін анықтау үшін қынаптық бөлімдіні бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеулер, мен Фемофлор 16 ПТР тексеру жүргізілді.

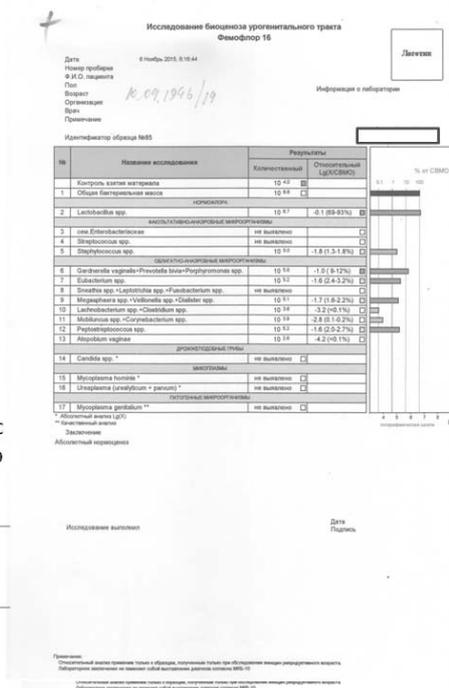
НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Вулвовагинит белгілері бар қыздардағы қынаптық микробиотаны кешенді бағалау үшін жыныстық жетілудің кеш жасында ($17,47 \pm 0,36$ жас) 30 қыз іріктеліп алып, оларға бір мезгілде қынаптық бөліндіні бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеулер, мен Фемофлор 16 ПТР тексеру жүргізілді.

Қынаптық бөліндіні бактериоскопиялық және бактериологиялық әдіспен тексеру тәсілі кеңінен қолданылады. Біз алғаш рет жасөспірімдерде қынап биоценозының ерекшелігін анықтау мақсатында Фемофлор 16 (нақты уақыттағы ПТР) қолдандық. Бұл әдіс патогенді немесе шартты патогенді микрофлораны анықтауға ғана емес, сонымен қатар лактобактериялық микрофлораның сандық сипаттамаларын бағалауға мүмкіндік береді. Анықталған микроорганизмдердің спектрі: аэробты, анаэробты микрофлора, *Candida* тұқымдас саңырауқұлақ, уреоплазма және микоплазма. Әдістің сипаттамасы суретте көрсетілген.

Femoflor® - 16

- *Lactobacillus* spp. $>10^{6-8}$
- Enterobacteriaceae
- Streptococcus spp.
- Staphylococcus spp.
- *Gardnerella vaginalis*/*Prevotella bivia*/*Porphyromonas* spp.
- Eubacterium spp
- *Sneathia* spp./*Leptotrihia* spp./*Fusobacterium* spp.
- *Megasphaera* spp./*Veilonella* spp./*Dialister* spp.
- *Lachnobacterium* spp./*Clostridium* spp
- *Mobiluncus* spp./*Corynebacterium* spp
- *Peptostreptococcus* spp.
- *Atopobium vaginae*
- *Ureaplasma (urealyticum + parvum)*
- *Mycoplasma (hominis)*
- *Candida* spp
- *Mycoplasma (genitalium)*



1-сурет - Фемофлор 16 әдісімен анықталған микроорганизмдердің спектрі және талдау мысалы

Алынған зерттеу нәтижелері 2-3 суретте көрсетілген.

Микроскопиялық зерттеу (қынаптық бөлініс) және заманауи зерттеу тәсілі нәтижелерін салыстыру зерттелушілердің орта жасы $17,47 \pm 0,36$ жас

Фемофлор 16 ®	N	Қынаптық тазалық дәрежесіне бөліністі зерттеу		
Нормоценоз	14	1	2	3
Салыстырмалы нормоценоз		9	3	2
Әлсіз анаэробты дисбиоз	6	3	2	2
Айқын анаэробты дисбиоз	3	1	-	2
Барлығы	30	14	7	9

2 сурет – Қарапайым (жағу) және инновациялық әдістермен алынған нәтижелерді салыстыру

2-суретте әртүрлі әдістерді қолданған кезде қалыпты және патология нәтижелерінің толық сәйкес келмеуі көрсетілген. Фемофлор 16 ПТР нәтижесі бойынша нормоценоз және салыстырмалы нормоценозмен (21 жағдай) болған пациенттерде қынаптық бөліністі микроскопиялық зерттеу нәтижесінде 4 науқаста қабыну реакциясы анықталды (19%). Ал, Фемофлор 16 ПТР нәтижесі бойынша айқын анаэробты дисбиоз анықталған (3 жағдай) 1 пациенттің қынап бөлінісін микроскопиялық зерттеуде қалыптыдан ауытқу анықталмады.

