

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

## **АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

## **АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ И ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

**4(90) • 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.

#### **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 Кульбаева С.Н.  
д.м.н. Султанова Ж.У.  
Phd Танышева Г.А.  
д.м.н. Шиканова С.Н.

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



---

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

ВАГИНАЛЬНЫЕ РОДЫ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ 12

*Аязбеков А.К., Нурхасимова Р.Г., Аязбекова А.Б., Дуйсебаева Э.Е., Амангелді А.А.  
МКТУ имени Х.А.Ясави, г. Туркестан, Казахстан*

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ  
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. 13

*Искакова М.Б., Сагындыкова Б.Б., Ержигит М.К.  
АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы, Казахстан*

«NEAR-MISS» ИНСТРУМЕНТ МОНИТОРИНГА СЛУЖБЫ  
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ 15

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

КОРРЕКЦИЯ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ  
ЖЕНЩИН В I И II ТРИМЕСТРАХ 19

*Ю.В.Кухарчик, Л.В.Гутикова  
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ВЛИЯНИЮ COVID-19 НА  
БЕРЕМЕННОСТЬ (обзор литературы) 21

*Мергазина М.М,  
Медицинский Университет Караганды, г. Караганда, Республика Казахстан*

АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ САЛАСЫНДА ҚАЗАҚСТАН-БЕЛОРУСЬ  
АРАСЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРІБЕ АЛМАСУДЫ НЫҒАЙТУ 27

*Ж.К. Наханова  
«Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі» Қазақстандық медицина университеті,  
Алматы қ., Қазақстан*

АКУШЕРСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ: АНАЛИЗ ДАННЫХ  
НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ЭЛЕКТРОННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЗ РК ЗА 2014–2018 ГГ 29

*Т.М.Укыбасова, Г.Н.Аймагамбетова, Г.Б.Бапаева, А.Марат, Е.Сакко,  
А.Гусманов, А.Исанов, А.Е.Гаипов  
Клинический и Академический Департамент Женского здоровья КФ «УМС», Школа  
Медицины Назарбаев Университета, НАО «Медицинский Университет Астана»,  
г.Нур-Султан, Казахстан*

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ СПИННОМОЗГОВОЙ  
АНЕСТЕЗИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ 32

*А.Д. Хасенов, Д.А. Калимбетов, М.Н. Синицына, А.А. Волков,  
Многопрофильная городская больница №1 г. Нур-Султан Казахстан*

---

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ	41
--	----

*Мирзахметова Д.Д., Терликбаева А.Т., Каюпова Л.С., Курманова А.М., Аимбетова А.Р., Искакова М.Б., Сагындыкова Б.Б., Салимбаева Д.Н., Аязбеков А.К., Утешова З.Б., Бекмолдакызы М.  
АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»,  
г. Алматы, Республика Казахстан*

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК	46
---	----

*Файзуллоева Нафосат Шокировна, Хотамова Матлуба Тилавовна  
Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сино, город  
Бухара, Республика Узбекистан*

ДОСТОВЕРНОСТЬ СКРИНИНГА МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ GESTАЦИОННОГО СРОКА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДОППЛЕРА	47
--	----

*Шукурлаева Шахноза Жамаловна, Хотамова Матлуба Тилавовна  
Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сино,  
г. Бухара, Республика Узбекистан*

## **РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА**

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ	48
--	----

*Гутикова Л.В., Кухарчик Ю.В., Павловская М.А.  
Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЯИЧНИКА В КАЗАХСТАНЕ И ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ.	51
--	----

*Дамирулы Д., Муслимова Б.  
Научный руководитель: Хамидуллина З.Г, Мырзабекова А.Ж.  
НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан*

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ ЯИЧНИКОВ ПРИ СПКЯ.	53
---------------------------------------	----

*Джунусова Р.К., Дауей Қ.Б., Салимбаева Б.Т., Бейсенова А.А.  
АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», г. Шымкент, Казахстан*

РАК ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН – ВПЧ АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	57
--	----

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

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, ЭТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	60
--	----

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

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ НА МАТОЧНЫЙ КРОВОТОК	63
---	----

*Забродина Ю.В., Ахмедьянова Г.У.*

НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан

**СИНДРОМ ОНВИРА (HERLYN–WERNER–WUNDERLICH):  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ** 65

*Ишангали Б.О., Алипанова А.Ж., Амантурлиева А.Ж*  
Международная многопрофильная клиника «Sofimedgroup»,  
г. Актау, Республика Казахстан

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ВЕЗИКУЛ  
ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ И СПЕРМАТОЗОИДОВ  
ЧЕЛОВЕКА IN VITRO** 69

*А.П. Сыроева<sup>1</sup>, Н.П. Макарова<sup>1</sup>, Д.Н. Силачев<sup>1,2</sup>, Н.Н. Лобанова<sup>1</sup>,  
Ю.А. Шевцова<sup>1</sup>, Е.Е. Брагина<sup>2</sup>, Е.А. Калинина<sup>1</sup>*  
1 – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский  
исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика  
В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва, Россия  
2 – НИИ Физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского ФГБОУ ВО «Московский  
государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

**ИМЕЕТСЯ ЛИ СВЯЗЬ ЭНДОМЕТРИОЗА С ИЗБЫТОЧНОЙ  
МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ?** 72

*Тажипбаева К.Д., Саматова А.Г., Хамидуллина З.Г., Мырзабекова А.Ж.*  
НАО «Медицинский Университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

**ТҮРКІСТАН ҚАЛАСЫНЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ  
ӘЙЕЛДЕРДІҢ АРАСЫНДА ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ  
БОСАНУҒА ДАЙЫНДЫҚ ТУРАЛЫ ПІКІРІН ТАЛДАУ** 74

*Торғауытова Ж.Е., Аязбеков А.К., Рыскелдиева К.Ж.*  
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті  
Туркестан қ., Қазақстан

**ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
Г. ТУРКЕСТАН О ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ.** 78

*Торғауытова Ж.Е., Аязбеков А.К., Рыскелдиева К.Ж.*  
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясауи  
г. Туркестан, Казахстан

**СУБКЛИНИЧЕСКИЕ АУТОИММУННЫЕ РЕАКЦИИ  
ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫКИДЫШЕ** 79

*Хотамова М.Т.*  
Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сино,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

**ЧАСТОТА СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ  
ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ** 80

*Шорманова Л.Ж.<sup>1</sup>, Габдильяшимова З.Т.<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>Докторант PhD НАО «МУА» г.Нур-Султан, <sup>2</sup>д.м.н., доцент кафедры акушерства и  
гинекологии №1 НАО «МУА» г.Нур-Султан

АСПЕКТЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НА ФОНЕ ЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	81
<i>Шосаидова О.Р., Хатамова М.Т</i>	
<i>Бухарский Государственный медицинский институт</i>	

