

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

АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ПЕРИНАТОЛОГИЯ

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ И ПЕРИНАТОЛОГИЯ

3(89) • 2022 г.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

*Главный редактор: заслуженный деятель Республики
Казахстан, д.м.н. профессор Н.А. Каюпова*
Заместитель главного редактора: к.м.н. А.Т. Терликбаева
Ответственный редактор: к.м.н. Д.Н. Салимбаева

Члены редакционной коллегии:

д.м.н. профессор Бапаева Г.Б.
д.м.н. профессор Доцанова А.М.
д.м.н. профессор Исенова С.Ш.
д.м.н. профессор Каюпова Л.С.
д.м.н. профессор Кудайбергенов Т.К.
д.м.н. профессор Курманова А.М.
д.м.н. профессор Мамедалиева Н.М.
д.м.н. профессор Святова Г.С.
к.м.н. Г.Г. Уразбаева
д.м.н. профессор Чувакова Т.К.

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 ПК «ПК Муравей»
г. Алматы, ул. Толе Би, 304, оф. 301
тел. +7 727 238 14 28, 238 14 29

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Члены редакционного совета:

к.м.н. Абдыкалыкова Б.И.
Phd Алтынбаева Г.Б.
Phd Амирбекова Ж.Т.
д.м.н. Базылбекова З.О.
д.м.н. Березина Г.М.
Карин Б.Т.
д.м.н. Кравцова Н.В.
Phd Күльбаева С.Н.
д.м.н. Султанова Ж.У.
Phd Танышева Г.А.
д.м.н. Шиканова С.Н.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ
ОБУЧЕНИЯ НЕОНАТОЛОГОВ КАЗАХСТАНА** 5

Джақсалықова К.К.¹, Чувақова Т.К.¹, Карин Б.Т.¹, Усманова У.У.²

¹НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,

²ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»,

г. Нур-Султан, Казахстан

**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ. ОЖИДАНИЕ И РЕАЛЬНОСТЬ** 7

Г.У. Ахмедьянова, Б.К. Жумажанова, Ю.В. Забродина

НАО «Медицинский университет Астана»,

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №8», г. Нур-Султан, Казахстан

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ОСНОВАНИИ
ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА В МОЧЕ** 10

Гайдай А.Н.^{1,2}, Тусупкалиев А.Б.^{1,2}, Гайдай А.Е.²

¹НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», ²ГКП

«Областной перинатальный центр» на ПХВ, г. Актобе, Казахстан

**ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КЕЙБІР ФУНКЦИЯЛАРЫН ТӘЖІРБИЕСІ КЕҢЕЙТІЛГЕН
МЕЙІРГЕРІНЕ БЕРУДІҢ ӨЗЕКТІ СҰРАҚТАРЫ** 12

Закирова Д.З.¹⁻³, Мамырбекова С.А.¹, Аязбеков А.К.²⁻³

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы қ.,

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

³ШЖҚ «№3 Облыстық перинаталдық орталық» МКК Түркістан қ., Қазақстан

**КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ SARS-COV-2 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ИСХОД ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА (случай из практики)** 15

Варзилов Т.И., Новик С.В., Сатов Д.Я., Кулбаева С.Н.

Городской перинатальный центр, АО Южно-Казахстанская медицинская академия,

г. Шымкент, Республика Казахстан

**ВЕДЕНИЕ РОДОВ МЕРТВЫМ ПЛОДОМ – КАК ЛУЧШЕ? РАЗЛИЧИЯ ВЗГЛЯДОВ
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И АНЕСТЕЗИОЛОГОВ РЕАНИМАТОЛОГОВ.** 18

А.К. Назарбаев, Ф.П. Куберская, М.Е. Балшамбаев, Ж.Н. Саркулова

ГКП на ПХВ «Областной Перинатальный Центр», г. Актобе, Республика Казахстан

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ 20

Г.Т. Нурғали, Р.И. Зевреев, А.Е. Аронова, Л.Е. Сапа

НАО «Западно Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», г.

Актобе, Республика Казахстан

COVID 19 ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛ КОАГУЛЯЦИЯЛЫҚ БАЙЛАНЫСҚА ӘСЕРІ	21
<i>Л.Е.Сапа, А.Е.Аронова, Г.Т.Нурғали, Р.И.Зевреев</i> <i>КеАҚ«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті»</i> <i>Ақтөбе қаласы, Қазақстан</i>	
ФОКАЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ (случай из практики)	22
<i>Р.Т.Тлеужан, М.С.Тажимаева, З.Р.Мусаметова, А.Б.Кесикбаева, А.Ж.Байларова</i> <i>Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г. Шымкент, Республика Казахстан</i>	
ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО АУДИТА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ЗА 2021 ГОД	25
<i>У.У. Усманова¹ Т.К. Чувакова² Б.Т. Карин³ К.К. Джақсалықова⁴</i> <i>¹ ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»,</i> <i>г. Нур-Султан, Республика Казахстан;</i> <i>² НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,</i> <i>г. Нур-Султан, Республика Казахстан;</i> <i>³ НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,</i> <i>г. Нур-Султан, Республика Казахстан;</i> <i>⁴ НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,</i> <i>г. Нур-Султан, Республика Казахстан.</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В РАЗРЕЗЕ 10 ЛЕТ	28
<i>С.Ю.Шиканова, А.Г.Джангалиева</i> <i>НАО «Западно Казахстанский медицинский университет им. М.Оспанова»,</i> <i>Областное управление здравоохранения Актыубинской области, г.Актобе, Казахстан</i>	
РАК ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН. СТАТИСТИКА, ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ И ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ	30
<i>Дюсембаева А.Ж.</i> <i>МЦ «Sunlife» г. Нур-Султан, Казахстан</i>	
BORN BY A REVOLUTION IN NEONATOLOGY. STABILIZATION OF PREMATURE CHILDREN BY THE METHOD (LISA) IN THE PERINATAL CENTER OF THE ZHAMBYL REGIONAL MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL	34
<i>Alimukhamedov U.R., Tolykbaev T.Zh., Asanova L.Kh., Khan L.M., Rustemov M.R.,</i> <i>Khudaibergenov Sh.A., Sultamuratova F.B., Alimukhamedova D.K.</i> <i>Zhambyl Regional Multidisciplinary Hospital, Taraz, the Republic of Kazakhstan</i>	

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ НЕОНАТОЛОГОВ КАЗАХСТАНА

Джақсалықова К.К.¹, Чувакова Т.К.¹, Карин Б.Т.¹, Усманова У.У.²
¹НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,
²ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»,
г. Нур-Султан, Казахстан

Актуальность. Снижение младенческой смертности является одним из приоритетных направлений социально ориентированной страны. С получением независимости Республика Казахстан проводит широкомасштабные мероприятия по снижению младенческой и неонатальной смертности. Но, несмотря на значительные успехи, положительную динамику по статистике смертности, результаты Конфиденциального аудита перинатальной смертности (КАПС) показывают наличие резервов, которые не требуют значительных финансовых вложений, но зависят от уровня знания, осведомленности медицинских работников о результатах последних исследований.

По оценкам КАПС неонатальная служба Казахстана требует внедрения различных методов и технологий для повышения качества оказываемой медицинской помощи новорожденным. Одним из этих инструментов стал разбор новейших научных исследований в формате журнального клуба. Онлайн журнальный клуб неонатологов Казахстана это информационное онлайн - пространство, целью которого является обсуждение зарубежных англоязычных научных статей, посвященных темам, которые актуальны для нашей страны.

Использование современных медиа технологий поможет изучить существующие на данном этапе развития здравоохранения распространенность субоптимальной помощи, что позволит учитывать эти данные при разработке клинических протоколов, руководств, рекомендации. Впервые в Казахстане изучается эффективность систематических совместных онлайн сессий с обсуждением результатов современных научных исследований на качество оказываемой медицинской помощи новорожденным детям.

Целью исследования явилось улучшение качества оказываемой медицинской помощи новорожденным и снижение неонатальной смертности через интеграцию результатов международных качественных научных исследований в ежедневную практику с помощью систематического совместного обсуждения с практическими врачами и резидентами в онлайн режиме.

Материалы исследования. Современные научные исследования из авторитетных научных изданий, в которых использованы количественные, качественные, информационно-аналитические методы статистического анализа, использование современных медиа технологий на еженедельной основе, анкет с обратной связью.

Методы исследования: учет количества участников, анализирование на основе обратной связи эффективности внедрения дистанционного обучения и удобства совместного использования.

Результаты. За 2021 год было проведено 34 сессии Онлайн журнального клуба неонатологов Казахстана. В среднем участвовало от 23 до 67 участников. Были разобраны исследования за 2016-2021 годы. Тематика подобрана по крупным разделам неонатальной терапии. Слушатели обновляют знания по тактике ведения пациентов, по углубленной дифференциации различных состояний, по механизмам развития заболеваний (из скорректированных последних исследований), что позволяет им постепенно совершенствовать свое мастерство в наблюдении, лечении новорожденных детей в отделении реанимации и выхаживания новорожденных.

Докладчики получают возможность улучшать свои навыки в публичном выступлении, подготовке интересного материала.

Выводы. Изучение, наблюдение за процессом внедрения дистанционного обучения врачей неонатологов продолжается. Из вышеизложенного следует отметить, что использование альтернативных способов обучения в современных условиях прокладывает путь к совершенствованию научно-исследовательской осведомленности врачей.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Unicef. Perinatal mortality audit North Macedonia 2019. North Macedonia 2019. pp. 3-20.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ. ОЖИДАНИЕ И РЕАЛЬНОСТЬ

*Г.У. Ахмедьянова, Б.К. Жумажанова, Ю.В. Забродина
НАО «Медицинский университет Астана»,
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №8», г. Нур-Султан, Казахстан*

Здоровье населения – самое главное сокровище государства. Женщина является главным гарантом непрерывности поколений. В связи с этим акушерско-гинекологическая служба направлена на обеспечение сохранения здоровья женщин, и в том числе репродуктивного здоровья, профилактику осложнений, связанных с беременностью и родами. Организация акушерско-гинекологической помощи в Казахстане ориентирована на обеспечение лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным.

Такие показатели репродуктивного здоровья, как материнская и младенческая смертность, в современных условиях рассматриваются в качестве ведущих критериев социально-экономического благополучия населения.

Целью данного исследования является изучение мультидисциплинарного подхода в оказании акушерско-гинекологической помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи с целью снижения показателей материнской и младенческой смертности.

В РК охрана материнства и детства является одной из актуальных задач общественного здравоохранения. Государственная программа развития здравоохранения на 2020-2025годы гарантирует доступность медицинских услуг и охват населения качественными медицинскими услугами на основе интегрированной системы здравоохранения. Разработка рациональной тактики ведения беременных с различной акушерской/перинатальной патологией, оптимизация ведения родов, способствует снижению материнской, перинатальной заболеваемости и смертности.

В последнее время получила абсолютно новая модель здравоохранения - 5П медицина, медицина будущего. 5П-медицина – это идеология, в фокусе которой находится индивидуальный подход к пациенту.

Свое название она получила от пяти основополагающих принципов:

- Предиктивная (предсказательная) медицина,
- Предупредительная (профилактическая) медицина,
- Партисипативная медицина (пациент-активный участник процесса, его обучают и ему помогают),
- Персонализированная (претизионная) медицина,
- Позитивная медицина.