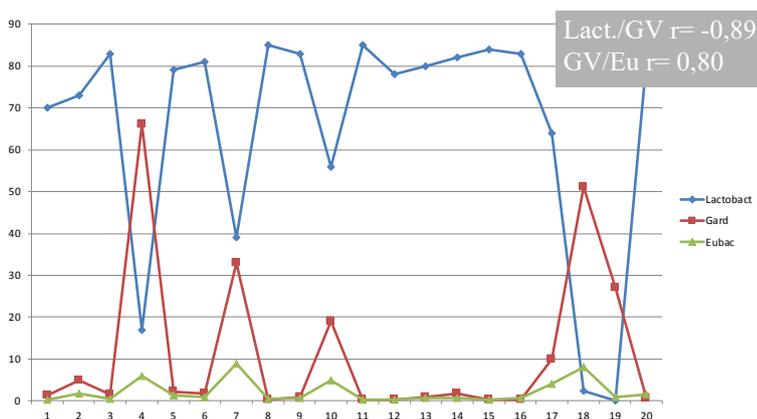
Фемофлор 16® n=30	Lacto bacterium	Басқа микроағзалар	Бак егу нәтижесі N=20
Нормоценоз n =14	106-8 71-100%	<104 Candida <103	Candida Strep.epider. Enteroc.feacal. E.colli
Салыстырмалы нормоценоз n= 7	106-8 71-100%	>104 Candia >103	Strep.epider. Enteroc.feacal. Candida
Әлсіз анаэробты дисбиоз n= 6	106 21-64%	>104 Candida >103	Enteroc.feacal. Strep.epider. Candida
Айқын анаэробты дисбиоз n = 3	<106 0-20%	>104 Atopobium -2 Pathogens	Staph.spp Enteroc. feacal. Candida

3-сурет – Қынаптық биотоптардың сипаттамасы

Нәтижелердегі үлкен айырмашылықтарды біз Femofor 16 және бактериалды культура деректерін салыстыру кезінде алдық. ПТР рт сәйкес флораның бұзылуының кез келген ауырлығы үшін, себу ыдысының мәліметтері ұқсас. Бұл көрсеткіш дисбиоздың қалыпты және ауыр көріністерінде нормофлораның төмендеуін айқын көрсетеді. Сонымен қатар, сіз қоздырғыштардың сандық және сапалық сипаттамаларын көре аласыз.

Осылайша, қазіргі жағдайда «норма» мен «патологияны» құру қынап микрофлорасының кең сипаттамаларын алу үшін ең заманауи әдістерді қолдануды қажет етеді деп айта аламыз.

Вагинальды микрофлорадағы өзгерістерді және кейбір микроорганизмдер құрамының басқалардан өзара тәуелділігін (корреляциялық тәуелділік) көрнекі түрде сипаттау үшін 4-суретті қараңыз.



Корреляционные связи между Lactobacterium /Gardnerella vaginalis and GV/Eubacterium

Сурет 4 - Қыздардың вагинальды биотопындағы Lactobacterium / Gardnerella vaginalis және GV / Eubacterium арасындағы корреляция

ҚОРЫТЫНДЫЛАР

Зерттеу нәтижесі көрсеткендей жасөспірім қыздарда қынаптық биотоптың сандық және сапалық көрсеткіштерін анықтауда ең тиімді әдіс Фемофлор 16 ПТР екені анықталды. Патологиялық бөлініске шағымданған жасөспірім қыздарда қынаптық бөліністі Фемофлор 16 ПТР әдісімен зерттеу нәтижесі зерттелген 30 пациенттің ішінен 3 пациенттің антибактериялық емді қажет ететінін көрсетті. Фемофлор 16 ПТР әдісімен анықталған *GV / Eubacterium* ($r = 0.80$) және *Lactobacterium / Gardnerellavaginalis* ($r = - 0.89$) арасында күшті тікелей байланыс анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Sherrard J., Donsers G. et all. European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge//International Journal of STD & AIDS. –2011. Vol. 22(8). – P. 421-429.
2. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Трофимов Д.Ю. и др. Применение метода полимеразной цепной реакции в реальном времени для оценки микробиоценоза урогенитального тракта у женщин (тест Фемофлор®). – М., 2011. – 34 с.
3. Verstraelen H, Verhelst R. Bacterial Vaginosis: An Update on Diagnosis and Treatment// Expert Rev Anti Infect Ther. – 2009. – Vol. 7(9). – P. 1109-1124.
4. Безуглая Э.Ю. Климатические характеристики условий распространения примесей в атмосфере. / Сб. докладов XI всероссийской научно-технической конференции «Приоритетные направления развития науки и технологий». – Тула: Изд-во Инновационные технологии, 2012. – 171 с.
5. Окина О. И. Влияние техногенного загрязнения окружающей среды на микроэлементный состав биосубстратов человека (на примере г. Гусь-Хрустальный Владимирской области и Подольск Московской области) Автореферат ... кандидата тех.наук ., Экология Москва – 2011

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Мамедалиева Н.М.¹, Утегенова А.А.²

*¹АО НЦАГП, ²Каз.НМУ им. С.Д. Асфендиярова
г. Алматы, Казахстан*

В последнее десятилетие во многих странах мира регистрируется рост вагинальных инфекций, которые прочно занимают первые места в структуре акушерско-гинекологических заболеваний. Особую значимость инфекционные заболевания влагалища приобретают у беременных в связи с ростом частоты невынашивания беременности, внутриутробного инфицирования плода и новорожденного, осложнений течения беременности, родов и послеродового периода (1).