### ПЕРИНАТОЛОГИЯ

CLINICAL CASE: EARLY NEONATAL SEPSIS IN A PREMATURE BABY WITH EXTREME LOW BODY WEIGHT.	84
<i>Alimukhamedov U.R., Tolykbaev T.Zh., Asanova L.Kh., Khan L.M., Rustemov M.R., Khudaibergenov Sh.A., Sultamuratova F.B., Alimukhamedova D.K.</i>	
<i>Zhambyl Regional Multidisciplinary Hospital, Taraz, Republic of Kazakhstan</i>	

АНЕВРИЗМА ВЕНЫ ГАЛЕНА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.	86
<i>Абентаева Б.А., Мазамбетов Е.Т., Сурдин Д.А., Тлеугалиева Ж.К.</i>	
<i>КФ «УМС», Нур-Султан, Казахстан</i>	

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	88
<i>Гулямова М.А., Ходжиметов Х.А., Рузметова Г.</i>	
<i>Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт</i>	

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТА НУМЕТЫ G13E.	89
<i>Джақсалықова К.К.<sup>1</sup>, Чувакова Т.К.<sup>1</sup>, Карин Б.Т.<sup>1</sup>, Цубенко И.А.<sup>2</sup>, Адгамова А.А.<sup>2</sup>, Усманова У.У.<sup>2</sup>, Саматова Н.Е.<sup>1</sup></i>	
<sup>1</sup> <i>НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,</i>	
<sup>2</sup> <i>ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»,</i>	
<i>г. Нур-Султан, Казахстан</i>	

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО И ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФТРИАКСОНА.	91
<i>Изенов А.М.<sup>1</sup>, Кенжебаева К.А.<sup>2</sup>, Янцен И.А.<sup>1</sup>, Ауменов Б.Б.<sup>1</sup>, Уткина Г.А.<sup>1</sup></i>	
<sup>1</sup> <i>КГП «Костанайская областная больница», г. Костанай, Казахстан,</i>	
<sup>2</sup> <i>НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан.</i>	

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ТЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИИ В ПЕДИАТРИИ	93
<i>А.Ш. Налибаев<sup>1</sup>, М.Ж.Калиакбарова<sup>2</sup></i>	
<sup>1</sup> <i>Научный центр педиатрии и детской хирургии</i>	
<i>Отделение реанимации, интенсивной терапии и анестезиологии кардиохирургии</i>	
<sup>2</sup> <i>Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова</i>	
<i>Алматы, Казахстан</i>	

ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	96
<i>Турсунбаева Ф.Ф., Насирова У.Ф.</i>	
<i>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан</i>	

<u>ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С «ПОЗДНЕЙ НЕДОНОШЕННОСТЬЮ» В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА</u>	97
--	----

*Ходжамова Н.К., Очилова Ш.М., Тошова К.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

<u>ДОСТОВЕРНОСТЬ СКРИНИНГА МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДОППЛЕРА.</u>	99
--	----

*Шукурлаева Ш.Ж., Хотамова М.Т.*

*Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сино, г. Бухара, Республика Узбекистан*

### МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ

<u>ПУТИ СНИЖЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИКРЕПЛЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ</u>	100
---	-----

*Акултанова А.А., Елемесова Д.О., Ахатаева А.А. Галицкая Т.Н.*

*Город Нур-Султан, НАО «Медицинский Университет Астана»*

<u>ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ.</u>	102
--	-----

*Әлибек З.А., Святова Г.С., Муртазалиева А.В.*

*АО “НЦАГиП”, Г.Алматы, Казахстан*

<u>ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИНЫ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН С COVID-19.</u>	104
--	-----

*Амангелді Қ.М.*

*Научный руководитель: Галицкая Т.Н.*

*НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан*

<u>КОРОНОВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯМЕН ГЕМОГЛОБИНИ ТӨМЕН ЖҮКТИ ӘЙЕЛЕРДІҢ АУЫРУ ЖИЛІГІ.</u>	106
---	-----

*Амирбекова Ж.Т, Аяпбергел С.С., Исмайлова К.К., Сапарбекова Ж.С.*

*Ғылыми жетекші: Жылкайдар Г.М.*

*Қарағанды Мемлекеттік Университеті, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы*

<u>БЕРЕΜΕΝНОСТЬ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.</u>	108
--	-----

*Балтабек Г.Т., Маханов Ж.М., Майкутова Ж.Б., Балташева Н.Т.*

*Научный руководитель: Ажетова Ж.Р.*

*НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан*

<u>ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ. КОРОНАВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯМЕН БАЙЛАНЫСТЫ КӨПТЕГЕН АҒЗАЛАР ДИСФУНКЦИЯСЫ БАР ЖҮКТИ НАУҚАСТА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬДЫ МЕМБРАНАЛЫ ОКСИГЕНАЦИЯНЫ СӘТТИ ҚОЛДАНУ.</u>	110
--	-----

*Жумекенова М.С. Кабдушева З.Б.*

*Ғылыми жетекшісі: кафедра доценті Шарипова Х.К.*

*«Астана медицина университеті» КЕАҚ №1 акушерлік және гинекология кафедрасы, Нұр-Сұлтан қ.*

ЖАТЫР МОЙНЫ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ҚАЗАҚСТАН ҮШІН ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІ СКРИНИНГТІК ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ОҒАН ҚАРСЫ ВАКЦИНАЦИЯСЫ	112
<i>Қайып Б.Н., Советхан А.С., Мыртай Д.Е., Хамидуллина З.Г. «Астана медициналық университеті», Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы</i>	
ЖАҢА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕДЕГІ НЕОНАТАЛЬДЫ МИАСТЕНИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ	115
<i>Қасен Л.Х., Святова Г.С., Муртазалиева А.В. “Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы” АҚ, Алматы, Қазақстан</i>	
ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ	117
<i>Қуланбаева А.У, Сейткерим Ш.С., Хамидуллина З.Г. НАО «Медицинский университет Астана, г. Нур-Султан, Республика Казахстан</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ С МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ	119
<i>Оспанова Е.Д., Святова Г.С., Муртазалиева А.В. АО «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии» г. Алматы, Республика Казахстан</i>	
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19	122
<i>Саркулова Ж.Н., Назарбаев А.К., Тоқшылыкова А.Б. НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», Областной перинатальный Центр, г. Ақтобе, Казахстан</i>	
ЖҮКТІЛЕРДЕГІ SARS-COV-2 ВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯСЫНДА АНГИОТЕНЗИНГЕ- АЙНАЛДЫРУШЫ 2 ФЕРМЕНТІНІҢ (ACE2) ПАТОГЕНЕЗІНЕ РӨЛІ ЖӘНЕ ПРЕЭКЛАМПСИЯҒА БАЙЛАНЫСЫ	125
<i>Советхан А., Қайып Б., Мырзабекова А.Ж. «Астана медицина университеті», Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы</i>	



**Магрифа Нигметкановна Шарифканова** (1945-2021 годы жизни) – доктор медицинских наук, профессор, была человеком, равнодушным к проблемам здоровья и сохранения жизни матери и ребенка. А потому близко воспринимала прогрессирующую глобальную деструкцию системы здравоохранения. Ведь она руководствовалась утверждением, что здоровье будущих поколений зависит от сегодняшних решений.