Персонализация – индивидуальный подход к пациенту. Именно для персонализации используются новейшие научные разработки. Персонализированная медицина полностью основана на доказательных данных. Для персонализированного подхода необходимо учитывать все международные алгоритмы ведения пациентов, предысторию и аналогичные данные, их эффективность и необходимость внедрения дополнительных нововведений. Принципы персонализации и предсказательности применимы не только в фармакотерапии, но во всех прочих областях здравоохранения, в том числе в акушерстве и гинекологии.

Прегравидарная подготовка – обозначает комплекс мероприятия, направленных на обеспечение оптимальных условий для созревания яйцеклетки, ее имплантации, и раннего развития эмбриона.

Мультидисциплинарная команда – это группа специалистов, которые объединены решением одной задачи на совместно согласованных принципах. Она может включать в себя: акушера-гинеколога, врача общей практики или терапевта, медицинскую сестру, социального работника и медицинского психолога. В составе команды могут быть и фармацевт, диетолог, физиотерапевт, представители общественных организаций

Наличие мультидисциплинарной команды в поликлинике обеспечивает своевременное обследование беременных на ранних этапах наблюдения, необходимую госпитализацию в профильный стационар для верификации диагноза и решение вопроса по пролонгированию беременности или прерывание беременности при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии. Все вышеуказанное позволяет в условиях ПМСП этот вопрос решить быстро и своевременно, что отражается на качестве работы и проведении реабилитационно-профилактических мероприятий.

Важные элементы для эффективного управления в организациях ПМСП являются:

- 1) подготовленные специалисты;
- 2) знания пациентов и медперсонала о данном состоянии;
- 3) свободный доступ к врачам, подготовленным в соответствующей области медицины;

Пять ключевых элементов в командной работе:

- 1) определенные цели, которые должны быть конкретными, измеримыми и оперативными;
- 2) системы расположения, в том числе физического расположения членов команды и клинических организаций (например, порядок действия в наиболее распространенных ситуациях);
- 3) разделение труда, в том числе четкой постановки задач и определения роли каждого члена команды;
- 4) обучение членов команды своим функциям;
- 5) связь, в том числе вид связи (например, обмен мгновенными сообщениями и неформальные встречи лицом к лицу членов клинической команды) и процессов (например, обратная связь, разрешение конфликтов).

Мультидисциплинарная команда должна иметь:

- единый теоретический подход к лечению и оказанию социальной и иной помощи;
- взаимное уважение к профессиональной квалификации и клиническим суждениям других коллег;
- наличие обратной связи в любой момент времени;
- индивидуальную ответственность каждого специалиста;
- четкие критерии приема на лечение, выписки, частоты и интенсивности терапевтической поддержки на протяжении всей работы с пациентом;
- эффективную профессиональную и административную поддержку, (помещение для собраний, согласованное время регулярных собраний, материалы и оборудование для представления случаев, система регистрации решений, наличие председательствующего, профессиональное требование обязательного посещения собраний, наличие лечебных и реабилитационных протоколов, устанавливающих виды лечения и помощи пациентам).

Залог качества медицинской помощи – мультидисциплинарный модель ПМСП. Модель предназначена для содействия активному участию каждой профессиональной единицы в обеспечении качественного ухода. Она ориентирована на женщину, уважает цели и ценности женщин и их семьи, обеспечивает механизмы для постоянного общения между медицинским работником, оптимизирует участие медицинского работника в принятии клинических решений (в пределах и между дисциплинами) и воспитывает уважение к вкладу всех специалистов.

Реализация мультидисциплинарного подхода имеет четыре стратегических приоритета:

1. Подход, основанный на здоровье и благополучии матери, с целью обеспечения наилучшего начала жизни детей. Матери и семьи получают поддержку и возможность улучшать свое здоровье и благополучие;

2. Женщины имеют доступ к безопасному, высококвалифицированному, доступному, ориентированному на женщину уходу по беременности и родам;

3. Беременность и роды признаются нормальным физиологическим процессом, насколько он может быть безопасным, с оценкой рисков для выбора места родоразрешения, учитывая желание женщины;

4. Родильные службы получают достаточные ресурсы, опираясь на сильное и эффективное руководство, механизмы управления, осуществляемые квалифицированной и компетентной работой специалистов, в партнерстве с женщинами.

Таким образом, залог охраны здоровья женщин – сотрудничество. В идеале, модель сотрудничества развивается в региональную систему интегрированного первичного ухода за материнством. Считается, что качественная помощь пациентам достигается путем совместного вклада врачей разных специальностей, среднего и младшего медицинского персонала. Настоящая совместная практика не имеет иерархии. Вклад каждого участника основан на знаниях или опыте, внедренных в практику.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ОСНОВАНИИ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА В МОЧЕ

Гайдай А.Н.^{1,2}, Тусупкалиев А.Б.^{1,2}, Гайдай А.Е.²

¹НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», ²ГКП «Областной перинатальный центр» на ПХВ, г. Актобе, Казахстан

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) занимает одно из ведущих мест в структуре причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Осложнения, развивающиеся в следствии ПЭ могут носить фатальный характер как для матери, так и для плода. В некоторых современных исследованиях указывается на возможность прогнозирования преэклампсии на основании сывороточных лабораторных показателей таких как: плацентарный фактор роста (PLGF), ассоциированный с беременностью плазменный протеин-А (PAPP-A), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), интерлейкин-6 (IL-6), растворимая фмс-подобная тирозинкиназа-1 (sFlt-1), оксид азота (NO), азот-синтаза (NOS). Однако для применения сывороточных маркеров ПЭ требуется сложное оборудование и высококвалифицированный персонал, что считается ограничивающим фактором в сельской местности или районах с ограниченными техническими и медицинскими ресурсами. Альтернативный подход к прогнозированию ПЭ с использованием PLGF может иметь большее значение для регионов с ограниченными ресурсами, что соответствует текущим практическим рекомендациям Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO) по преэклампсии.

Цель исследования. Оценить роль плацентарного фактора роста в моче в качестве прогностического маркера ПЭ.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования представлен одноцентровым проспективным когортным исследованием, который был одобрен Локальным этическим комитетом (протокол №20 11.09.2017 года) и Областным управлением здравоохранения Актыбинской области (протокол №1-7-18/1326 от 05.03.2018 года). Исследование зарегистрировано в Национальном Центре Государственной Научно-Технической Экспертизы Республики Казахстан (0119РКИ0262) и проведено с марта 2018 по ноябрь 2019 года. Все исследуемые были информированы о сути и методах исследования и подписали добровольное информированное согласие. Исследуемые находились под наблюдением с первого триместра беременности (10-14 недель) и до 42 дней послеродового периода, проживали на территории Актыбинской области, были в возрасте от 18 до 40 лет, с одноплодной беременностью, не имели известных факторов ПЭ, рекомендованных для оценки International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). ПЭ была идентифицирована согласно рекомендациям ISSHP, как уровень систолического артериального давления ≥ 140 мм.рт.ст. и/или диастолического артериального давления ≥ 90 мм.рт.ст., измеренное с интервалом в 30 минут, с помощью сфигмоманометра после 20 недель беременности в сочетании с протеинурий $\geq 0,3$ г/л в разовой или суточной порциях мочи. Определение уровня PLGF в моче: проводился забор утренней средней порции мочи в стерильный контейнер (GlobalRoll, Китай). После чего проведен иммуноферментный анализ, с помощью полуавтоматического микропланшетного ридера Dialab ELX808IU (Dialab, Австрия) фотометрическим методом, с использованием реактивов для научных исследований Human Placental Growth Factor ELISA Kit (Sigma Aldrich, Германия). Концентрации белка, измеренная в пг/мл, была рассчитана по данным оптической плотности с использованием метода стандартной кривой, рекомендуемой производителем реактивов (Sigma Aldrich, Германия). Статистический анализ: данные исследования обработаны программами статистической обработки Statistica 12.0 (StatSoft Inc.). Вид распределения данных определен тестом Shapiro-Wilk's. Для количественных данных определены Me (25-75

IQR). Для оценки статистической значимости независимых переменных проведен Mann-Whitney тест. Для качественных данных определены доли (%), для оценки статистической значимости использован критерий χ^2 с Yates коррекцией или двусторонний тест Fisher. Для определения прогностической ценности использован ROC-анализ, проведенный программой статистической обработки Med Calc (Med Calc Software), с оценкой показателей AUC, уровня отсечки (cut-off), чувствительности (Se) и специфичности (Sp), определены Youden индекс (J), отношение положительно (+LR) и отрицательного (-LR) правдоподобия, диагностическое отношение шансов (DOR). На основании уровня отсечки PLGF для каждой группы определены относительный (RR). Оценка статистической значимости была принята как $p < 0,05$.

Результаты. Всего в исследование включено 288 беременные женщины. Из 288 исследуемых в 5,2% ($n=15$) случаях беременность осложнилась ПЭ (Группа «ПЭ»), а в 94,8% ($n=273$) исследуемые были нормотензивными (Группа «Нормотензия»). Не было выявлено статистических различий ($p > 0,05$) в группах по возраст, числу предыдущих родов, абортот или выкидышей, индексу массы тела, гестационному возрасту на начало участия в исследовании. Однако, в группах были выявлены значимые различия по гестационному возрасту на момент родов ($p < 0,05$), что вероятно связано с досрочной индукцией родов при ПЭ.

Средняя концентрация PLGF в моче у беременных с ПЭ составила 7,17 (5,33-19,9) пг/мл и была статистически значимо ниже в сравнении с нормотензивными беременными 21,53 (14,8-36,4) пг/мл $p=0,001$. ROC-анализ выявил оптимальный уровень отсечки концентраций мочевого PLGF, для прогнозирования ПЭ $\leq 10,8$ пг/мл, при AUC 0,794 (0,743-0,839) $p < 0,0001$, Se 66,7%, Sp 87,6%, J = 0,542, +LR 5,35 (3,3-8,6), -LR 0,38 (0,2-0,8), DOR 14,1.

После оценки оптимальных уровней отсечки (cut-off) для мочевого PLGF, исследуемые были разделены на группы: \leq уровня отсечки ($n=45$) и $>$ уровня отсечки ($n=243$), после чего был определен относительный риск развития ПЭ, который показал, что при концентрации PLGF в моче $\leq 10,8$ пг/мл в первом триместре беременности RR составляет 10,8 (10/35 vs 5/238), $p < 0,001$.

Выводы. Результаты исследования предполагают, что определение в первом триместре беременности PLGF в моче может использоваться в качестве предиктора преэклампсии. Наши результаты показывают, что определение PLGF в моче может широко использоваться для прогнозирования ПЭ в регионах с ограниченными техническими и медицинскими ресурсами.