Важность и значимость проблемы обусловлена не только высокой распространенностью инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий, но и доказанным негативным влиянием их на репродуктивную функцию женщин, атипичным течением инфекционного процесса, связанную с формированием микробных биопленок, а также необоснованным назначением антибиотиков, иногда при отсутствии показаний, склонностью многих врачей к лечению «анализов», назначением антибактериальных препаратов на основании качественных, а не количественных тестов, бесконтрольным самостоятельным лечением женщин, ведущим к частой хронизации и рецидивом вследствие отсутствия II этапа лечения, заключающегося в восстановлении нормального биоценоза влагалища (2).

Известно, что нормальный биоценоз влагалища – это сбалансированная система, где в норме кислая среда контролирует количество и качество микрофлоры, а микрофлора в свою очередь обеспечивает кислотность вагинального секрета. На фоне видового многообразия, ведущее место в вагинальном микроценозе занимают микроаэрофильные лактобактерии, число которых достигает 10⁹ КОЕ/мл. Колонизируя слизистую влагалища, лактобактерии участвуют в формировании экологического барьера и обеспечивают тем самым резистентность вагинального биотопа. Основным механизмом, обеспечивающим колонизационную резистентность вагинального биотопа, является способность лактобактерии к кислотообразованию. Кроме лактобацилл в состав нормальной вагинальной микрофлоры входят различные микроорганизмы – это и бактероиды, кандиды, гарднереллы, микоплазмы, стафило- стрептококки и др., но все они представлены в очень малом количестве, не более 10² -10⁴ КОЕ/мл (3).

Вагинальные инфекции являются локальными формами нарушений микробиоценоза. В основном спектр вагинальных инфекций представлен бактериальным вагинозом, трихомониазом, вагинальным кандидозом и другими инфекциями, на долю которых приходится 5%. Лидирует в структуре вагинальных инфекций бактериальный вагиноз, частота которого составляет 50% и более. Сегодня БВ – один из наиболее распространенных причин обращения женщин за медицинской помощью.

Бактериальный вагиноз - это инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа, характеризующийся чрезмерно высокой концентрацией облигатно-анаэробных микроорганизмов, резким снижением или отсутствием лактобацилл и повышением уровня вагинального pH (более 4,5).

При БВ в 2-6 раз увеличивается риск развития таких осложнений, как:

невынашивание беременности, хориоамнионит, преждевременные роды

внутриутробное инфицирование плода, послеродовой эндометрит, послеабортные воспалительные процессы, воспалительные заболевания органов малого таза. Доказана этиопатогенетическая связь БВ, особенно его рецидивирующих форм с ВЗОМТ, трубным бесплодием, с

ранними потерями беременности при ЭКО.

Представляет особый интерес связь БВ с различной патологией эндометрия: риск развития хронического эндометрита при БВ выше в 15 раз

у 58% женщин с рецидивирующим БВ выявлена очаговая и диффузная гиперплазия эндометрия, у 47%-хронический эндометрит, у 42%-полипы эндометрия. При этом степень поражения эндометрия зависела от «массивности инфекции» (чаще при смешанной облигатной-анаэробной флоре в сочетании с хламидиями или вирусами) (4).

Частота выявления бактериального вагиноза зависит от контингента обследуемых женщин:

- 17-19% - в группах планирования семьи
- 24-37% - среди пациенток клиники вен заболеваний
- 15-37% - среди беременных
- 61- 87% - среди пациенток с патологическими белями.

Критерии диагностики бактериального вагиноза всем вам известны, это критерии Амсела: редкие гомогенные кремовые выделения (иногда пенистые); повышение pH влагалищных выделений > 4,5; позитивный аминный тест (наличие «рыбного запаха» после добавления капли 10% раствора КОН); наличие «ключевых клеток» при прямой микроскопии мазка.

Стандартом лечения бактериального вагиноза является 2-х этапная терапия, направленная:

- **на 1-ом этапе** на элиминацию избыточного пула облигатно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов,

- **на 2-ом этапе** на восстановление нормоценоза влагалища.

В существующих рекомендациях СДС и ВОЗ в лечении БВ рекомендуется использование препаратов метронидазола и клиндамицина.

Вместе с тем известно, что в 30% случаев рецидивы БВ развиваются через 3 мес., а в 70% случаев – через 6 мес. после окончания терапии.

Эти факты свидетельствуют о недостаточной эффективности традиционной терапии БВ, обусловленной формированием **микробных биопленок**.

Сегодня известно, что более 90 % бактерий в организме существуют не свободно, а в виде биопленок, прикрепленных к субстрату (эндометрию, придаткам матки и т.д.). **Биопленка** – это микробное сообщество, заключенное в матрикс, синтезированных ими внеклеточных полимерных веществ. Сами микроорганизмы составляют около 30% биопленки, а основная масса биопленки – это матрикс, состоящий из смеси полисахаридов, белков, нуклеиновых кислот, провоспалительных цитокинов, ферментов и др. веществ. Главный компонент матрикса – экзополисахариды, которые как слизистый чехол, окружает и защищает прикрепленные к различным поверхностям колонии бактерии. Действие антибиотиков на биопленку встречает значительное сопротивление со стороны плотного матрикса, не позволяющего проникнуть им внутрь биопленки.

Таким образом, механизм формирования биопленок - это идеальный способ для микроорганизмов выжить в агрессивной среде и тем самым способствовать затяжному течению инфекционного-воспалительного процесса со склонностью к хронизации, а также увеличивать вероятность диссеминации возбудителей и приводить к неэффективности традиционной анти-микробной терапии.