Магрифа Нигметкановна прожила яркую жизнь. Она родилась 16 мая 1945 года в семье видного партийного и государственного деятеля, который, однако, не позволял своим детям даже думать о преимуществах перед обществом, что называется, по умолчанию и положению. Этот принцип соблюдался в семье всегда. И этому принципу Магрифа Нигметкановна Шарифканова следовала на протяжении всей жизни, в особенности при воспитании последователей – только наиболее самоотверженные получали возможность тесной работы с профессором Шарифкановой.

Магрифа Нигметкановна выбрала непростое, требующее высочайшей степени отдачи направление – акушерство и гинекология. Она окончила в 1968 году Алма-Атинский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело» и была принята на работу врачом акушером-гинекологом в Первый клинический родильный дом г. Алма-Аты, с 1969 по 1976 годы работала заведующей отделением патологии беременных. В течение этого времени она овладела всеми профессиональными навыками по оказанию акушерско-гинекологической помощи. Неоднократно осуществляла экспедиционные выезды в районные больницы республики по консультативно-организационной помощи. Врач высшей категории, владеющий всем объемом оперативной техники.

В 1976 г. по конкурсу прошла на должность ассистента кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета АГМИ. За этот период она овладела учебно-педагогическими навыками работы.

Больше 20 лет трудовая деятельность Магрифы Нигметкановны была связана с Научно-исследовательским институтом акушерства и гинекологии (в последующем Республиканским научно-исследовательским центром охраны здоровья матери и ребенка, в настоящее время Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии) от рядового врача до директора института.

В 1981 году она возглавляла акушерский отдел (послеродовой отдел), а затем до 1999 года была ответственна за всю клиническую работу Республиканского научно-исследовательского центра охраны здоровья матери и ребенка (РНИЦОЗМР). В эти годы она особенно активно участвует в изучении всех возможных причин снижения материнской и перинатальной (смертности новорожденных вокруг родов) заболеваемости и смертности.

В 1988 г. в Киевском НИИ педиатрии, акушерства и гинекологии им. П.М. Буйко ею защищена кандидатская диссертация по проблеме анемии у беременных, за что ей была присуждена ученая степень кандидата медицинских наук.

Почти 10 лет ушло на изучение проблемы беременности и родов у женщин с пороками сердца, как результат, в 1999 году успешно защищена докторская диссертация на тему «Профилактика послеродовых осложнений у родильниц с пороками сердца».

В 2000 г. присвоена ученая степень доктора медицинских наук и звание профессора.

С декабря 1999 по 2003 годы Магрифа Нигметкановна возглавляла в качестве директора большой коллектив РНИЦОЗМР. Под ее руководством проводились научные разработки по темам: – Усовершенствование системы прогнозирования и профилактики акушерской и перинатальной патологии и разработка стратегии и тактики ведения беременности и родов в группах высокого риска в условиях Казахстана; – Совершенствование системы диагностики, профилактики и реабилитации нарушений репродуктивной функции женщин в возрастном аспекте; – Влияние неблагоприятных экологических факторов на репродуктивную функцию и состояние здоровья потомства; – Усовершенствование системы планирования семьи и разработка оптимальной стратегии репродуктивного поведения женщин республики в различных возрастных группах.

Многие годы Магрифа Нигметкановна возглавляла аттестационную комиссию по присвоению высшей и первой врачебных категорий по акушерству и гинекологии, была главным редактором журнала «Акушерство, гинекология и перинатология», заместителем председателя диссертационного совета.

С сентября 2003 года возглавила курс акушерства и гинекологии АГИУВ, а с 2005 г. стала заведующей кафедрой. Основные научные направления кафедры – это изучение репродуктивного здоровья и научных основ профилактики акушерской и перинатальной патологии в группах высокого риска.

Под руководством Магрифы Нигметкановны подготовлены и защищены кандидатские диссертации, опубликовано более 150 научных работ, в том числе на международном уровне, по самым новым проблемам акушерства и гинекологии. Принимая во внимание отсутствие учебников, Магрифа Нигметкановна выпускала методические рекомендации для врачей.

В течение многих лет она оказывает консультативную и организационно-методическую помощь родовспомогательным учреждениям Казахстана, работая непосредственно на местах и в самых отдаленных регионах Казахстана.

Огромный опыт и глубокие знания Магрифы Нигметкановны получили международное признание, она участвует в различных международных программах и проектах, внедряемых в Казахстане такими организациями, как ВОЗ, ЮНФПА, ЮСАИД, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, в качестве эксперта международного класса по программам репродуктивного здоровья либо как ответственный исполнитель.

В 2001 г. группой специалистов при активном участии М.Н. Шарифкановой началось внедрение международной программы «Безопасное материнство». Благодаря этой программе будущие папы теперь могут принимать активное участие в родах, новорожденный сразу прикладывается к груди, резко снижается количество осложнений для мамы и малыша, и женщина выписывается из роддома уже на 3-и сутки. С этого же времени в г. Алматы внедрены международные критерии живорожденности, рекомендованные ВОЗ, то есть началось выхаживание маловесных детей с весом от 500,0 грамма. В соответствии с Указом Президента РК от 13.09.2004 г. №1348 «О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг.» и в целях повышения эффективности контроля за качеством предоставляемых услуг женщинам репродуктивного возраста, была разработана инструкция по осуществлению экспертной оценки фактов смерти женщин репродуктивного возраста. В состав рабочей группы вошла профессор М.Н. Шарифканова.

С 2008 года после прохождения специального курса обучения и защиты диплома профессор Шарифканова М.Н. получила квалификацию аккредитованного независимого эксперта.

В 2007 году Магрифа Нигметкановна стала обладателем награды «Золотой скальпель», ее имя внесено в списки Золотого Фонда ученых медицины Казахстана, это особенно показательно, так как до настоящего времени профессор М.Н. Шарифканова оперирует сама и обучает молодое поколение врачей бережному отношению к пациентам.