УДК 614.23

ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КЕЙБІР ФУНКЦИЯЛАРЫН ТӘЖІРБИЕСІ КЕҢЕЙТІЛГЕН МЕЙІРГЕРІНЕ БЕРУДІҢ ӨЗЕКТІ СҰРАҚТАРЫ

Закирова Д.З.¹⁻³, Мамырбекова С.А.¹, Аязбеков А.К.²⁻³

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы қ.,

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

³ШЖҚ «№3 Облыстық перинаталдық орталық» МКК Түркістан қ., Қазақстан

Аннотация. Осы мақалада перинаталдық орталықтың кеңейтілген практика мейіргеріне дәрігердің функциясын берудің негізгі құрылымдық және функционалдық элементтері келтірілген. Сонымен қатар осы жаңашылдықты одан әрі іске асыру процесі, оған көшу жолдары көрсетілген. Бұл ең алдымен халыққа көрсетілетін медициналық көмектің тиімділігін арттыруға бағытталған. Атап айтқанда, дәрігерді қағазбастылықтан арылтады, ем алушының денсаулық жағдайын жете бақылауға алуға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер. Құзыреттер, функцияларды беру, перинаталдық орталық, дәрігер, кеңейтілген практиканың мейіргері.

Өзектілігі.

Елдегі әлеуметтік-экономикалық және саяси өзгерістер денсаулық сақтау жүйесіне тікелей әсерін тигізбей қоймады. Медициналық ұйымдардың, атап айтқанда, перинаталды қызметтердің жұмысына әсер ететін қазіргі жағдайға тән ішкі және сыртқы факторлар мыналар:

- денсаулық сақтау жүйесінде шаруашылық қызмет субъектілері арасында нарықтық қатынастардың пайда болуы;
- әртүрлі меншік нысанындағы емдеу-профилактикалық мекемелері арасындағы бәсекелестіктің күшеюі;
- тұтынушылардың, сақтандыру компанияларының тарапынан көрсетілетін медициналық қызмет сапасына қойылатын талаптардың өсуі;
- кадрлардың тұрақсыздығы (мейіргер кадрларының тапшылығы);
- мейіргерлердің өзін-өзі жетілдіру қажеттілігі;
- мейіргер ісін реформалау бағдарламасының пайда болуы;
- қазіргі заманғы технологиялардың енгізілуі болып табылады.

Мәселен, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қарашадағы № ҚР ДСМ-199/2020 «Мейіргерлік күтім көрсету қағидаларын бекіту туралы» бұйрығына сәйкес «кеңейтілген практика мейіргері – мейіргерлік күтім шеңберінде кеңейтілген функцияларды жүзеге асыратын мейіргер ісі саласындағы орта білімнен кейінгі немесе жоғары білімі бар маман» [1].

ҚР ДСМ № ҚР ДСМ-305/2020 бұйрығымен (84-т.) кеңейтілген практика мейіргерінің үлгілік лауазымдық міндеттері белгіленген; олар қауіпсіз аурухана ортасының ұйымдастырылуын және инфекциялық бақылауды, емхана мен аурухана деңгейінде денсаулық сақтаудың мамандандырылған салаларына белгіленген мейіргерлік араласулар тиімділігін бағалайды, науқастарға және де отбасы мүшелеріне жалпы күтім жасау және ауруды басқару тиімділігін мониторингілейді, емдік -профилактикалық мекемеде дәрілік заттарды, қан препараттарын және қан алмастырғыштарды есепке алуды және сақтауды сонымен қатар есепке алу мейіргерлік құжаттаманы жүргізуді қамтамасыз етеді [2].

Осыған орай, бүгінгі күні жалпы медицина қызметкерлерінен заманауи техниканы кәсіби тұрғыда меңгеру талап етіледі. Медицина персоналын инновациялық технологияларға оқыту көптеген емдеу мекемелері, атап айтқанда, республиканың перинаталдық қызметтері үшін жұмыс істеудің міндетті шарты болып табылады. Бұл уақытты үнемдеуге ғана емес, сонымен

қатар халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасын арттырады. Сондықтан ең алдымен кадрларды осы технологияларды қолдана білуге даярлау қажет.

Мейіргерлердің кәсіби функционал аясын кеңейту, өкілеттікті беру дәрігерлердің, ауыр науқастарды емдеуде, адам өміріне аса маңызды міндеттерді шешуде уақытты ұтуға септігін тигізері сөзсіз. Бұдан басқа, аталған функцияны беру қызметкерлердің командалық рухын және мотивациясын нығайтады, қызметкерлердің әлеуетін ашуға, олардың дамуына ықпал етеді, ол үшін алдымен әрине қай функция берілуі керек, қайсысы қалуы тиіс екенін алдын ала зерделеу қажет.

Мысалы, арнайы дағды мен білімді қажет етпейтін, нәтижеге қатты әсері жоқ, бірақ жиі қайталанып, көп уақытты талап ететін: графиктерді толтыру, бланкілерге басып шығару, журналдарды тігу және беттерді нөмірлеу, бөлу, ақпарат жинау, талдау және сөрелерге қою және тағы басқа, күнделікті жұмыстарды мейіргерлер құзыреттілігіне қалдыруға болады. Сондай-ақ мамандандырылған (әсіресе тар бағытқа) профильге: жүктілік мерзімін белгілеу, жүкті әйелдің денсаулық жағдайын бағалау, мүмкін болатын бұзушылықтарды анықтау және физиологиялық босануды жүргізу, сыртқы акушерлік зерттеу, босану кезеңі мен ұрықтың жағдайын, жатыр мойнының жетілу дәрежесін анықтау тәрізді бекітілген бір функционал тізбегін мейіргерлердің құзіретіне жатқызуға болады.

1 кестеде көрінгендей соңғы 5 жыл көлемінде №3 Облыстық перинаталдық орталықта қабылданған босану саны 2017 жыл мен 2021 жыл арасында соңғы 5 жылдыққа босану саны 3400-ге өскен, пайыздық мөлшермен шаққанда босану 30% ұлғайған. Аталған жүктемелер дәрігерлік персонал арасында шаршау, эмоциональді күйзеліс сияқты факторлар перинаталды қызметтің тиімділігіне теріс әсер етеді. Бұдан басқа, мақалада ең басты проблеманың бірі дәрігерлер жүктемесіне назар аударту болып отыр. Осыған байланысты, дәрігердің кейбір функцияларын кеңейтілген практика мейіргерлеріне беру аса қажет. Осы кестеде келтірілген статистикалық деректер нәтижесіне сүйенсек акушер-гинеколог, неонатолог, анестезиолог-реаниматолог дәрігерлердің жұмыс ауқымы жүктемесін 5 жыл көлемінде артқанын байқауға болады. Осы тұста дәрігерлерге түсетін жүктемелерді кеңейтілген практика мейіргерлерінің потенциалын және резервтерін қолдану біздің ойымызша өте орынды және ұтымды оңтайландыру болып табылады [3].

Кесте 1. Перинаталдық орталықта 1 жыл ішінде 1 маманға түскен жүктемені жылдар бойындағы статистикалық салыстырмасы.

Көрсеткіштер	2017	2018	2019	2020	2021
Жалпы босану	7986	7373	7545	9755	11393
Кесар тілігі	1706	1836	1688	1820	2124
Босану санын 1 акушер-гинекологқа шаққандағы	380	368	359	443	455
Тірі туылған нәрестелер санын 1 неонатологқа шаққандағы	1003	1233	1093	979	1105
Емделгендер саны 1 анестезиолог-реаниматологқа шаққандағы	543	578	560	390	406

Мейіргер бакалавр функциясы «дәстүрлі» мейіргерлерге қарағанда, қазіргі таңдағы актуалды заңды құжаттармен бекітілген қызметтік құзіреттері кеңейтілген, дегенмен мейіргерлердің міндеттері «автоматты түрде» дәрігердің берген медициналық нұсқауларын орындаумен ғана шектелмейді, жеке дара маман ретінде қалыптасуы жөн. Мейіргерлер кез келген емдеу

сатысында бірін-бірі алмастыру мәртебесіне және жоғары кәсібилікке ие, сондай-ақ емдеу қызметінің кез келген түріне қатыса алады. Осыған байланысты, перинаталдық қызметте дәрігер функцияларын кеңейтілген практика мейіргерлеріне беру тиімді, әрі нәтижелі болады [4].

Қорыта айтқанда, дәрігерлердің функциясын кеңейтілген практикадағы мейіргерлерге беру – бүгінгі заман талабы. Дәрігердің негізгі міндетін тиімді, сапалы орындауы үшін артық функциялардан арылтатын кез келді. Өйткені бұл алдымен ана мен бала өмірі үшін аса қажет екенін түсіну керек. Әр науқастың тарихын, денсаулығының ерекшелігін зерттеу мүмкіндігі болғанда ғана ем-шара тиімді болмақ. Сондықтан мейіргерлерге берілетін функция медицина саласындағы дәрігерлер жұмысын оңтайландыруға септігін тигізеді.

Өз кезегінде мейіргерлердің де қызметіне деген ынталары артып, бәсекеге қабілетті маман иесі екенін сезіне түседі. Мейіргердің алдына қойылатын жауапты міндеттер оның кәсіби тұрғыда өсуіне де ықпал етеді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қарашадағы № ҚР ДСМ-199/2020 бұйрығы Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 25 қарашада № 21674 болып тіркелді. «Мейіргерлік күтім көрсету қағидаларын бекіту туралы»

2. «Денсаулық сақтау саласындағы мамандықтар мен мамандандырулар номенклатурасын, денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының номенклатурасы мен біліктілік сипаттамаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-305/2020 бұйрығы.

3. «Денсаулық сақтау жүйесінің кейбір салаларындағы азаматтық қызметшілер лауазымдарының тізілімін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 желтоқсандағы №1043 бұйрығы.

4. Огнева, Е.Ю. «Эффективность в системе здравоохранения» / Е. Ю. Огнева // Емдеу мекемесінің экономисі. - 2017. - № 7. - С. 44-46.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ SARS-COV-2 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИСХОД ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*Варзилов Т.И., Новик С.В., Сатов Д.Я., Кулбаева С.Н.
Городской перинатальный центр,
АО Южно-Казахстанская медицинская академия,
г. Шымкент, Республика Казахстан*

Актуальность. Американские центры по контролю и профилактике заболеваний заявляют, что, хотя госпитализация в отделение интенсивной терапии беременной пациентки, пораженной COVID-19, выше, чем у небеременной, уровень смертности аналогичен другим небеременным пациенткам. Поскольку имеются доказательства того, что COVID-19 влияет на факторы свертывания крови, он потенциально может оказать неблагоприятное воздействие на беременность, особенно с учетом присущей беременности гиперкоагуляции. Был проведен систематический обзор опубликованных отчетов о COVID-19, в которых сообщалось о более высоких показателях преждевременных родов, преэклампсии и перинатальной смертности. Отсутствие данных о самопроизвольных абортах из-за COVID-19 в первом триместре не позволяет получить убедительные доказательства воздействия этой инфекции на ранних сроках беременности. Широкий спектр симптомов COVID-19, высокая частота бессимптомных форм и низкая точность анализа мазка из носоглотки были основными препятствиями для понимания распространенности его инфекции и воздействия на беременную женщину и плод. Хотя мы знаем, что многие вирусные инфекции вредны для плода в течение первого триместра беременности, каково влияние COVID-19 на плод первого триместра, пока неизвестно. Нет никаких доказательств вертикальной передачи инфекции SARS-CoV-2, когда инфекция проявляется в течение третьего триместра беременности.