Немаловажным является тот факт, что микроорганизмы в биопленках выживают при концентрациях перекиси водорода и молочной кислоты в 4-8 раз выше, чем выдерживают отдельные бактерии вне биопленок, а также при концентрации антибиотиков – в 500-1000 раз превышающих минимальные подавляющие концентрации для чистых культур вне биопленок.

Поскольку вульвовагинальные инфекции являются локальными формами нарушений микробиоценоза, поэтому предпочтение всегда имеет интравагинальный путь введения лекарственных препаратов, как обладающий лучшей комплаентностью (5).

Выбор «идеального» препарата, рекомендуемого для лечения инфекции нижних отделов

урогенитального тракта должен отвечать ряду конкретных требований:

- препарат должен обладать широким спектром действия
- препарат должен разрушать бактериальные пленки и при этом не должен нарушать функциональную активность лактобацилл
- препарат должен обладать хорошей переносимостью
- применение препарата должно быть возможно во всех триместрах беременности.

При этом свечевая основа ПЭО – полиэтиленоксид обладает антибактериальной активностью, и что особенно важно обладает способностью к **деструкции биопленки**, способностью разрушать полисахаридную основу матрикса биопленки. По мере увеличения размеров молекулы ПЭО, увеличивается его абсорбционная активность. Поэтому, современные ПЭО состоят из смеси двух видов ПЭО: ПЭО – 1500 и ПЭО – 400. ПЭО 1500 остается в поверхностных слоях матрикса биопленки, обеспечивая абсорбцию и деструкцию биопленки, а ПЭО -400 проникает внутрь, транспортируя антимикробные вещества.

В лечении БВ наибольшее предпочтение отдается препаратам с широким спектром действия. Одним из таких препаратов является **Гексикон**. Во-первых, в состав Гексикона входит хлоргексидинобиглюконат, оказывающий выраженное антибактериальное и противопаразитарное действие, а также ПЭО свечная основа, которая разрушает матрикс биопленки.

Одним из ключевых моментов лечения БВ является **ацидификация**, т.е. окисление и восстановление экосистемы влагалища. **Молочной кислоте** придается наибольшее значение относительно бактерицидных защитных свойств микробиоты влагалища. Доказано, что молочная кислота, с одной стороны обладает достаточно выраженным антисептическим эффектом, с другой стороны обладает иммунологическими свойствами и выступает в роли природного иммуно-корректора (активация Т-лимфоцитов, индукция провоспалительных цитокинов) (4).

С этих позиций сочетание гексикона с введением фемилекса обеспечивало пролонгированное действие препарата и выраженный клинико-микробиологический эффект. Клиническая эффективность была зарегистрирована у 95%, а микробиологическая у 93% женщин. Таким образом, **Фемилекс** подавляет рост бактерий, снижая pH влагалища и способствует росту и восстановлению собственных лактобактерий.

Определив наиболее оптимальную схему антибактериальной терапии всегда следует помнить о насущной необходимости проведения **II этапа лечения вагинальных инфекций**, а именно назначения терапии направленной на восстановление биоценоза влагалища.

Важность представляет то, что терапию генитальных инфекций нельзя считать завершённой до тех пор, пока микробиоценоз влагалища не будет восстановлен, только такая тактика позволяет убедительно снизить вероятность рецидива инфекции. Известно, что вагинальная микрофлора представлена 4-мя доминирующими типами лактобактерий: *L.Crispatus*, *L.Jenseni*, *L.Gasseri*, *L.Iners*. При этом преобладание *L.Crispatus* свидетельствует о благоприятном признаке нормоценоза. А преобладание *L.Iners* нельзя считать полезной, так как она хорошо уживается с *A.vag.*, кроме того вырабатывает цитолизины, способные разрушать клетки вагинального эпителия. Эти данные свидетельствуют, что для восстановления биоценоза влагалища важен подбор лактобацилл. По результатам исследований, проведенным группой канадских ученых под руководством проф. Mc Millana выявлено, что существуют культуры «**правильных**» лактобацилл, способных разрушать биопленки. Имеются доказательные данные, что лактобациллы *Casei rhamnosus* участвуют в разрушении микробных биопленок, так как вырабатывают бактериоцины, подавляющие рост патогенных микроорганизмов.

Сегодня для восстановления нормоценоза влагалища, используются различные биопрепараты, однако не всегда их применение дает желаемый результат из-за низкого уровня приживаемости чужеродных штаммов лактобацилл во влагалище. В этой связи, особую актуальность сегодня приобретают способы лечения, направленные на создание благоприятных условий и среды для роста и размножения **собственных штаммов лактобактерий**.

Кроме того, сегодня разговор идет о разработке бактериальных препаратов на основе штам-

мов лактобактерий, выделенных непосредственно из влагалища самой женщины. И это уже проводится в ряде стационаров, например, в НИИ АГ им. Отто в Санкт-Петербурге.

Таким образом, только обязательное соблюдение 2-х этапного алгоритма лечения вагинальных инфекций, где I этап направлен на элиминацию инфекции, а II этап – на восстановление биотопа влагалища, обеспечивает эффективность и завершенность терапии вагинальных инфекций.