Многолетняя плодотворная деятельность Шарифкановой Магрифы Нигметкановны отмечена

специальными профессиональными наградами: в 1986 г. ей было присвоено звание «Отличник здравоохранения МЗ СССР», в 1989 г. – почетный донор СССР. 10 декабря 2001 года Указом Президента РК за особые заслуги перед Родиной Магрифа Нигметкановна Шарифканова награждена орденом «Курмет». В 2009 году награждена знаком «Денсаулық сақтау ісіне қосқан үлесі үшін». Буквально за месяц до ухода из жизни Магрифу Нигметкановну наградили медалью “Еңбек Ардагері”.

И все же самая главная благодарность, говорила Магрифа Нигметкановна, - это счастливые семьи. Общее число благодарных Магрифе Нигметкановне семей за рождение желанного ребенка может сравниться с населением одного из городов Казахстана. Среди этих семей есть очень знаменитые и совсем простые, сейчас в некоторых семьях профессор помогает в родах уже третьему поколению – 53 года работы – это немалый срок. Самая большая награда – счастливые семьи.

## ВАГИНАЛЬНЫЕ РОДЫ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

*Аязбеков А.К., Нурхасимова Р.Г., Аязбекова А.Б., Дуйсебаева Э.Е., Амангелді А.А.  
МКТУ имени Х.А.Ясави, г. Туркестан, Казахстан*

**Введение.** Вагинальные роды после предшествующего кесарево сечения, или естественные роды после оперативных – акушерско-гинекологическое явление, приобретающее все большую значимость среди акушер-гинекологов и все большую востребованность среди женщин. Сегодня медицинская практика успешно опровергает ранее столь распространенное правило «одно кесарево сечение – всегда кесарево сечение», современные достижения акушерства и гинекологии позволяют женщинам с рубцом на матке успешно рожать, в отсутствие медицинских противопоказаний к физиологическим родам.

**Цель исследования:** изучение частоты вагинальных родов после предшествующего кесарева сечения (КС).

**Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ истории родов 271 родильниц с рубцом на матке произошедших на III уровне (ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №3» Туркестанской области) регионализации перинатальной помощи за 1 квартал 2022 года.

**Результаты:** За 3 месяца 2022 года в перинатальном центре принято родов всего 2494, из них родоразрешенных абдоминальным путем 491 что составляет 19,6% от общего количества родов. Самопроизвольные роды с рубцом на матке среди общей популяции родоразрешенных женщин составляет 3,4%. Из 491 абдоминальным путем родоразрешенных женщин экстренное КС было проведено в 306 – 62%, и плановое КС было проведено 185 – 38%. Из 491 женщин родоразрешенных путем КС имели рубцы на матке 271 что составило 55,1% от общего количества показаний к оперативным родам. За данный период на родоразрешение с рубцом на матке было госпитализировано 357 беременных из них 86, что составило 24%, были родоразрешены через естественные родовые пути, каждая 4-ая женщина с рубцом на матке имела вагинальные роды после предшествующего КС, все родоразрешенные естественным путем женщины с рубцом на матке имели 1 КС в анамнезе, условием допуска к вагинальным родам после предшествующего кесарева сечения было наличие только 1 рубца на матке. Из общего числа 271 женщин родоразрешенных путем кесарева сечения по количеству рубцов на матке следующий расклад 1 – КС в анамнезе в 42%, 2 – КС в анамнезе у 32,1%, 3 – КС в анамнезе у 22,8%, 4 – КС в анамнезе у 2,5%, 5 – КС в анамнезе 0,3%.

**Выводы.** Таким образом вагинальные роды после предшествующего кесарева сечения является значительным ресурсом снижения хирургического, анестезиологического риска и других осложнений абдоминального родоразрешения, безопасной альтернативой кесареву сечению, при правильном подходе к организации и ведению родов женщин с рубцами на матке.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Джан Карло Ди Ренцо, Антонио Мальвази / Кесарево сечение новое о старом. Иллюстрированное практическое руководство. Москва 2021г. С.167-169
2. Радзинский В.Е. /Акушерская агрессия V.2.0 Москва 2017г. С. 563
3. Томас Ф.Баскет, Эндрю А.Калдер, Сабаратанам Арулкумаран/ Оперативное акушерство Манро Керра/Москва 2015г. С.181-183.
4. Кокрановское руководство беременность и роды / Москва 2010г. С.319.
5. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костина И.Н./Предиктивное акушерство/Москва 2021г. С.181-195.

## КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.

*Искакова М.Б., Сагындыкова Б.Б., Ержигит М.К.*

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

**Материалы исследования:** Проведен персонифицированный анализ случаев критических состояний у беременных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне преэклампсии по Республике Казахстан за период с 2016 года по 2021 год.

**Результаты:** Установлено, что за период 2016-2017 г.г. ОНМК, ассоциированное с гестационным периодом зафиксировано у 45 женщин.

По возрасту до 20 лет 2 случая, что составило 4,4%, от 20 до 29 лет – 21 случай (46,7%), от 30 до 39 лет – 18 (40%), и 4 случая (8,8%) в возрасте старше 40 лет.

По паритету первобеременных было 11 женщин (24,4%), повторнобеременных, повторнородящих – 18 (40%), многорожавших – 16 (35,6%).

По регионам проживания в южном регионе 31 женщина (68,9%), с превалярованием в Южно-Казахстанской области – 18 (40%), в северо-восточном регионе – 6 (13,3%), в западном – 5 (1,1%), в центральном – 3 (6,7%).

Беременность осложнилась в 9 случаях преэклампсией и в 6 случаях эклампсией, в 2 случаях гестационной артериальной гипертензией, т.е. гипертензивные состояния беременных послужила фоном развития ОНМК в 17 случаях (37,8%) наблюдений. ОНМК при беременности развилось у 14 (31,1%) беременных, у 2 (4,4%) после медикаментозного аборта и у 29 (64,4%) в послеродовом периоде, в том числе у 20 (44,4%) после вагинальных родов и у 9 (20%) после операции кесарева сечения. При беременности ОНМК осложнило течение в 1 триместре из 14 случаев у 3 женщин, что составило 21,4%, во 2 триместре у 5 (35,7%), в 3 триместре у 6 (42,9%).

Исходы у 14 женщин: беременность прервана по жизненным показаниям у 5 (35,7%), пролонгирована в связи с положительной динамикой у 2 (14,3%), родоразрешены после стабилизации состояния путем кесарева 6 (42,9%) и умерла 1 женщина (7,1%). Два случая ОНМК после медикаментозного аборта наблюдались на 1 сутки и 9 суток.