Цель исследования. Описания клинического случая, которое имело место в Городском перинатальном центре города Шымкент.

Материалы и методы исследования. В Городском перинатальном центре города Шымкент была госпитализирована беременная женщина с перенесшим тяжелую форму SARS-CoV-2, которая для матери и плода закончилась благоприятным исходом.

Результаты исследования. 02.02.2022 г. 13:10. Поступила повторно беременная, с перенесенным сроком беременности по portalу. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза: 07.12.21г Осмотрена в КДБ: Д/з: 10/6 Беременность 33 недель 2 дня. МРЖ. ОГАА. Постковидный синдром. Хронический бронхит средней степени тяжести, Дыхательная недостаточность 0 ст. СПО от 28.09.2021. Лапаратомия по поводу межмышечной гематомы передней брюшной стенки. Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности. Алиментарное ожирение 1 ст. Ожирение 2 степени (ИМТ-32). Рек/но: Роды в НЦАГиП г.Алматы для оказания ВСПП. Из анамнеза находилась в инфекционной больнице Городском инфекционном центре Асар с 09.09.2021 по 17.09.2021 в ОАРИТ с диагнозом: «Коронавирусная инфекция, подтвержденный случай. Ковид 19, Осложненный пневмонией. КТ 4 ДН 3 Беременность 21-22 недель. 17.09.2021г. переведена в Центр сердца г.Шымкент для ЭКМО с диагнозом КВИ подтвержденный случай КОВИД 19 осложненный пневмонией, КТ 4 ДН 3, Беременность 23-24 недель Осложненный ОССН, Септический шок.

27.09.2021 Снята с аппарата ЭКМО переведена в ГИЦ Асар. 28.09.2021 произведена операция Лапаратомия по поводу межмышечной гематомы передней брюшной стенки. 29.09.2021г.

– 26.10.2021г. – ГИБ, выписана с улучшением. После выписки принимала пульмикорт. Консультация эндокринолога от 29.11.2021: Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности. Алиментарное ожирение 1 ст. Беременность 32 недель. Консультация пульмонолога от 29.11.2021г: Постковидный синдром. Хр. бронхит. средней степени тяжести, ДН 0 ст. СПО от 28.09.2021.Лапаратомия по поводу межмышечной гематомы передней брюшной стенки. Консультация кардиолога от 29.11.2021: Постковидный синдром. Хр. бронхит, средней степени тяжести, ДН 0 ст. СПО от 28.09.2021.Лапаратомия по поводу межмышечной гематомы передней брюшной стенки. Из анамнеза жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: туберкулез-отрицает, кожные и венерологические заболевания- отрицает. Вирусный гепатит – «А» в детстве. ДТП и травмы головы отрицает. Перенесенные операции- в 2021 Лапаротомия по поводу межмышечной гематомы передней брюшной стенки. Гемотрансфузии в 2021 8 доз. Вредные привычки-отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 16 лет, по 4-5 дней, регулярные, необильные, безболезненные, установились сразу, через 28 дней. Последние mensis: 15.04.21г. В браке состоит. Беременностей-1. Гинекологические заболевания: отрицает. Данная беременность – 10, предстоят – 6 роды. Эпид.анамнез: Со слов: В течение 1 года укусов животных не отмечает. В течение 21 дня контакт с инфекционными больными отрицает, в течение 14 дней укуса клеща не было, стул оформленный, регулярный в течение 21 дня.

Аллергология на Ампициллин, гентамицин. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Головной боли нет. Сознание и зрение ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Т тела 36.4С. Гиперстенического типа. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ритм правильный. Сатурация 97 %. Пульс 94 в мин. АД 110/70, 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет беременности. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный, регулярный. Status Localis: на передней брюшной стенке определяется нижнесрединный послеоперационный рубец, безболезненный, заживление первичным натяжением, не спаянный с подлежащими тканями, симптом «ниши» отрицательный. Акушерский статус: Матка с четкими контурами, без локальной болезненности, родовой деятельности нет. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд в мин. 02.02.2022 16:00 Консилиум в составе врачей. Лабораторные данные: 02.02.2022 15:50 ОАК (6 параметров) на анализаторе гематокрит (НСТ) в крови - 36,70000%; моноциты - 5,00000 %; лимфоциты - 27,60000 %; тромбоциты - 212,00000 /л; эритроциты - 4,00000 /л; лейкоциты - 9,40000 /л; гемоглобин - 131,00000 г/л; УЗДГ сосудов плода (02.02.2022 14:28) Заключение:Нарушение МППК не выявлено. Косое положение плода. Диагноз: 10/6 Беременность 41 недель 3 дня. Постковидный синдром. Хр бронхит., средней степени тяжести, ДН 0 ст. СПО от 28.09.2021г (Лапаратомия по поводу межмышечной гематомы передней брюшной стенки). Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности. Ожирение 1 ст (ИМТ-32). План ведения беременности: Наблюдение: Контроль АД, Пульс, Т – тела, ЧСС плода. КТГ мониторинг. План ведения родов: Решением консилиума учитывая перенесенный срок беременности, незрелую шейку матки – 03.02.22г в 06:00 начать индукцию родов простагландинами табл. Мизопростол 200мг разведенного в 200мл воды, по 25мл внутрь, каждые 2 часа, в кол-ве 8 доз. С началом родовой деятельности, роды начать вести консервативно, с подготовленными теплыми пеленками, в присутствии врача неонатолога. III период родов вести активно. При присоединение акушерской патологии или угрожающее состояние плода роды закончит оперативным путем в экстренном порядке.

04.02.2022г. 10:50 произошли индуцированные роды в срок живым доношенным плодом мужского пола, с оценкой по шкале Апгар 7 и 8 баллов. С целью профилактики раннего послеродового кровотечения сделано р/р Пабал 100мкг в/в струйно. Контроль тонуса матки,

матка плотная. Выделения из половых путей умеренные кровянистые. Кровопотеря составила 200,0мл Осмотрены родовые пути – целы. Состояние стабильное, средней степени тяжести. Головной боли нет. Зрение ясное. Диагноз: 10 Беременность 41 недель 3 дня. 6 Индуцированные роды в срок. Постковидный синдром. Хр бронхит, средней степени тяжести, ДН 0 ст. СПО от 28.09.2021г (Лапаротомия по поводу межмышечной гематомы передней брюшной стенки). Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности. Ожирение 1 ст (ИМТ-32). Индукция родов медикаментозными средствами(мизопростол). 05.02.2022г. 11:00 На флюорографии №_601В легких без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок по сетчато-петлистому типу. Корни уплотнены, структурные. Синусы свободные. Тень средостения не смещена, тень сердца и аорты без изменений. Без патологии. 07.02.2022 10:19 Родильница категорический отказывается от дальнейшего нахождения и дальнейшего лечения в родильном доме, настаивает на выписку по семейным обстоятельствам. Проведены разъяснительные беседы. Предупреждена и ознакомлена о возможных осложнениях. Взята расписка. По настоятельной просьбе выписана в удовлетворительном состоянии домой после родов вместе с ребенком. Лечебные и трудовые рекомендации.

Выводы. Беременные женщины менее толерантны к респираторным патогенам, вероятно, поэтому они могут быть более восприимчивы к инфекции COVID-19. Кроме того, из-за характерной иммунологической перестройки во время беременности и потенциальных рисков от цитокиновой атаки при инфекции COVID-19 беременные женщины могут столкнуться с тяжелым течением болезни и даже летальным исходом. Врачи акушеры-гинекологи всего мира практически ежедневно сталкиваются с особенностями течения беременности и родов у женщин, зараженных различными штаммами нового коронавируса. Это требует повышенного внимания медицинского персонала к данной категории пациентов, соблюдения актуальных методических рекомендаций, своевременного анализа имеющихся данных и разработки правильной тактики ведения беременности и родов у каждой конкретной женщины.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ МЕРТВЫМ ПЛОДОМ – КАК ЛУЧШЕ? РАЗЛИЧИЯ ВЗГЛЯДОВ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И АНЕСТЕЗИОЛОГОВ РЕАНИМАТОЛОГОВ.

*А.К. Назарбаев, Ф.П. Куберская, М.Е. Балшамбаев, Ж.Н. Саркулова
ГКП на ПХВ «Областной Перинатальный Центр»,
г. Актобе, Республика Казахстан*

Актуальность. По данным UNICEF за последние 14 лет в Республике Казахстан темпы снижения мертворождаемости (коды МКБ-10: Q00–Q99, P05, P08, P20, P35, P37, P39, P 50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P75, P77, P83, P95) не столь оптимистичны, как хотелось бы, составляя 10,7‰ в 2008 г. и 9,3‰ в 2015 г. По данным зарубежных авторов, показатель мертворождения в США оценивается приблизительно в 3,05 на 1000 рождений. Несмотря на то что в нашей стране показатель мертворождаемости в три раза превышает данный показатель в США, отечественные клинические рекомендации отсутствуют. Поскольку оказание медицинской помощи в ситуации мертворождения подразумевает анестезиологическое обеспечение, необходима разработка согласованных междисциплинарных документов. Для определения степени консенсуса по данному вопросу между специалистами в области акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии было инициировано проведение данного исследования. Работа проведена с помощью материалов и методов подобного исследования, проведенного в г. Саратов Ю.С. Мысовской, Д.В. Маршаловым и др.

Цель исследования. Проведение анализа результатов опроса специалистов акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов родильных домов города Актобе по вопросам оказания медицинской помощи пациенткам с мертвым плодом.

Материалы и методы исследования. Был использован опросник, состоящий из 23 вопросов на русском языке. Он был создан авторами исследования, проведенного в г. Саратов Ю.С. Мысовской, Д.В. Маршаловым и др.

Опрос был размещен на интернет-ресурсе Google-формы (<https://forms.gle/GnGD1HKFqPJzoHZ58>). Ссылки на данный опрос были приведены на закрытых тематических интернет-ресурсах для анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов, работающих в учреждениях родовспоможения города Актобе. Респондентам было предложено пройти онлайн-опрос. Заполнение анкет было добровольным и анонимным. Проводилась фиксация уникальности IP-адреса, что позволило избежать дубликата ответов одного и того же пользователя.

Результаты исследования. Всего в опросе приняли участие 47 русскоязычных врачей анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов из трех стационаров города Актобе, оказывающих медицинскую помощь в области родовспоможения. Среди участников опроса 25,5 % ($n = 12$) составили анестезиологи-реаниматологи, 74,5 % ($n = 35$) — акушеры-гинекологи. Среди анестезиологов-реаниматологов преобладали мужчины ($n = 9$; 75 %), а подавляющую часть акушеров-гинекологов составляли женщины ($n = 31$; 88,6 %). Интересным остается факт, что анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи не достигли единогласия в вопросе об оптимальном методе анальгезии. В группе акушеров-гинекологов отмечается равное соотношение применения эпидуральной анальгезии и отсутствия необходимости в обезболивании родов мертвым плодом по 45,7% опрошенных (по 16 респондентов). В то время как в группе анестезиологов-реаниматологов большинство поддерживают применение эпидуральной анальгезии во время родов мертвым плодом ($n=8$; 66,7%). Респонденты проявили

единодушие в вопросе об оптимальности тактики оказания анестезиологического обеспечения при родах мертвым плодом в собственных медицинских учреждениях. Так, 42,1 % ($n = 16$) опрошенных говорят об отсутствии единых подходов анестезиологического сопровождения родов мертвым плодом в их лечебном учреждении.