Рекомендуемый нами оптимальный подход к лечению бактериального вагиноза заключается в том, что

- На I этапе - в течение 10 дней утром назначается Фемилекс 1 супп, а на ночь Гексикон 1 супп. Это позволяет эффективно за короткие сроки разрушить бактериальные пленки и устранить патогенные микроорганизмы.

- На II этапе - в течение последующих 10-14 дней продолжается Фемилекс 1 раз в сутки, на фоне применения «правильных» лактобацилл, для восстановления нормоценоза влагалища.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидельникова В.М. - Привычная потеря беременности, М., 2005г.
2. Радзинский В.Е., Ординяц И.М., Четвертанова Э.С., Мисуно О.А. – Двухэтапная терапия вагинальных инфекций // Акуш. и гинек., 2011г, №5, с. 90-93.
3. Анкирская А.С. – Неспецифический вагинит // Гинекология, 2005г., №4, с. 15-18.
4. Кира Е.Ф., Муслимова С.З. - Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины (Обзор литературы). СПб, 2001г.
5. Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш. – Невынашивание инфекционного генеза, Алматы, 2015г.

ТЕРАПИЯ КОМБИНИРОВАННЫМИ ОРАЛЬНЫМИ КОНТРАЦЕПТИВАМИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Садуакасова Ш.М., Якупова Г.М., Манасова И.К., Саркулова Д.

*НАО КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
г. Алматы, Казахстан.*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из важнейших проблем современной гинекологии является проблема лечения гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) у женщин позднего репродуктивного возраста и в перименопаузе. По литературным данным, данная патология встречается у 50% пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста [1, 2]. В структуре гинекологической патологии частота ГПЭ составляет 15–40%. В 20–30% случаев при рецидивирующей гиперплазии эндометрия (ГЭ) возможно возникновение инвазивного рака тела матки [2]. ГПЭ характеризуются длительным, рецидивирующим течением, сложностью дифференциальной диагностики и выбора методов лечения [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Поздний репродуктивный период и перименопауза являются одним из значимых факторов риска развития патологии, поскольку в результате гормональных изменений создаются условия для возникновения гиперпластических процессов эндометрия. Достаточно высокая частота рецидивирования гиперплазии эндометрия (ГЭ) требует совершенствования тактики ведения больных и принципов гормонотерапии. Лечебная тактика при ГПЭ определяется морфологической характеристикой гиперплазии, возрастом, метаболическим статусом больной, сопутствующей экстрагенитальной патологией и наличием противопоказаний [5]. Гормональная терапия ГПЭ, представляет собой терапию, направленную на коррекцию менструального цикла, устранение дополнительных эстрогенных влияний и предотвращение рецидива ГЭ. Применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в течение 12 месяцев снижает риск развития рака эндометрия на 50% [1]. С целью лечения ГПЭ используются низкодозированные монофазные препараты. Под воздействием КОК железистый компонент эндометрия подвергается быстрой регрессии в пролиферативной фазе, поэтому преобладает относительное количество стромы в соотношении стромального и железистого компонента и происходит преждевременная секреторная трансформация эндометриальных желез. Эти изменения эндометрия обусловлены влиянием прогестиннов, входящих в состав КОК. По сравнению с прогестинами первого и второго поколения, прогестины третьего поколения – дезогестрел и гестоден – обладают высокой биодоступностью при минимальной андрогенной активности. Аномальные маточные кровотечения являются наиболее частым симптомом ГЭ, поэтому целью терапии выступает контроль менструального цикла и профилактика рецидива гиперпластических процессов эндометрия, что достигается при использовании низкодозированных КОК в сравнении с микродозированными препаратами.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: оценка эффективности комбинированного низкодозированного монофазного орального контрацептива, содержащего этинилэстрадиол 30 мг и дезогестрел 150мг, для профилактики рецидива ГЭ у пациенток позднего репродуктивного возраста и в перименопаузе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено клинико-лабораторное обследование и лечение 74 женщин. Все с ГЭ (средний

возраст $42,1 \pm 6,8$, средний ИМТ $28,1 \pm 6,8 \text{ кг/м}^2$). 56,2% из них находились в репродуктивном возрасте, остальные - в перименопаузе. В соответствии с типом ГЭ все женщины подразделены на подгруппы (по классификации ВОЗ). По результатам гистологического исследования из 74 обследованных пациенток у 72,2% диагностирована простая железистая гиперплазия эндометрия (ПГЭ), у 27,8% – комплексная гиперплазия эндометрия (КГЭ). В структуре нарушений менструального цикла доминировали менометроррагии у 66,7% больных, у 33,3% пациенток отмечались меноррагии. Всем обследованным пациенткам были проведены трансвагинальная эхография, гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием эндометрия и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием соскобов. Показаниями к проведению внутриматочных вмешательств явились маточные кровотечения и подозрения на патологию эндометрия по данным трансвагинальной эхографии.

С учетом данных гистологического исследования, всем обследованным женщинам была назначена гормональная терапия – комбинированный низкодозированный монофазный оральная контрацептив, содержащий этинилэстрадиол 30мг и дезогестрел 150мг в циклическом режиме в течение 12 месяцев. Наблюдение за пациентками с гиперплазией эндометрия проводилось в течение 12 месяцев. Эхографический контроль толщины эндометрия проводился через 3, 6 и 12 месяцев.