По характеру ОНМК: по ишемическому типу 12 случаев (26,7%), тромбоишемическому типу 15 (33,3%), по типу САК – 4 (8,9%), по геморрагическому типу с образованием гематомы – 12 (26,7%), по смешанному типу 1 случай (2,2%), по типу разрыва аневризмы СМА 1 случай (2,2%). Первоначальная оценка состояния больных после эпизода ОНМК как средней тяжести была у 2 женщин (4,4%), крайне тяжелое у 12 (26,7%), у остальных 31 (68,9%) расценивалось как тяжелое. Из 45 больных оперативное лечение основной патологии – нейрохирургическая операция проводилось у 10 женщин (22,2%), консервативную терапию получали 35 (77,8%). Из 45 больных умерли 8, что составило 17,7%, по 1 родильнице нет данных об исходе, остальные 36 – выписаны на дальнейшую реабилитацию. Показатель материнской смертности среди больных с ОНМК, ассоциированным с гестационным периодом составил 22,9.

В 2019 году среди пациенток в критическом состоянии с ОНМК было 34 (7,1%) беременных. Непосредственной причиной развития ОНМК послужили: преэклампсия/эклампсия – 10 случаев (29,4%), артериальная гипертензия – 7 (20,6%), прочие случаи были результатом патологии сосудистой системы головного мозга. Среди 10 пациенток с ОНМК на фоне преэклампсии/эклампсии преобладали первородящие – 5 случаев, повторнородящие – 4, повторнородящих было в 3 раза больше (26 – 76,4%), первородящих – 8 (23,6%) случаев. Из 10 пациенток ОНМК развилось на фоне преэклампсии у 8, на фоне эклампсии у 2. Во 2 триместре – у одной, в третьем триместре у 7 (70%) в сроках 30-32 недели беременности.

По типу ОНМК: по ишемическому типу у 4, по смешанному типу у 1, по геморрагическому типу у 5 (50%). Родоразрешение у всех 10 (100%) было путем кесарева сечения. Материнская смертность была в 2 случаях, то есть в 5,9% случаев от всех пациенток с ОНМК и в 20% от случаев ОНМК на фоне преэклампсии/эклампсии.

При дальнейшем анализе критических состояний за 2020 год и 2021 год выявилась тенденция к нарастанию числа ОНМК, так в 2020 году возросло до 13 случаев, что на 30% больше, чем в 2019 году (10 случаев), а в 2021 году составило 23 случая. При этом материнская смертность от ОНМК в 2019 году была зарегистрирована в 3 случаях, в 2020 году в 2 случаях.

#### **Заключение:**

Для ОНМК, ассоциированного с гестационным периодом характерно в большей степени поражение по ишемическому и тромбоишемическому типу. В случаях геморрагического инсульта прогноз неблагоприятный.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Арустамян Р.Р., Адамян Л.В., Шифман Е.М., Овезов А.М. Острые нарушения мозгового кровообращения во время беременности, родов и в послеродовом периоде // Журнал:Проблемы репродукции.-2016,- Том 44.- № 3.-с.111-114.
2. Адамян Л.В. Преэклампсия, эклампсия и острое нарушение мозгового кровообращения / Адамян Л.В., Шифман Е.М., Арустамян Р.Р., Ляшко Е.С.
3. Искакова М.Б., Сагындыкова Б.Б., Кулманбетова Ф.К. Анализ материнской смертности и критических состояний у женщин от острого нарушения мозгового кровообращения во время беременности, родов и послеродовом периоде в разрезе регионов за 6 месяцев 2019 года// Журнал акушерство и гинекология – 2019 № 3-4.- с. 36-37.
4. Bushnell C. Guidelines for the Prevention of Stroke in Women / Bushnell C. et al //Stroke. – 2014.- 45. – P.1545-1588.
5. Ержан З.Е., Раева Р.М., Мошкалова Г.Н. и др. Тяжелая преэклампсия – актуальная проблема современного акушерства. // Scientific-Practical Journal of Medicine. Vestnik KazNMU. September 23 rd, 2013.- №4.-с.33-36.
6. Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е. Преэклампсия. ГЭОТАР-Медиа. 2010.-с.576.
7. Ветров В.В., Воинов В.А., Иванов Д.О. Неосложненная преэклампсия. –Город:Санкт-Петербург.- Информ-Навигатор, 2013.-с.168.

## «NEAR-MISS» ИНСТРУМЕНТ МОНИТОРИНГА СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Л.С. Каюпова

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

Важнейшим направлением Государственной политики Республики Казахстан является охрана здоровья матери и ребенка, снижение материнской заболеваемости и смертности.

Существующая концепция реформирования здравоохранения содержит ряд задач, которые включают сокращение материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения, повышение уровня рождаемости, а также существенное улучшение качества медицинской помощи [1,2,3,4]. Поэтому обеспечение надлежащего качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным является необходимым условием предупреждения материнских и перинатальных потерь. [5,6,7,8].

В настоящее время вопросы качества оказания медицинской помощи, ее доступности, удовлетворенности, адекватности запросам пациента являются приоритетными в оценке деятельности акушерско-гинекологической службы. Существует ряд показателей, характеризующих деятельность акушерской службы. Основным показателем является уровень материнской смертности. Кроме *материнской смертности* существует еще один показатель, оценивающий вероятность гибели женщины от причин, связанных с выполнением репродуктивной функции.

Его называют *«риск материнской смерти в течение жизни»*. Риск умереть, связанный с беременностью, достаточно велик. Согласно данным статистики он определяется количеством родов, приходящихся на одну материнскую смерть. В настоящее время большое внимание уделяется показателю, характеризующему критические акушерские состояния, при которых в результате тяжелых осложнений при беременности, в родах и после них женщина, оказавшаяся при смерти, едва не погибает, но все же выживает. Это состояние получило определение — «материнская заболеваемость, едва не лишившая женщину жизни» (near miss maternal morbidity)

Near miss и материнская смертность — две стадии одного явления: ненадлежащего качества медицинской помощи.

Исследование критических акушерских состояний имеет ряд преимуществ по сравнению с анализом причин материнской смертности:

- критические состояния возникают чаще, что позволяет изучать больший массив наблюдений;
- последствия врачебных ошибок при критических состояниях могут быть не столь серьезными;
- информация, полученная от женщины, содержит оценку качества медицинской помощи;
- выявленные дефекты оказания медицинской помощи при near miss могут быть использованы для приобретения необходимого опыта при оказании медицинской помощи;
- пациенты, перенесшие критические акушерские состояния и оставшиеся живыми, представляют «верхушку айсберга», так как состояние их здоровья в дальнейшем может значительно ухудшиться.