21,1% ($n = 8$) считают, что методика анестезиологического сопровождения родов пациенток с мертворождением, принятая в их лечебном учреждении, оптимальна, 10,5 % ($n = 4$) — так не считают. Более половины анестезиологов-реаниматологов ($n = 25$; 71,4 %) и акушеров-гинекологов ($n = 10$; 83,3 %) считают, что наиболее часто в послеродовом периоде у пациенток с мертворождением могут возникать психологические нарушения. Абсолютное большинство опрошенных в обеих группах считают, что пациентка не должна находиться в общей палате с другими родильницами до выписки из стационара ($n = 46$; 97,9%).

Что касается мнений о необходимости создания клинических рекомендаций и протоколов лечения, регламентирующих оказание медицинской помощи пациенткам с мертворождением, ответы респондентов в обеих группах практически полностью совпадают; 97,1% акушеров-гинекологов и 83,3% анестезиологов-реаниматологов считают это необходимым. Та же ситуация отмечается в вопросе о создании тренингов и курсов, направленных на обучение правилам коммуникации с пациентками, перенесшими потерю плода: 91,4% акушеров-гинекологов ($n = 32$) и 100% анестезиологов-реаниматологов ($n = 12$) считают необходимым создание и проведение подобных мероприятий.

Выводы. Для создания новых клинических рекомендаций необходимы дополнительные данные, в том числе учитывающие национальный менталитет и мнение самих пациенток, перенесших перинатальную утрату. Также считаем необходимым проведение подобного исследования с возможными изменениями с увеличением количества респондентов (особенно учитывая разницу в количестве акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов, работающих в области родовспоможения) по всем уровням организации медицинской помощи в данной области по Республике Казахстан для обсуждения возможных подходов к улучшению ситуации с мертворождаемостью в стране.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Г.Т. Нургали, Р.И. Зевреев, А.Е. Аронова, Л.Е. Сапа

*НАО «Западно Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», г.
Актобе, Республика Казахстан*

Актуальность. В 2019-2021 годах коронавирусная инфекция приобрела актуальность как возбудитель внебольничной пневмонии с «атипичным» течением. Эта вспышка пневмонии коронавирусной болезни 2019 года (COVID-19), вызванная тяжелым острым респираторным синдромом коронавирус 2 (SARS-CoV-2), была объявлена пандемией [1]. Приблизительно 80% инфекций в COVID-19 протекают в легкой или бессимптомной форме; 15% являются тяжелыми, требующими дополнительного кислорода; и 5% являются критическими, требующими механической вентиляции легких [2].

Цель исследования. Изучить исходы беременности у женщин с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ истории родов у беременных, перенесших коронавирусную инфекцию и находившихся на лечении в инфекционном стационаре АМЦ в период с апреля по сентябрь 2021 года (6 месяцев). Всего проанализировано 400 случаев. При обработке и анализе материалов применялись математические и статистические методы. По результатам исследования составлена база данных в программе Microsoft Excel. Анализ данных проводился вручную.

Результаты и обсуждение. Все исследуемые женщины - 100% (400) госпитализированы с коронавирусной инфекцией COVID-19. Из них произошли роды у 54,3% (217) женщин, выписаны с пролонгированной беременностью 45,7% (183) беременных. Возрастной спектр составил: до 20 лет – 6,7% (27), 21-30 лет - 58,5% (234), 31-40 лет - 23,5% (94) и старше 40 лет - 11,3% (45) случаев. В зависимости от паритета беременные распределились: первородящие составили - 30,3% (121); повторнородящие – 53% (212) и многорожавшие – 16,7% (67) женщин. Среди всех поступивших диагностированы следующие осложнения: пневмония без дыхательной недостаточности (ДН) – в 56,5% (224) случаев, при чем у 104 (26%) женщин с пневмонией имелась ДН 2-3 степени, а также антенатальная гибель плода в 1% (4), гипертензивные состояния – в 3,75% (15), анемии - в 22,3% (89), варикозное расширение вен - в 5% (20) случаев. В 37% (148) случаев имелось несколько осложнений одновременно. Срок гестации на момент родоразрешения составил: до 34 недель - у 3,2% (7), до 37 недель - у 8,3% (18), до 41 недель – у 80,2% (174), свыше 41 недель – у 8,3% (18) женщин. У 177 (81,6%) женщин произошли естественные роды, у 30 (13,8%) роды путем кесарева сечения и у 10 (4,6%) женщин индуцированные роды. Объем кровопотери составил до 500 мл у 187 женщин (86%), с 501 по 1000 мл у 30 женщин (14%). Количество живорожденных составило 213 (98%), мертворожденных - 4 (2%).

Выводы. Таким образом, проведя анализ данных установлено, что беременные входят в группу высокого риска по развитию тяжелой инфекции во время вспышки Covid 2019. Наиболее высокий показатель COVID-19 наблюдался среди рожениц со сроком гестации 37-41 недель. Пневмония диагностирована у 56,5% (224) женщин, при чем в 104 (26%) случаев с дыхательной недостаточностью. Высокая частота данных осложнений у беременных с коронавирусной инфекцией является риском повышения материнской смертности.

COVID 19 ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛ КОАГУЛЯЦИЯЛЫҚ БАЙЛАНЫСҚА ӘСЕРІ

Л.Е.Сапа, А.Е.Аронова, Г.Т.Нурғали, Р.И.Зевреев
КеАҚ«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті»
Ақтөбе қаласы, Қазақстан

Тақырыптың өзектілігі. Жүктілік физиологиялық протромботикалық жағдай болғандықтан, COVID-19 инфекциясына шалдыққан жүкті әйелдер арасында коагулопатиялық және тромбоэмболиялық асқынулар даму қаупі жоғары болуы мүмкін.

Зерттеу мақсаты. Жүктілік кезінде коронавирусты инфекцияның коагуляциялық байланыс параметрлеріне әсерін зерттеу.

Материалдар және әдістер. COVID-19 инфекциясы расталған 400 босану тарихынан коагуляциялық байланыс лабораторлық зерттеу нәтижелеріне ретроспективті анализ жасалынды. Сәуір айымен қыркүйек айының 2021 (6 ай) аралығындағы барлық жүкті әйелдер АМО-ның инфекционды ауруханасына жатқызылды. Материалдарды өңдеу және талдау кезінде математикалық статистикалық тәсілдер қолданылды. Microsoft Excel бағдарламасында зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып мәліметтер базасы құрастырылды. Деректерді талдау қолмен жүргізілді.

Нәтижелер және талқылау. Барлық зерттелген әйелдер - 100% (400) коронавирусты инфекциямен COVID-19 ауруханаға жатқызылды. Соның ішінде босанған жүкті әйелдер 54,3% (217), жүктілігін жалғастыру мақсатында 45,7% (183) жүкті әйел ауруханадан шығарылған. Ауруханаға пневмония диагнозы қойылған жүкті әйелдердің ішінде тыныс алу жеткіліксіздігінсіз 56,5% (224) жағдай, соның ішінде 104 (26%) жүкті әйелде тыныс алу жеткіліксіздігінің 2-3 дәрежесі анықталған. COVID-19 инфекциясы бар жүкті әйелдерде 100% (400) жағдайда коагуляциялық байланысты сипаттайтын: протромбинді уақыт және тромбин уақыты, тромбоциттер саны, фибриноген дәрежесі және D-димерді анықтау лабораторлы зерттеулері жүргізілген. зерттеу жүргізіліп жатқан жүкті әйелдерде осы көрсеткіштердің көптеген өзгерістері байқалды. Протромбинді уақыт пен тромбинді уақыт қалыпты. Протромбинд уақыт 13-18 сек, тромбинді уақыт 24-35 сек. 18% (72) жүкті әйелде тромбоцитоз байқалды, тромбоциттердің максималды көрсеткіші $752 \times 10^9/\text{л}$ құрады. 11% (44) жүкті әйелде фибриногеннің деңгейінің жоғарылауы байқалды, көтерілу деңгейі 2,3 тен 13,4 г/л дейінгі көлемді құрады (қалыпты деңгейі 1,8-4,0 г/л). Сонымен қатар 19% (76) жүкті әйелде D-димердің 1197 ден 16 954 нг/мл дейін жоғарылауы байқалды (қалыпты деңгейі до 9990 нг/мл). Барлық жүкті әйелдер тромбоэмболиялық асқынудың алдын-алу мақсатында антикоагулянтты емді қабылдады.

Қорытынды. COVID-19 инфекциясына талдау қортындысы бойынша оң нәтиже берген жүкті әйелдердің тромбин уақытын, фибриноген деңгейін, D-Димер деңгейін бақылау өмірлік маңызды болып табылады. COVID-19 инфекциясы анықталған жүкті әйелдердің клиникалық және лабораторлық көрнісін әрі қарай зерттеу қажет болып табылады. Жаңа мәліметтер пайда болу барысына қарай міндетті түрде коагулопатиялық және тромбоэмболиялық асқынулардың қауіп факторларын анықтау.

ФОКАЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Р.Т.Тлеужан, М.С.Тажыбаева, З.Р.Мусаметова, А.Б.Кесикбаева, А.Ж.Байларова
Южно-Казахстанская Медицинская Академия,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Эпилепсия - это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся постоянной предрасположенностью к генерации приступов и их нейробиологическим, когнитивным, психологическим и социальным последствиям. Эпилепсия регистрируется с частотой до 1% в популяции и считается одним из наиболее распространенных психоневрологических заболеваний.

Фокальной эпилепсией (ФЭ) называются все случаи эпилептических пароксизмов, если они возникают из-за локального очага повышенной эпи-активности в церебральных структурах. Очаг возбуждения начинается фокально и постепенно распространяется на окружающие мозговые ткани, что провоцирует вторичную генерализацию приступа. Для мультифокальной формы характерно наличие нескольких локальных зон возбуждения. В 75% случаев дебют происходит в детском возрасте. Чаще всего первопричиной становится нарушение развития мозга инфекционного, травматического или ишемического генеза. Такая вторичная фокальная эпилепсия появляется у 71% пациентов.

К этиологическим факторам относятся: Черепно-мозговые травмы; Пороки развития головного мозга (врожденные церебральные кисты, корковая дисплазия, артериовенозные мальформации); Инфекции (абсцесс, энцефалит, нейросифилис, цистицеркоз); Генетически детерминированные или приобретенные нарушения метаболизма нейронов определенного участка церебральной коры; У детей преобладают перинатальные поражения ЦНС (внутричерепная родовая травма, гипоксия плода, асфиксия новорожденного, внутриутробные инфекции); Ранний дебют в детском возрасте связан с нарушением созревания коры. Такая эпилепсия носит временный возрастно-зависимый характер.

Патогенез ФЭ связан с эпилептогенным фокусом, который имеет несколько зон. Участок повреждения соответствует локализации морфологического изменения. Чаще всего визуализируется при помощи магнитно-резонансной томографии. Первичная зона – участок генерирующий эпи-возбуждение. Область коры, эпи-активность которой приводит к приступу – симптомагенная зона. Ирритативная область генерирует эпи-активность в межприступный период. Возбуждение регистрируется на ЭЭГ.