С целью профилактики рецидива гиперплазии эндометрия пациенткам репродуктивного возраста и в перименопаузе был назначен комбинированный низкодозированный монофазный оральная контрацептив, включающий этинилэстрадиол 30мг и дезогестрел 150мг в циклическом режиме в течение 12 месяцев («Регулон»). Основные преимущества препарата обусловлены содержанием гестагенного компонента дезогестрела (синтетического прогестина) III поколения и низкой дозы этинилэстрадиола. В печени дезогестрел полностью превращается в активную производную форму – 3-кетодезогестрел, биологическая доступность которого составляет 80 %. Этинилэстрадиол подвергается выраженному метаболизму в процессе первого прохождения через печень и его биологическая доступность составляет всего 40%. Благодаря этим свойствам происходит подавление пролиферативных процессов в эндометрии.

Наблюдение за пациентками с гиперплазией эндометрия проводилось в течение 12 месяцев. Эхографический контроль толщины эндометрия проводился через 3, 6 и 12 месяцев. Следует отметить, что ациклические кровянистые выделения в первые два менструальных цикла выявлены у 9,2% пациенток. На фоне приема КОК через 6 месяцев олигоменорея установлена у 81,5% пациенток. Через 12 месяцев олигоменорея установлена у 82,5% обследованных. У 2 пациенток сохранялись нарушения менструального цикла по типу менометроррагии.

На момент начала приема КОК средняя толщина эндометрия составляла ($4,6 \pm 0,2$) мм и существенно не менялась на протяжении 6 месяцев, через 3 месяца – ($4,2 \pm 0,1$) мм и через 6 месяцев – ($3,8 \pm 0,2$) мм. Более детальный анализ показал, что у 45,0% женщин толщина эндометрия на протяжении первых 6 месяцев была менее 5 мм, в 50,0% случаев колебалась от 5 мм до 8 мм и у 5,0% пациенток через 6 месяцев терапии, толщина эндометрия превышала 8 мм. Через 12 месяцев применения КОК отмечалась четкая динамика уменьшения срединного М-эхо, среднее значение М-эхо достоверно снизилось по отношению к исходному и составило ($2,6 \pm 0,2$) мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До начала терапии у всех обследованных пациенток отмечались нарушения менструального цикла. По типу менометроррагии- у 66,7% и меноррагии – у 33,3%. По результатам данного исследования, через 12 месяцев от начала терапии олигоменорея установлена у 82,5% обследованных, у 2 пациенток также сохранялись нарушения менструального цикла по типу менометроррагии, что свидетельствует о высокой антипролиферативной активности прогестина дезогестрел, входящего в состав препарата, снижающего риск рецидива гиперплазии эндометрия у пациенток данной возрастной группы. Через 12 месяцев применения комбинированно-

го гормонального препарата среднее значение М-эхо достоверно снизилось по отношению к исходному и составило $(2,6 \pm 0,2)$ мм, а также отмечалась значительная динамика уменьшения срединного М-эхо, что также достоверно подтверждает эффективность проведенной циклической гормональной терапии с целью профилактики рецидива гиперпластических процессов эндометрия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты применения комбинированного низкодозированного монофазного орального контрацептива, содержащего этинилэстрадиол 30мг и дезогестрел 150мг, в циклическом режиме в течение 12 месяцев, свидетельствуют о высокой эффективности препарата в терапии гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. Это связано со свойствами прогестина 3 поколения дезогестрела, обладающего выраженным антипролиферативным действием при минимальной андрогенной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. Современные возможности профилактики рецидивирующей гиперплазии эндометрия в перименопаузе // Лекарственный вестник. № 4 (52), 2013. том 7 (12)
2. Кузнецова И. В. Гиперпластические процессы эндометрия. Москва, 2009. – 48с.
3. Киселев В. И., Сидорова И. С., Унанян А. П. и др. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. – 468 с.
4. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). Москва, 2008. – 216 с.
5. International collaborations in cancer control //Third international Cancer Control Congress. Timori Milan. 2009.Vol. 95. P. 579–596.
6. Varma R., Soneja H., Bhatia K., et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2014. Vol. 139. P. 169–175.

КЕНТАУ ОРТАЛЫҚ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНА ДЕҢГЕЙІНДЕГІ ЭНДОВИДЕОГИНЕКОЛОГИЯНЫҢ ӨЗІНДІК АЛАТЫН ОРНЫ

Құдайбергенова С.С., Сыздықова Г.Ж., Оразбахов Ж.Б.,
Жүнісов Д.С., Ибраева Д.Е.