## Классификация факторов риска состояний «near miss».

Группа факторов	Факторы
I группа. Медицинские факторы	<p><b>Амбулаторное наблюдение.</b> Недооценка факторов риска (кровотечение, преэклампсия, сепсис, разрыв матки); отсутствие мониторинга факторов риска во время беременности; позднее обращение в женскую консультацию (срок более 12 нед.); недооценка риска экстрагенитальных заболеваний (анемия, гипертензия, заболевание почек, инфекция родовых путей); неадекватная терапия экстрагенитальной патологии при беременности; недостаточно квалифицированная консультация смежных специалистов; неполное лабораторное обследование; неверная трактовка и недооценка лабораторных данных; длительное консервативное лечение и поздняя госпитализация.</p> <p><b>Стационарное наблюдение.</b></p> <p><b>Этап диагностики:</b> неверный диагноз из-за неполного клинического и лабораторного обследования; недооценка степени тяжести состояния; позднее распознавание настоящего диагноза; необоснованное пролонгирование беременности; недооценка объема кровопотери, тяжести состояния при преэклампсии, сепсисе.</p> <p><b>Этап лечения:</b> длительная консервативная терапия, дублирование неэффективных лечебных методов; запоздалое решение о радикальных методах лечения; большой временной интервал между принятием решения и его реализацией; неверный объем оперативного вмешательства; неправильная тактика лечения; неполная и запоздалая инфузионно-трансфузионная терапия; медикаментозная терапия и тактика ведения, не соответствующие порядкам, стандартам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения)</p>
II группа. Организационно-методические факторы	Изолированность женских консультаций и родильных домов от многопрофильных стационаров; отсутствие «маршрутизации» для беременных, рожениц, родильниц; отсутствие функционирующей трехуровневой системы оказания помощи пациенткам; отсутствие консультативно-диагностических акушерских центров; низкий уровень профессиональной подготовки специалистов; задержка госпитализации в учреждения III уровня, поздняя госпитализация в специализированный многопрофильный стационар; неудовлетворительное использование межведомственных и региональных нормативных документов по ведению пациенток
III группа. Демографические и социальные факторы	Миграционный прирост населения (в крупных городах); низкий социальный статус; возраст более 30 лет; высокий паритет; никотинозависимые/наркозависимые пациентки; неудовлетворительные семейные отношения
IV группа. Экономические факторы	Увеличение доли населения, живущего ниже прожиточного минимума; низкий уровень валового продукта федерального округа (области, города)
V группа. Ответственность пациентки	Позднее обращение в женскую консультацию; отсутствие наблюдения за течением беременности; нерегулярное посещение врача в женской консультации; невыполнение рекомендаций (назначений) врача; самовольный уход из стационара; неудовлетворительная медицинская культура

При оценке случаев тяжелой материнской заболеваемости необходимо проводить синхронный анализ «near miss» и случаев материнской смертности с обозначением причин, способствующих снижению материнской смертности.

Анализ должен касаться как общего числа критических акушерских состояний (near miss и случаев материнской смертности), так и ведущих причин материнской смертности: акушерских кровотечений, преэклампсии, сепсиса, экстрагенитальных заболеваний. Определены индикаторы, по которым проводится оценка:

1. МС (материнская смерть) – это смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после прерывания беременности, но не от случайных причин.

2. КМС – коэффициент (показатель) материнской смертности:  $KMS = MS / ЖР \times 1000$ , где ЖР – дети, признанные живорожденными

3. КАС (NM) (критические акушерские состояния (near miss) – выжившие при критическом состоянии пациентки во время беременности, родов или в течение 42 дней после прерывания беременности.

KNM коэффициент КАС (NM):

$KNM = KAS(NM) / ЖР \times 1000$ .

4. КЖУС – коэффициент жизнеугрожающих состояний:

$КЖУС = КАС(NM) + MS / ЖР \times 1000$ .

5. ИВ – индекс выживаемости:

$ИВ = КАС(NM) / MS$ .

6. ИС – индекс смертности:

$ИС = [MS / (КАС(NM) + MS)] \times 100 (\%)$ .

При этом необходимо отметить, что ИС <5% оценивается, как высокое качество медицинской помощи, ИС > 20% свидетельствует о низком качестве ухода.

Проведен анализ всех случаев материнских near miss по РК за период работы 2020—2021 гг. Всего зафиксировано 2337 случаев, из них едва «не умерших» 2175 случаев, в что позволило представить структуру материнских near miss.

#### Структура критических ситуаций за 2020-2021 гг.

2020 год (всего 993, из них 71 случай МС):

Акушерские кровотечения – 280

ПЭ – 186

ГСЗ – 59

ЭГЗ – 440

Прочие – 28

2021 год (всего 1344, из них 91 случай МС):

Акушерские кровотечения – 280

ПЭ – 183

ГСЗ – 115

ЭГЗ – 737

Прочие – 29

Изучение структуры причин развития near miss за период 2020-2021 гг. показало, что лидирующее место занимают ЭГЗ (99,1%) и акушерские кровотечения (49%), последующее место – преэклампсия (32,3%).

Ведение акушерских пациенток, оказавшихся на грани жизни и смерти («near miss»), всегда представляет большие трудности, требует мультидисциплинарного подхода, привлечения современных методов диагностики и лечения.

Акушерские(неотложные) NM.

❖ Нарушение порядков и стандартов оказания помощи

❖ Полипрогмазия

❖ Недоучет или отсутствие факторов акушерского и перинатального риска

❖ Игнорирование конституциональных особенностей беременной

❖ Отсутствие профилактических мероприятий в группе риска

Организационные аспекты. Модель трех задержек (ВОЗ).

❖ Задержка на этапе принятия решения о необходимости срочной госпитализации перевода пациентки в квалифицированное учреждение или позднее обращение

Проблема транспортировки:

- ❖ Готовность учреждения к оказанию экстренной квалифицированной помощи в полном объеме включая оперативную и реанимационную помощь
- ❖ Необходимо проводить синхронный анализ «near miss» и случаев материнской смертности с обозначением причин, способствующих снижению материнской смертности.
- ❖ Анализ должен касаться как общего числа КАС (near miss и случаев материнской смертности), так и ведущих причин материнской смертности: акушерских кровотечений, преэклампсии, сепсиса, ЭГЗ.
- ❖ Актуален вопрос о реабилитации женщин, перенесших состояние «near miss». По стране нет единых разработанных документов, регламентирующих реабилитационные мероприятия.
- ❖ При наблюдении и мониторинге случаев «едва не умерших» женщин необходима единая система мониторинга НМ, которая отобразит достоверную информацию о качестве медицинской помощи.
- ❖ Возникает необходимость разработки единых четких критериев мониторинга и оценки акушерских критических случаев в зависимости от плотности населения и моноцентральной или многоцентральной модели оказания перинатальной помощи.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.Н. Кулаков, В.Е. Радзинский [и др.] - М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 120 с.
2. Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / И.Н. Костин - М., 2012. -48 с.
3. Сухих, Г.Т. Государственная политика в области охраны здоровья матери и ребенка - долгосрочные перспективы развития. / Г.Т. Сухих, М.П. Шувалова, О.Г. Фролова // Акушерство и гинекология. - 2013. -№ 5. - С. 4-9.
4. Фролова, О.Г. Перинатальная смертность в Российской Федерации. Возможные пути ее снижения / О.Г. Фролова, М.П. Шувалова, Т.К. Гребенник [и др.] // Акушерство и гинекология. 2012. - № 6. - С. 47-51.
5. Щепин, О.П. Перспективное развитие здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - Т. 23, № 6. -С. 3-6.
6. Духанина, М.В. Совершенствование организации и управления амбулаторной акушерско-гинекологической помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / М.В. Духанина. - М., 2014. - 22 с.
7. Petrova N.G., Dodonova I.V., Pogosyan S.G., Okunev A.Yu., Bratclavsky V.B. Problems and experience of young specialists' adaptation // Danish scientific J. - 2017. - vol. 32. - p. 25-28.
8. Приказ Министра здравоохранения РК от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92 Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан (п.132)