Ведущий симптомокомплекс представлен повторяющимися парциальными эпилептическими пароксизмами. Она разделяются на: простые, т.е. без потери сознания. Бывают моторные, сенсорные, соматосенсорные, вегетативные, с психическими расстройствами или с галлюцинациями. Галлюцинаторный компонент представлен зрительными, слуховыми, обонятельными или вкусовыми нарушениями. Сложные с утратой сознания могут дополняться автоматизмами. Во время приступа присутствует спутанность сознания. У эпи-приступов возможна вторичная генерализация. Он начинается, как сложный или простой фокальный. По мере возбуждения диффузно распространяется на другие отделы коры. Пароксизм принимает клонико-тонический характер. У одного больного могут присутствовать разные по форме приступы.

Дифференцированный подход к лечению эпилепсии в зависимости от пола пациента обусловлен физиологическими, психологическими и гормональными различиями между

женщиной и мужчиной. Женщина и эпилепсия - это особенный аспект проблемы, поскольку в биологическом плане ее организм чрезвычайно сложен, а эпилептические приступы и длительный прием противосудорожных препаратов могут приводить к нарушениям в женской репродуктивной сфере. Специфика течения эпилепсии у женщин обусловлена рядом структурно-функциональных особенностей гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы с суточным и месячным циклическими ритмами, а также присущими только женщинам физиологическими периодами жизни: беременностью, родами, лактацией.

По данным исследователей, от 25% до 40% больных эпилепсией составляют женщины детородного возраста. Отмечено многократное возрастание числа беременностей и родов у женщин, больных эпилепсией, что обусловлено увеличением доли медикаментозной ремиссии, успешным применением хирургического лечения, также существенным снижением стигматизации больных.

Проанализирован клинический случай течения беременности и родов у пациентки с фокальной эпилепсией.

Пациентка А, 33лет, поступила в стационар с жалобами на тянущие боли схваткообразного характера в течение 6 часов.

Анамнез заболевания: со слов пациентки тянущие боли схваткообразного характера беспокоят в течение 6 часов. На учет по данной беременности встала в 12 недель. I, II, III триместры беременности протекали на фоне умеренной анемии. Осмотр нейрохирурга (22.04.2021г). Д/з: Состояние после операции: Краниотомия правой лобной кости, удаление каверномы правой лобной доли (2019г). Осмотр невролога-эпилептолога (27.04.2021г.) Д/з: Фокальная эпилепсия, стадия клинической ремиссии. Состояние после операции: Краниотомия правой лобной кости, удаление каверномы правой лобной доли с применением нейронавигации (05.09.2019г.). Осмотр невролога-эпилептолога (17.09.2021г.) Д/з: Фокальная эпилепсия с вторичной билатеральной синхронизацией. В сроке 35 недель осмотрена акушер-гинекологом КДБ ОПЦ, выставлен диагноз: VI Беременность 35 недель. Рубец на матке (2). Фокальная эпилепсия, в стадии клинической ремиссии. Состояние после операции: Краниотомия правой лобной кости, удаление каверномы правой лобной доли с применением нейронавигации (05.09.2019г.). Учитывая, наличие экстрагенитальной патологии, рекомендовано родоразрешение в НЦАГиПг. Алматы.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Наличие у родственников социально-значимых заболеваний - отрицает. Перенесенные соматические заболевания: состоит на учете у невропатолога с 2015г по поводу эпилепсии. Получает амбулаторное лечение. Гинекологические заболевания - отрицает. Перенесенные операции: в 2012г, 2015г - кесарево сечение, в 2019г. - краниотомия правой лобной кости, удаление каверномы правой лобной доли с применением нейронавигации. Переливания крови и ее компонентов - не было. Аллергоанамнез спокоен. Эпид.анамнез: укусы клещей и контакт с инфекционными больными за последние 6 мес. - отрицает. В контакте с больными ОРВИ и КВИ не была. За границу не выезжала.

Репродуктивная функция: Менструация с 14 лет, по 3-4 дня, через 28-30 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация: 29.01.2021г. Половая жизнь с 21 года. Брак - I. Беременности - 6, роды - 3 (последние в 2015г), м/аборт-1, с/п выкидыш - 1.

Объективно: Роженица нормального телосложения, умеренного питания. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зев не гиперемирован. Язык чистый, влажный. Молочные железы мягкие, соски не втянуты, при пальпации мягкие, безболезненные, узловых уплотнений нет, отделяемого из сосков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны

ясные, ритмичные. АД=100/70 мм.рт.ст. Пульс 82 уд 1 минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание свободное. Стул оформленный.

Status localis: на передней брюшной стенке определяется поперечный послеоперационный рубец, безболезненный, заживление первичным натяжением, неспаивающийся с подкожными тканями, симптом «ниши» отсутствует.

Акушерский статус: Живот правильной овоидной формы, матка увеличена соответственно сроку беременности, не возбудима, без локальной болезненности. Положение плода продольное, головное. Сердцебиение плода ритмичное, до 142 уд. в мин. Шевеление плода ощущается. Патологических выделений из половых путей нет.

Диагноз: VI Беременность 37 недель. Рубец на матке (2). I период родов. Фокальная эпилепсия, в стадии клинической ремиссии. Состояние после операции: Краниотомия правой лобной кости, удаление каверномы правой лобной доли с применением нейронавигации (05.09.2019г.).

Учитывая, наличие рубца на матке (2), I периода родов, пациентка родоразрешена путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Операция прошла без технических погрешностей. На 5 минуте извлечен живой доношенный плод женского пола, весом 2900,0грамм, ростом 50см, с оценкой по Апгар 6-8 баллов. Послеродовый период протекал без особенностей. Пациентка выписана на 5 сутки с ребенком домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Данный случай показывает эффективность хирургического лечения фокальной эпилепсии, что привело к благоприятному течению беременности и успешному исходу родов без развития приступов.

Заключение: Следует отметить, что заболевание фокальной эпилепсией не должно препятствовать женщине иметь полноценную семью. Решение о беременности пациентке надо принимать обдуманно, а вопросы планирования и ведения беременности, родоразрешения, а также дальнейшего наблюдения за женщиной и ребенком требуют индивидуального подхода с учетом всех медицинских, социальных и психологических факторов.

ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО АУДИТА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ЗА 2021 ГОД

У.У. Усманова¹ Т.К. Чувакова² Б.Т. Карин³ К.К. Джақсалыкова⁴

*¹ ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан;*

*² НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан;*

*³ НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан;*

*⁴ НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан.*

Актуальность

Во всем мире пристальное внимание акушеров-гинекологов и неонатологов уделяется улучшению состояния здоровья рождающегося поколения. Качество оказания медицинской помощи плоду и новорожденному в перинатальном периоде является одним из интегральных показателей качества всей медицинской помощи населению. Снижение перинатальной заболеваемости и смертности всегда было и остается одной из важнейших задач акушерства, перинатологии и неонатологии.

В 1995г была разработана Скандинавско-Балтийская классификация случаев перинатальной смертности, которая широко используется в странах Европы для идентификации случаев перинатальной смертности при проведении конфиденциального аудита. Конфиденциальный аудит направлен не только на анализ случаев перинатальной смерти, но и всех факторов и проблем, которые потенциально могли привести к младенческой смертности. В частности: организационные, кадровые, лечебно-диагностические. Для этого проводится тщательный анализ случаев тяжелых осложнений погибших новорожденных, чтобы найти пути предотвращения фатальных случаев.

Целью исследования явилось выявление резервов на основе результатов конфиденциального аудита перинатальной смертности новорожденных детей в раннем неонатальном периоде за 2021 год.

Материалы исследования.

Анонимизированные истории болезни новорожденных, умерших в раннем (до 7 суток) неонатальном периоде (100 шт.), анкеты конфиденциального расследования случая перинатальной смертности, рассмотренные в рамках онлайн сессий.

Методы исследования:

В исследовании использованы результаты перинатального аудита потерь новорожденных детей в раннем неонатальном периоде.

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. Изучение состояния и проблем организации ухода и медицинской помощи новорожденным детям в РК по данным статистической документации и отраслевой отчетности.

2. Экспертная оценка качества ухода и медицинской помощи новорожденным и пути ее оптимизации по экспертному анализу медицинской документации (формы 111/у, 096/у, 097/у, 003/у, протокол патологоанатомического исследования).

Результаты

Исследование позволило выявить реальные причины и потенциальные резервы снижения ранней неонатальной, что позволяет создать комплекс мероприятий по профилактике и устранению причин и улучшения качества ухода за новорожденными.

За 12 месяцев 2021 года было проведено совместно с кафедрами педиатрии и неонатологии медицинских ВУЗов г. Нур-Султан, Караганда, Алматы, Актобе и перинатальных центров РК 49 онлайн сессий. На них участвовало от 39 до 100 участников, в среднем 68 участников.

Помимо разборов анонимных историй были обсуждены 11 докладов по актуальным вопросам неонатологии. Темы докладов определялись по итогам 2 анонимных анкетирований участников, а также по голосованию участников во время онлайн сессий. Все данные фиксировались, анализировались и, соответственно, ежемесячно одно заседание посвящалось лекционному материалу. Также в качестве докладчиков были приглашены представители смежных специальностей.

Выявленные причины:

1) недостаток специфических лекарственных средств в перинатальных центрах РК (добутамин, норадреналин, кофеин цитрат, милринон, вазопрессин)

2) нехватка средств и оборудования, помогающих предотвратить распространение инфекции (бумажные полотенца, стерильные перчатки в достаточном количестве, кресла для метода «Кенгуру»)

3) поломка имеющихся оборудования

4) отсутствие в некоторых перинатальных центрах палат стабилизации, T - систем для оказания первичной реанимационной помощи сразу после рождения согласно мировым стандартам.

5) недостаточные знания, касающихся лечения специфических состояний и нарушений, по результатам новейших мировых исследований.

Резервы снижения ранней неонатальной смертности. Результаты экспертизы медицинской документации показали, что при проведении мероприятий по стабилизации состояния недоношенных новорожденных в родильном зале врачи не уделяют должного внимания выполнению всех элементов вмешательств, рекомендуемых Европейским консенсусом ведения детей с РДС, что в комплексе и определяет реализацию РДС и потери недоношенных. В период лечения пациентов в отделении реанимации новорожденных помимо наличия проблемы технической обеспеченности и исправности имеются пробелы в индивидуализированном использовании инфузионной, нутритивной, респираторной, кардиотонической терапии, в диагностике и соответствующем лечении фетальных коммуникаций, коррекции электролитных нарушений, смене антибактериального режима в соответствии с клинической симптоматикой и лабораторными исследованиями.

Выводы.