ШЖҚ МКК «Кентау орталық қалалық аурухана»
Кентау қ., Қазақстан

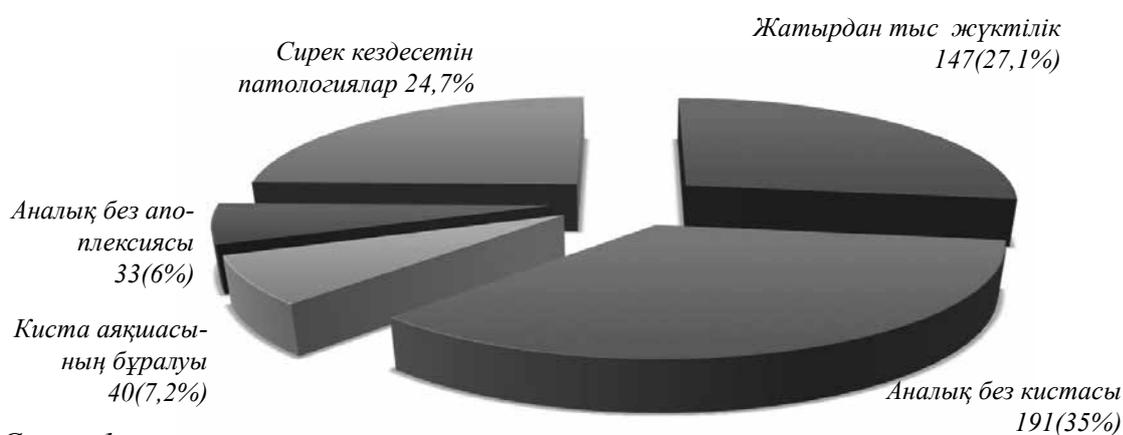
ТАҚЫРЫПТЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Диагностикалық лапароскопия мен лапароскопиялық хирургияның даму тарихы бүгінгі таңда ондаған жылдарға ұласуда. Эндовидеогинекология - бұл заманауи хирургиядағы сұранысқа толы және күннен күнге нұрланып келе жатқан үлкен бағыт. Әйелдерге арналған бұл емдік-диагностикалық әдіс оталық гинекологияның ішіндегі ең қауіпсізі. Тері кесулері, жарқаттанулар және қан шығыны болмай, отадан кейінгі айығу уақыты анағұрлым кемиді және экономикалық тиімді. Аталмыш әдіс гинекологиядағы өзекті мәселелерді шешіп, әйел жыныс жүйесінің ауруларын емдеуге үлесін қосуда (1). Гинекологияда әйел жыныс мүшелерінің қатерлі және қатерсіз ісіктерін, генитальді және экстрагенитальді эндометриозды, жатыр қосалқыларының түрлі қабыну ауруларын, түтіктік бедеулікті, гинекологиялық пластикалық оталарды жасауда электрохирургиялық технологиялар негізгі және қосалқы емдеу әдісі ретінде кеңінен қолданылуда (2). Эндовидеогинекология өзінің жетістіктерімен ота кезеңі мен отадан кейінгі кезеңнің сәтті өтетіндігін дәлелдеуі хирургиядағы маңызды мәселе. Заманауи технологияларды қолдану хирургтың ота кезіндегі барлық араласуларды қадағалап тұруға мүмкіндік береді.

Республикамыздың облыс орталықтары мен үлкен қалаларында болмаса, аудандар мен көп қалаларда эндовидеогинекологиялық тәсілмен ота жасалына бермейді. Кентау қалалық орталық ауруханасының хирургия бөлімінде, аталмыш әдіспен емдік шаралардың жүргізіліп жатқандығына 10 жылдан астам уақыт болды.

Кентау қалалық ауруханасында соңғы 5 жылдың ішіндегі эндовидеогинекологиялық тәсілмен емделген 412 науқас сырқатнамасына ретроспективтік талдау жасалынды. Нозологияның кездесу жиілігіне байланысты талдайтын болсақ (сурет-1):

Нозологияның кездесу жиілігіне байланысты талдау

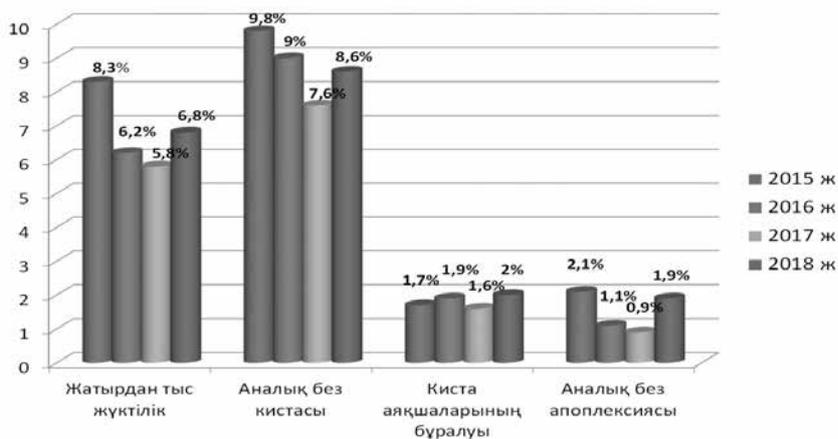


Сурет-1

Бірінші орында аналық без кистасы, екінші орында жатырдан тыс жүктілік, үшінші орында киста аяқтарының бұралуы, соңғы орында аналық без апоплексиясы анықталды. Сырқаттың жылдық көрсеткіштеріне байланысты талдайтын болсақ (сурет-2):