## КОРРЕКЦИЯ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В I И II ТРИМЕСТРАХ

*Ю.В.Кухарчик, Л.В.Гутикова*

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

### **Актуальность.**

Нормальное протекание беременности и адекватное формирование плода невозможны в условиях недостатка питательных веществ, витаминов и микроэлементов. В природе не существует продуктов, в которых присутствуют все необходимые организму человека витамины; ряд из них также может синтезироваться в процессе обмена веществ: к примеру, витамин А – из каротина в тонком кишечнике и печени, витамин D – из стероидов в коже под влиянием ультрафиолетового излучения. Однако следует подчеркнуть, что эндогенный синтез витаминов незначителен и не играет существенной роли в обеспечении потребности в них. Жирорастворимые витамины в определенной степени могут депонироваться в тканях организма; водорастворимые, за исключением витамина B12, этим свойством не обладают. Нутритивный дефицит в организме беременной приводит к осложнениям гестационного процесса и ухудшению здоровья новорожденных, а также объясняет развитие широкого спектра хронических заболеваний у потомства. Актуальность данного исследования несомненна.

### **Цель исследования.**

Провести коррекцию микронутриентной недостаточности у беременных женщин в I и II триместрах.

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

Проведено проспективное исследование на базе профессорского консультативного центра УО «Гродненский государственный медицинский университет» с 01.09.2020 г. по 31.05.2021 г. Пациенты принимали участие в обследовании на основании полученного согласия на включение их в исследование и подписания информированного согласия.

В ходе работы нами выполнено обследование 110 беременных женщин, 55 из которых на протяжении 3 месяцев принимали сухой молочный продукт «Беллакт МАМА+», а вторая половина наблюдалась только согласно клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» утвержденного Постановлением Министерства здравоохранения от 19.02.2018 №17.

Для решения поставленной цели были использованы следующие методы: анамнестический – оценка анамнеза жизни и заболевания; общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные. Выполнен забор крови из локтевой вены утром натощак с определением уровней ферритина, кальция  $i$ , железа, витамина D общий, фолиевой кислоты, остеокальцина. Проведена оценка биоценоза урогенитального тракта: «Фемофлор скрин» у пациентов основной и контрольной групп.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием стандартного пакета прикладных статистических программ «STATISTICA 10.0.».

### **Результаты исследования.**

В ходе проведенного исследования установлено, что средний возраст женщин в контрольной группе  $29,8 \pm 3,7$  года, в основной группе  $30,6 \pm 2,7$  года.

Уровень фолиевой кислоты у обследованных женщин основной группы, которым в последующем назначен был сухой молочный продукт «Беллакт Мама+» составил  $14,35 \pm 6,78$  нг/мл, а у женщин группы контроля  $18,89 \pm 5,62$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Спустя три месяца эти пациенты вновь обследованы и получены следующие результаты: основная группа –  $24,31 \pm 3,68$  нг/мл; контрольная группа –  $19,32 \pm 3,18$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Выявлена стойкая положительная динамика.

У обследованных нами женщин концентрация общего витамина D в контрольной группе варьировала в пределах  $32,28 \pm 6,52$  нг/мл, а в основной группе этот показатель достоверно был

ниже и составил  $19,76 \pm 3,72$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Через 3 месяца: в основной группе  $33,12 \pm 4,73$  нг/мл, а в контрольной остался практически на том же уровне и составил  $32,12 \pm 4,52$  нг/мл ( $p < 0,05$ ).

Что касается уровня кальция ионизированного, то его уровень в основной группе был выше, чем в контрольной группе и выходил за значения референтных значений и составил  $1,37 \pm 0,25$  ммоль/л, а в контрольной группе –  $1,24 \pm 0,11$  ммоль/л. Содержание остеокальцина не имело статистически значимых различий у обследуемых женщин основной и контрольной групп и составило  $15,78 \pm 2,32$  нг/мл и  $17,25 \pm 3,12$  нг/мл, соответственно. Через три месяца результаты были следующими: уровни кальция ионизированного в основной группе и группе контроля статистически не различались и составили соответственно  $1,29 \pm 0,68$  ммоль/л и  $1,28 \pm 0,32$  ммоль/л. Содержание остеокальцина также не имело статистически значимых различий у обследуемых женщин основной и контрольной групп и составило  $26,31 \pm 3,12$  нг/мл и  $25,18 \pm 2,86$  нг/мл, соответственно. Следует отметить, что беременные основной группы не предъявляли жалобы на дискомфорт в крупных суставах, костях, улучшение качества ногтей, отсутствие судорог в икроножных мышцах и отсутствие «шатания» зубов, в отличие от пациентов группы контроля.

У обследованных нами женщин в основной группе установлен низкий, по сравнению с группой контроля уровень сывороточного железа ( $14,44 \pm 3,75$  мкмоль/л и  $28,49 \pm 7,32$  мкмоль/л, соответственно в основной и контрольной группах) и ферритина ( $19,32 \pm 6,81$  нг/мл и  $27,31 \pm 7,25$  нг/мл, соответственно в основной и контрольной группах). Результаты повторного обследования показали активную положительную динамику оцениваемых показателей, так уровень сывороточного железа ( $24,52 \pm 4,38$  мкмоль/л и  $29,51 \pm 6,57$  мкмоль/л, соответственно в основной и контрольной группах) и ферритина ( $28,61 \pm 5,73$  нг/мл и  $27,12 \pm 6,25$  нг/мл, соответственно в основной и контрольной группах).

Нами в ходе проведенного исследования проанализировано течение беременности, родов и послеродового периода у обследованных женщин. Что касается особенностей течения гестационного процесса, то его течение осложнилось в основной и контрольной группах: плацентарными нарушениями – 12,7% и 56,4%, умеренной преэклампсией – 9,1% и 32,7%, многоводием – 0% и 1,8%, маловодием – 0% и 9,1%, соответственно у обследованных пациенток изучаемых групп ( $p < 0,05$ ).