Конфиденциальный аудит продемонстрировал, что существующие резервы снижения перинатальной смертности являются регулируемыми и связаны с уровнем профессионализма, знаний, опыта персонала, а также наличием технической исправности и обеспеченности. Совместные клинические разборы и обсуждение случаев перинатальных потерь в условиях конфиденциальности, разработка практических рекомендаций и инструментов оценки позволяют улучшить качество оказываемой помощи, что ведет к снижению смертности.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Unicef. First report on results of perinatal mortality enquiry of pilot clinics of the republic of Kazakhstan. Astana 2018. p. 8-10.
2. Unicef. Perinatal mortality audit North Macedonia 2019. North Macedonia 2019. pp. 3-20.
3. Всемирная организация здравоохранения. Применение ВОЗ Международной классификации болезней (МКБ-10) к случаям смерти в перинатальном периоде (МКБ-ПС). 2016. С. 2-3.
4. Emma R Allanson, Robert C Pattinson. Quality-of-care audits and perinatal mortality in South Africa. 2015. p.424-428
5. P Stratulat, A Curteanu, T Caraus, V Petrov, J Gardosi. The experience of the implementation of perinatal audit in Moldova. 2014. 167 - 171.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В РАЗРЕЗЕ 10 ЛЕТ

С.Ю.Шиканова, А.Г.Джангалиева

*НАО «Западно Казахстанский медицинский университет им. М.Оспанова»,
Областное управление здравоохранения Актюбинской области,
г.Актобе, Казахстан*

Актуальность. Весь 2021 год проходил под знаком празднования знаменательной даты – 30-летия независимости Республики Казахстан. За эти 30 лет в здравоохранении Актюбинской области улучшилось качество медицинской помощи населению. Укрепилась материально-техническая база лечебно-профилактических организаций, внедрены современные высокотехнологичные медицинские технологии. В области на конец 2021 года имеется 352 объектов здравоохранения (в сравнении с 2011 годом – 293 объекта), из них 52 МО оказывающих родовспоможение и наблюдение беременных (стационаров областного уровня - 2, стационаров городского уровня-1, районные больницы-13, государственных поликлиник –21, частных МО оказывающих ПМСП-15). Врачебных амбулаторий в составе государственных поликлиник и РБ - 90, ФАП-14, медпунктов-196. Оснащение медицинским оборудованием составляет 81,9-81,2%

Современная медико-демографическая ситуация в стране свидетельствует о необходимости внедрения высокотехнологичной медицинской помощи, особенно в учреждениях родовспоможения. Использование современных технологий будет способствовать снижению материнской и перинатальной смертности в период гестации и родов.

Цель исследования. Провести анализ основных акушерских и перинатальных индикаторов по Актюбинской области в разрезе 10 лет (2011-2021 гг.).

Материал и методы исследования. Нами проведен сравнительный анализ статистических отчетов показателей родовспоможения Областного управления здравоохранения по Актюбинской области за 2011 и 2021 год.

Результат исследования. Как известно, состояние здоровья населения, является интегральным и наиболее чутким отражением социально-экономической политики государства, направленной на улучшение благосостояния населения. За последние годы в Актюбинской области отмечается положительная динамика в демографических показателях. В области на конец 2021 года проживает 904983 человек (в сравнении 781282 человек на конец 2011 года), из них женщин фертильного возраста 218320 (24,1%) (2011 год - 229950 человек (29,4%). Состояние здоровья наших женщин желает лучшего, однако имеется незначительное улучшение, так женщин с абсолютными противопоказаниями к беременности (группа 2В) в области проживает 2263 - 1% (2011 году - 2503 – 1,14%), женщины с социальными противопоказаниями (группа 5) 1668 – 0,7%. На протяжении последних 10 лет (2011-2021гг.) идет устойчивый рост рождаемости. Всего родов за 12 месяцев 2021 года составило 22250 (за 2011 год - 17797). Также уменьшается акушерская агрессия и количество оперативных родов – в 2021 году родоразрешены оперативным путем - 3617 беременных, что составляет - 16,3 %, в сравнении с 24,2% в 2011 году.

Главной целью, проводимых в области работ, является снижение материнской и младенческой смертности, а также создание эффективной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, направленной на улучшение здоровья населения, прежде всего женщин и детей. Тенденция снижения показателей материнской и младенческой смертности обусловлена внедрением

в практику эффективных перинатальных технологий, а также улучшение регионализации перинатальной помощи, направленных на заблаговременную концентрацию беременных группы риска и преждевременных родов в родовспомогательных учреждениях III уровня.

В области налажен строгий мониторинг за беременными группы риска и имеющими абсолютные противопоказания к беременности.

К сожалению, по Актыбинской области имеется неблагоприятный показатель материнской смертности, который остается высоким, особенно в период пандемии, и составляет 53,9 на 100000 живорождений (в 2011 году 16,8 на 100000 родившихся живыми). Из них, причинами летальности в 4 случаях явились акушерские кровотечения (33%), в 8 случаях (67%) экстрагенитальная патология, при чем в 5 из них коронавирусная идентифицированная инфекция.

В регионе проводится систематический мониторинг критических случаев по беременным женщинам и новорожденным. За счет внедрения и систематической отработки алгоритмов оказания неотложной медицинской помощи удается мониторировать критические состояния среди беременных и родильниц и своевременно оказывать квалифицированную медицинскую помощь. В 2021 году отмечается рост критических случаев, всего зарегистрировано 92, удельный вес их составил 0,4% к количеству родов (22250). В 2011 году в регионе зарегистрировано - 73 критических случая (удельный вес составил также 0,4%). В структуре критических состояний первое место занимают экстрагенитальные заболевания - 47,8 %, на втором месте - акушерские кровотечения 28,2%, на третьем - гипертензивные состояния во время беременности 20,7 %, на четвертом сепсис – 3,3 %.

При сравнительном анализе показателей родовспоможения по Актыбинской области в разрезе 10 лет выявлена динамика и в других целевых показателях. Важным индикатором результативности 3 уровня регионализации на примере Актыбинской области является снижение младенческой смертности в 2021 году до 10,51‰, что ниже на 1,2‰ в сравнении с 2011 годом (11,7‰). Показатель преждевременных родов в 2021 году составил 4,3% (961), что на 3% ниже в сравнении с 2011 годом (7,4%) Общая выживаемость новорожденных за 2011-2021 гг. находится в доверительном интервале 99,1-99,5%, т.е. данный индикатор находится на одинаковом высоком уровне за рассматриваемые годы.

Выводы. Таким образом, Областным Управлением Здравоохранения Актыбинской области совместно с Западно Казахстанским медицинским университетом имени Марата Оспанова на систематической основе проводится работа, направленная на снижение материнской и младенческой смертности, повышению качества оказываемой медицинской помощи, как на уровне ПМСП, так и в стационарах; в рамках пропаганды здорового образа жизни и повышения солидарной ответственности граждан.

Код УДК: 618.16-006.52

РАК ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН. СТАТИСТИКА, ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ И ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

*Дюсембаева А.Ж.**МЦ «Sunlife» г. Нур-Султан, Казахстан***Аннотация:**

Цели исследования:

1. Проведение скрининга на рак шейки матки в Республике Казахстан, согласно современным мировым рекомендациям;
2. Выявление на амбулаторном этапе предраковых состояний шейки матки, с целью их эффективного лечения и снижения уровня онкопатологии шейки матки в РК.

Ключевые слова: скрининг, рак шейки матки, онкопатология шейки матки, эффективное лечение.

Статистика рака шейки матки в мире.

Согласно данным ВОЗ за последние 20 лет (с 2000 по 2020 год) количество новых случаев рака в мире увеличилось в два раза – с 10,1 млн до 19,3 млн. человек.

Рак шейки матки (РШМ) занимает седьмое место в числе наиболее распространенных видов онкологических заболеваний среди женщин.

РШМ один из наиболее распространенных видов рака среди женщин: ежегодно от этого заболевания по всему миру умирают более 300 тысяч женщин, общая онкологическая заболеваемости составляет около 3,8%.

Большинство случаев смерти от РШМ (63,5%) отмечено в развивающихся странах (государства Африки, Центральной и Южной Америки, Восточной и Юго-Восточной Азии).

Согласно данным 2018 года, мировые показатели смертности варьируют столь же значительно, и различаются в зависимости от регионов максимально в 10 раз. Наибольшие зарегистрированные стандартизованные показатели смертности (на 100000 населения) в 2018 году отмечены в Бурунди (50,3), Зимбабве (46), Замбии (44,5), Гвинее (39,7) и Либерии (32,1), наиболее низкие в странах Западной Европы Финляндии (0,94), Австрии (1,7), Франции (1,9), Исландии (1,3) а также в Австралии (1,7), Канаде (1,7), Египте (1,5) и Иране (1,2).

В целом в мире отношение показателей смертности и заболеваемости составляет (52%). Данный показатель, отражающий уровень развития онкологической службы в той или иной стране, существенно зависит от уровня экономического развития государства. В странах с высоким уровнем развития онкологической помощи данный показатель варьирует от 15% в Норвегии и 18% в Австрии и Дании до 20% в Великобритании и 24% в Голландии.

Ситуация по раку шейки матки в РК.

В РК он составляет 47%, в Кыргызстане и Узбекистане 54%, в России 36%, что свидетельствует о высоком уровне смертности от РШМ и недостаточно эффективном функционировании онкологической службы. Согласно отчета программы развития ООН за 2018 год, Республика Казахстан находится на 58 ранговом месте среди 189 стран.

РШМ в Казахстане занимает второе место после рака молочной железы. Ежегодно регистрируются более 1700 новых случаев рака шейки матки и около 600 случаев смертельных исходов от этого заболевания. Пик заболеваемости раком шейки матки приходится на 40-44 года.

Представлена заболеваемость гинекологическими раками по регионам в РК. Высокие уровни заболеваемости раком на 100 тысяч населения – в Карагандинской (10,9), Восточно-Казахстанской, Павлодарской и Северо-Казахстанской областях – по 9,9. Низкий уровень заболеваемости – в Туркестанской (1,5) и Кызылординской (2,9) областях.

В журнале *The Lancet Oncology* от 05.02.21 года опубликована статья по распространенности стадий рака молочной железы и рака шейки матки в Казахстане и других странах СНГ. На основании 10-летних наблюдений онкологов.

В Казахстане, Беларуси и Украине при раке шейки матки приблизительно 70% занимают 1-2 стадии, тогда как в Армении, Молдове 50% занимают 3-4 стадии. Причиной является наличие скрининга на ранее выявление предраковых состояний шейки матки.

Существует пять классов состояния эпителия шейки матки согласно таблицам цитологических и гистологических интерпретаций материала и тактики, при выявлении патологии:

- 1 класс абсолютная норма,
- 2 класс реактивная метаплазия эпителия, связанная с воспалением,
- 3, 4, 5 класс предраковые изменения шейки матки.

Именно на них нужно обращать внимание в работе и проводить дообследование согласно представленной таблице 1.

Таблица 1. Цитологические и гистологические интерпретации материала и тактики, при выявлении патологии.

Система Папаниколау	Описательная система ВОЗ	CIN	ТБС (Терминологическая система Бетesda)
Класс 1 (норма)	Отсутствие злокачественных клеток	Отсутствие неопластических изменений	Норма
Класс 2 (метаплазия эпителия, воспалительный тип)	Атипия, связанная с воспалением		Реактивные изменения клеток ASC: ASC — US; ASC — Н
Класс 3 («дискарриоз»)	Слабая дисплазия	CIN I Койлоцитоз	LSIL
	Умеренная дисплазия	CIN II	HSIL
	Тяжелая дисплазия	CIN III	
Класс 4 (клетки, подозрительные на рак или карцинома <i>in situ</i>)	Карцинома <i>in situ</i>		
Класс 5 (рак)	Инвазивная карцинома	Карцинома	Карцинома

Цитологическая интерпретация приемлема при проведении скринингового исследования:
NILM — онкология отсутствует.