Сурет-2

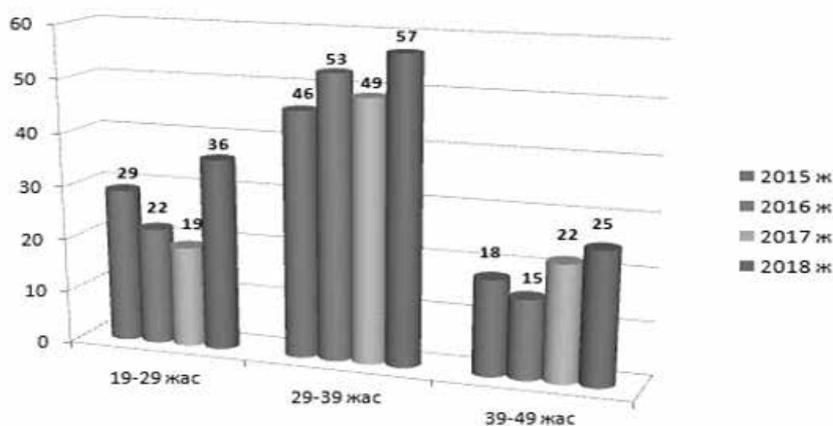
Нозологияның кездесу жиілігіне байланысты талдау



Барлық уақытта аналық без кистасы мен жатырдан тыс жүктілік жоғарғы деңгейде. 2017ж. аурушандық төмендеп, 2018ж. қайта жоғарылау үрдісі байқалады. Бұл 2018жылдың соңында шалғайдағы аудандардың Кентау қаласына қосылып халық санының артуымен түсіндіріледі. Зерттелуші науқастарды жасына байланысты талдау жасайтын болсақ (сурет-3):

Сурет-3

Жасына қарай іріктеу



29-39 жас аралығындағы әйелдерде аталмыш сырқаттарға шалдығу шыңына жеткендігі байқалады. Әдеби деректерге жүгінсек фертильді жастың ішіндегі 29-39 жас аралығындағы әйелдер гинекологиялық ауруларға жиі шалдығады.

Акушерлік- гинекологиялық анамнезін талдайтын болсақ, зерттелген әйелдердің 16% -да етеккір қызметінің бұзылысы, 23,2%-да дамымаған жүктілік, 12,8% -да үйреншікті түсік, 32,5% -да созылмалы инфекцияның кездесуі, 8,8% -да бедеулік, 9% -да патологиялық босанулар анықталды.

Эндовидеогинекологиялық оталардың қарқындылығы мен ретроспективтік зерттеу нәтижелері Кентау қаласы тұрғындарында аталмыш патологияның себебін тереңдетіп зерттеу қызығушылық танытты.

Біріншіден, Кентау қаласы өндірістік кәсіпорындарға бай қала болып саналған. Ащысай ачполиметалл комбинаты, шахталар, экскаватор, трансформатор зауыттары. Екіншіден, ғылыми зерттеулер мен әдеби деректерге жүгінсек, Кентау қаласында осы өндірістерден бөлінген ауыр метал тұздары – қорғасын, мырыш, кадмий, сынып ауа мен суда, топырақта белгіленген шектеулі концентрациялардан бірнеше есе жоғары екендігі анықталған. Атап айтсақ, ауыз

суында қорғасын 18 есе, мыс 6 есе, кадмий 4 есе жоғары екендігі анықталған. Үшіншіден, ауыр метал тұздары адам ағзасына ауа, су және азық-түліктер арқылы ене отырып ағзада, жүйелер мен мүшелерде морфофункционалдық дезинтеграцияларға, жергілікті имуниеттең төмендеп қабынудың дамуына, ол өз кезегінде репродуктивті қызметтің бұзылуына алып келеді (3).

Зерттеуіміздің барысында аналық без кистасы мен жатырдан тыс жүктілікке шалдыққан әйелдердің қан сары суын атомдық-абсорбциялық спектрофотометрия тәсілімен зерттеп төмендегі нәтижені анықтадық (кесте-1):

Кесте-1 Науқастардың қанындағы ауыр метал тұздарының деңгейі.

Аталуы	Ауыр метал тұздары (мг/кг)			
	Қорғасын	Мырыш	Кадмий	Мыс
Аналық без кистасы және жатырдан тыс жүктілік.	1,36	1,280	0,2	1,2
Қалыпты жағдайда.	0,25	6,2	0,006	1,0

ҚОРЫТЫНДЫ

1. Кентау қаласы орталық ауруханасында эндовидеогинекологияның тиімділігін, қолайлылығын және жоғарылау үрдісін анықтадық.

2. Аналық без кистасы мен жатырдан тыс жүктіліктің қала тұрғындарында жоғары жиілікте анықталатынын зерттедік.

3. Қаланың өндірістік қолайсыз ықпалдарының адам ағзасының репродуктивтік қызметіне кері әсер ететіндігі дәлелденді.

4. Эндовидеогинекологияны одан әрі тереңдетіп, тәжірибеге кеңінен қолдануды қолдау.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика, - М., - 2002.
2. Федоров А.В., Оловянный В.Е., Лапароскопическая хирургия в регионах России: проблемы и пути развития, - Хирургия, - 2011.
3. Молдалиев И.С., Течение гастродуоденальных язв и их лечение в условиях хронической интоксикации тяжелыми металлами, - Автореферат и диссертация по медицине (14.00.27)., - 1996.