LSIL. — низкая вероятность развития онкологии. Л-СИЛ

HSIL — высокий риск развития онкологии. Ейтч СИЛ

CIS — инвазивный рак, карцинома *in situ*. Таблица №5.



Программа снижения смертности от рака шейки матки в РК.

Современная концепция программы по снижению смертности от РШМ основана на трех основных положениях:

- 1 – первичная профилактика (здоровый образ жизни с исключением возможных факторов риска, вакцинация определенных групп населения),
- 2 – вторичная профилактика (качественный и хорошо организованный скрининг женского населения),
- 3 – внедрение единых для всех современных протоколов диагностики и лечения инвазивного РШМ и паллиативное лечение.

Метод скрининга: цитологическое исследование мазка из шейки матки (традиционная и жидкостная цитология). Окраска по методу Папаниколау (Пап-тест).

Интервал: 1 раз в 4 года.

Целевая группа: женщины в возрасте 30-70 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака шейки матки.

Интерпретация результатов цитологического исследования – Терминологическая система Бетезда (2001).

Список цитируемой литературы;

1. Рак шейки матки. Клинические протоколы МЗ РК – 2018 год.
2. Статистические данные Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии г.Алматы.2022г.
3. Скрининг на рак шейки матки для лиц со средним риском: обновленные рекомендации Американского онкологического общества 2020 г. (ACS).
4. Комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним – здоровое будущее для девочек и женщин. ВОЗ, 2013 г.
5. The Lancet Oncology 21 Mar;22(3):361-369. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30674-4. Epub 2021 Feb 5. Comparison of breast cancer and cervical cancer stage distributions in ten newly independent states of the former Soviet Union: a population-based study.
6. Статистические данные GLOBOCAN, 2018 г.
7. Статистические данные CDC-центра по контролю и профилактике заболеваний США от 2018г.

**ӘЙЕЛДЕРДЕ ЖАТЫР МОЙНЫ ОНЫРЫ.
СТАТИСТИКА, ЦИТОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ.**

Аннотация:

Зерттеу мақсаттары:

1. Қазіргі әлемдік ұсыныстарға сәйкес ҚР-да жатыр мойны онырына скрининг жүргізу;
2. ҚР-да жатыр мойны онкопатологиясының деңгейін төмендету және тиімді емдеу мақсатында жатыр мойнының оныр алды жағдайын амбулаториялық кезеңде анықтау.

Түйінді сөздер: скрининг, жатыр мойны оныры, жатыр мойны онкопатологиясы, тиімді емдеу.

**CERVICAL CANCER IN WOMEN.
STATISTICS, CYTOLOGICAL AND HISTOLOGICAL INTERPRETATION.**

Abstract:

Research objectives:

1. Screening for cervical cancer in the Republic of Kazakhstan, according to modern world recommendations;
2. Identification of precancerous conditions of the cervix at the outpatient stage, in order to effectively treat them and reduce the level of cervical oncopathology in the Republic of Kazakhstan.

Keywords: screening, cervical cancer, cervical cancer pathology, effective treatment.

BORN BY A REVOLUTION IN NEONATOLOGY. STABILIZATION OF PREMATURE CHILDREN BY THE METHOD (LISA) IN THE PERINATAL CENTER OF THE ZHAMBYL REGIONAL MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Alimukhamedov U.R., Tolykbaev T.Zh., Asanova L.Kh., Khan L.M., Rustemov M.R.,
Khudaibergenov Sh.A., Sultamuratova F.B., Alimukhamedova D.K.
Zhambyl Regional Multidisciplinary Hospital, Taraz, the Republic of Kazakhstan

Relevance: Among the problems of perinatology, one of the first places is occupied by preterm birth, which underlies high rates of morbidity and neonatal mortality not only in our country, but also abroad. Respiratory distress syndrome (RDS) is the most common cause of morbidity and hospitalization in the neonatal intensive care unit. Surfactant has been successfully used to treat RDS, but its administration does not reduce the incidence of bronchopulmonary dysplasia (BPD). Currently, various methods of managing preterm newborns in the delivery room are used around the world. Nowadays, a technique is being developed and actively studied for the minimally invasive administration of surfactant to premature infants who are spontaneously breathing against the background of positive airway pressure. In 2007 A. Kribs et al. described the administration of surfactant to neonates capable of spontaneous breathing without requiring intubation. The method, called «less invasive surfactant administration» (LISA), was further modified by Klebermass-Schrehof et al. With the development of respiratory support for premature infants, the use of nasal continuous positive airway pressure (CPAP) as a starting method has increased. To date, it has been proven that early use of CPAP leads to a decrease in the need for artificial lung ventilation (ALV) and associated complications.

Purpose of the research: Study of the efficacy and safety of the practice of using stabilization technique (LISA) in combination with high-flux CPAP and minimally invasive surfactant administration in very preterm infants and in gestational age less than 30 weeks.

Materials and methods of the research: According to the protocol (LISA), immediately after birth, the newborn is covered with a sterile bag in the right side lying position to prevent hypothermia; temperature is measured using a skin electrode. The newborn is stabilized using high-flow CPAP (20 l/min) through a face mask using heated and humidified air. This high-velocity airflow (producing a pressure of 15cmH₂O) is maintained throughout the procedure. Oxygen saturation is determined on the right wrist from the first minute of life. The supply of oxygen is regulated according to the level of oxygen saturation in the blood, starting from FiO₂ 0.21. High-velocity airflow (positive end-expiratory pressure, 15 cm H₂O) was maintained throughout the entire procedure, averaging 30 to 40 minutes. Oxygen saturation was determined on the right wrist from the first minute of life on a neonatal monitor. The starting oxygen concentration in the mixture supplied to children up to 28 weeks of gestation was in the range of 21-30%. At the 3rd minute, the face mask was changed to a mononasal cannula (endotracheal tube No. 2), which was used to perform high-flow CPAP. The nasopharyngeal tube was placed at a depth of 3.5-4 cm, an open gastric tube was also inserted and air was continuously aspirated. At the 4th minute after birth, caffeine benzoate (20 mg/kg) is administered subcutaneously to the child. At 25-30 minutes after birth, under the control of direct laryngoscopy against the background of ongoing CPAP (positive end-expiratory pressure – 15 cm H₂O), a gastric tube (1.3 mm diameter probe) was manually inserted into the trachea. Then, a surfactant was administered at a dose of 200 mg/kg for 5-7 minutes with the child breathing spontaneously. Tried to avoid rapid administration due to the possibility of reflux. Throughout the procedure, aspiration of the contents of the stomach was carried out through a gastric tube in order to decompress and control the administration of the surfactant. According to our data, when performing non-invasive administration of surfactant, the patient is in the delivery room for a longer time - from 20 to 45 minutes on constant respiratory support. Upon completion of the insertion, the tracheal catheter was immediately removed.

All manipulations were carried out under dynamic monitoring of vital functions to avoid unforeseen situations. The resuscitation place must be equipped with a heating system to avoid the development of hypothermia. The main complications of the surfactant administration procedure included: apnea, bradycardia, decreased blood oxygen saturation, choking, regurgitation, and catheter displacement. In case of prolonged apnea and or insufficient activity of the respiratory center, the procedure was stopped and intubation was performed. After completing the maneuver in the delivery or operating room, the newborn was transported using mononasal CPAP in an incubator with a transport ventilator in NCPAP mode. During the stay in the NICU, routine activities were carried out, including dynamic monitoring of vital functions, monitoring of the patent ductus arteriosus, as well as screening for intraventricular hemorrhages (IVH) and retinopathy (RP) in preterm infants and patent ductus arteriosus PDA; in accordance with standard practice. 645 case histories of newborns were analyzed for 7 months of 2021-2022, of which 118 cases were selected, which were stabilized according to the method (LISA) with a gestational age of 30 weeks.

Results of the research: The administration of surfactant through the tube was effective in all cases. Manipulation did not present great difficulties for the specialist. The most common complication was transient bradycardia and desaturation during laryngoscopy and surfactant administration, requiring a pause in the procedure until the condition stabilized. Surfactant reflux was avoided or minimized by prolonged insufflation. There was no need for a full range of resuscitation after the procedure. When comparing the frequency of use of respiratory support in the two groups, we obtained a statistically significant reduction in the frequency of use of invasive ventilation. When comparing the frequency of use of respiratory support in the two groups, we obtained a statistically significant reduction in the frequency of use of invasive ventilation. The main group consisted of 51 boys, 67 girls. Where, by gestational age: 23-3 infants, 24 weeks – 4 infants; 25 weeks – 7 infants; 26 weeks – 22; 27 weeks – 17; 28 weeks – 24; 29 weeks – 22; 30 weeks – 19 infants; According to weight category: 500-749 g – 26 infants, from 750-999 g – 34 infants, from 1000-1249 g – 32 infants, from 1250-1499 – 26 infants. Antenatal prophylaxis of corticosteroid therapy was completed in 56% (66); partially in 25% (30); not performed in 19% (22); Delayed cord clamping 60 seconds 55% (65), 30 seconds 39% (46); was not 6% (7); The presence of breath in the form of gasping in 93% (110); there was no breathing 7% (8); MAP (cmH₂O) 15-82% (97); MAP (cmH₂O) 12-18% (21); FiO₂ requirement from birth is less than 30% in 67% (79); more than 30% – 33% (39); The surfactant injection method (LISA) was received by 93% (110); according to the method (ALV + surfactant) 7% (8); During the entire stay in the hospital without mechanical ventilation, 63% (74) passed; Oxygen dependence by the 28th day of life 11% (13); no 89% (105); Outcomes 78% (92) survived; 22% (26) died. Good tolerability of LISA was noted in 93% (107) of newborns, surfactant was administered within 30 ± 5 min (mean ± SD) after birth. More than one dose of surfactant was administered to 73 (33%) neonates.

Conclusion: Thus, the results of this study show that the LISA technique is convenient, effective and safe even in very preterm infants and does not lead to an increase in mortality and morbidity. In March 2015, the journal *Acta Paediatrica* presented the results of a multicenter comparative study conducted in Germany on the effectiveness of minimally invasive surfactant administration in more than 1100 preterm infants up to 32 weeks of gestation. The authors demonstrated a significant reduction in the need for mechanical ventilation, the need for postnatal steroid administration, and the formation of BPD in the LISA group. Many doctors are skeptical about the ability of spontaneous breathing in very preterm infants and adhere to aggressive and invasive respiratory strategies. Recent studies have convinced us that there is no reason to “distrust” these children. Indeed, according to our observations, 93% of premature newborns demonstrated the appearance of spontaneous breathing already in the first minute of life. Until recently, the introduction of surfactant was carried out only in the case of intubation. This has led to the search for less invasive methods of administration. According to various literary sources, the upper age limit varies from 28 to 32 weeks. Is the use of minimally invasive respiratory maneuvers justified in children without antenatal steroid prophylaxis. Further research is required in this area.