Анализ начала родов в основной группе сопровождался преждевременным разрывом плодных оболочек у 29,1% женщин, в контрольной группе у 32,7% пациенток. В основной группе срочные роды произошли в 96,4% случаях, преждевременные роды – у 3,6% женщин. В контрольной группе преждевременные роды – у 9,1%, срочные роды у 80,9%.

Роды через естественные родовые пути имели место у 83,6% беременных в основной группе и у 80% женщин контрольной группы. Путем операции кесарева сечения родоразрешено 20% рожениц контрольной группы и 16,4% женщин основной группы. Во время оперативного родоразрешения в обеих группах объем общей кровопотери в среднем составила  $756,4 \pm 120,3$  мл.

Среди осложнений родового акта установлена слабость родовой деятельности в контрольной группе у 27,3% женщин, стремительные роды установлены у 9,1% пациенток. В то же время в основной группе процент осложнений был ниже и составил 3,6% и 7,3% – слабость родовых сил и стремительные роды соответственно.

Средний вес новорожденных в основной группе составил  $3340 \pm 365$  г. Средняя длина тела ребенка –  $51,6 \pm 2,3$  см. Оценку 8/9 баллов по шкале Апгар получили 96,4% новорожденных этой группы. Задержка внутриутробного развития выставлена в 7,3% случаях. Что касается контрольной группы, то средний вес новорожденных варьировал в пределах  $3150 \pm 425$  г, рост –  $49,7 \pm 2,6$  см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов отмечена в 80,9%, с задержкой внутриутробного развития родилось 9,1% детей этой группы.

### **Выводы.**

Полученные нами данные подтверждают необходимость контроля и проведения коррекции микронутриентной недостаточности у женщин на этапе прегравидарной подготовки и в первом и втором триместрах беременности.

УДК-618.3-06

## АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ВЛИЯНИЮ COVID-19 НА БЕРЕМЕННОСТЬ (обзор литературы)

*Мергазина М.М,*

*Медицинский Университет Караганды, г. Караганда, Республика Казахстан*

### **Аннотация**

Много неизвестного кроется во влиянии коронавирусной инфекции на организм беременной женщины и организм плода. Физиологические изменения во время беременности оказывают значительное влияние на иммунную систему, дыхательную систему, сердечно-сосудистую функцию и свертываемость крови. В этой статье мы исследуем современные знания о COVID-19 во время беременности и выделяем области для дальнейших исследований, чтобы свести к минимуму его воздействие на женщин и их детей.

**Ключевые слова:** беременность, коронавирус, плод, плацента, инфекция, иммунитет.

В этой статье представлены воздействия инфекции SARS-CoV-2 на физиологическую адаптацию к беременности, влияние COVID-19 на исходы беременности и области неопределенности, в которых необходимы дополнительные исследования. Поиск запросы включали комбинации коронавируса, 2019 - ноябрь, COVID-19, SARS-CoV-2 и беременность и были введены в Medline, Embase, Cochrane, Web of Science и Cinahl.

### **II. Физиологическая адаптация к беременности и последствия для COVID-19**

#### **A. Иммунологический ответ**

SARS-CoV-2, который передается дыхательными каплями, прямым контактом с фомитами, близким контактом между людьми и, возможно, аэрозолями, образующимися, проникает в организм через носовой ход и заражает легочные клетки с помощью ангиотензинпревращающего фермента 2 рецептора SARS-CoV (ACE2) и использует трансмембранную сериновую протеазу 2 (TMPRSS2) для праймирования S-белка. Клетки, в которых локализованы ACE-2 и TMPRSS2, вероятно, наиболее восприимчивы к проникновению SARS-CoV-2. Заражение SARS-CoV-2 сопровождается репликацией вируса и высвобождением вируса, вызывая пироптоз клетки-хозяина. Это высвобождает связанные с повреждением молекулярные структуры (DAMPs), включая АТФ и нуклеиновые кислоты, которые вызывают воспалительную реакцию соседних клеток. Этот провоспалительный ответ включает выработку IL-6, хемокина 10 мотива C-X-C (CXCL10) и интерферонов типа 1, которые действуют как хемоаттрактанты для моноцитов, макрофагов и Т-клеток в месте инфекции. Эта петля положительной обратной связи может привести к чрезмерному воспалению и нарушению целостности легкого, что приведет к заражению другими (хозяевами) микробами. Воспаление, вызванное SARS-CoV-2, также может привести к "цитокиновому шторму", который может привести к полисистемной недостаточности органов. Считается, что это чрезмерное воспаление является причиной тяжелого COVID-19 и связано с высокой заболеваемостью и смертностью.

#### **B. Респираторная реакция**

В дополнение к системным иммунологическим изменениям беременности, которые потенциально могут повлиять на функцию легких, анатомические изменения также присутствуют в дыхательной системе. Физиологические изменения формы грудной клетки и высоты диафрагмы из-за шинирования диафрагмы тяжелой маткой вызывают изменения в дыхательной функции. Несмотря на увеличение приливного объема на 30-40 %, уменьшение

объема грудной клетки приводит к уменьшению функциональной остаточной емкости, объемов в конце выдоха и остаточных объемов с ранних сроков беременности. Уменьшение общей емкости легких и неспособность очищать выделения могут сделать беременных женщин более восприимчивыми к тяжелым респираторным инфекциям.

#### С. Реакция свертывания крови

В общей популяции COVID-19 ассоциируется с высоким уровнем тромбозоболических осложнений, при этом исследование, включающее 184 пациента в критическом состоянии (24% женщин), сообщило, что у 31% были тромботические события. Это связано с активацией путей свертывания крови и потенциальным прогрессированием диссеминированной сосудистой коагулопатии (ДВС-синдрома) и фибринолиза с последующей динамической гиперкоагуляцией, возникающей наряду с тромбоцитопенией.

#### Д. Функция Эндотелиальных клеток

Смертность при COVID-19 в основном обусловлена острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС). Появляющиеся данные свидетельствуют о том, что дисфункция легочных эндотелиальных клеток играет важную роль в возникновении и прогрессировании ОРДС. В здоровом состоянии эндотелиальные клетки окружены стеновыми клетками (перицитами) и ограничивают воспаление, ограничивая проникновение иммунных клеток и предотвращая свертывание посредством экспрессии антикоагулянтных факторов. При ОРДС этот эндотелиальный барьер повреждается, что приводит к отеку тканей, чрезмерному воспалению и гиперкоагуляции. Факторы риска COVID-19 (увеличение возраста, ожирение, сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания) все связаны с дисфункцией эндотелиальных клеток.

#### 1. Атипичная пневмония-КОВ-2 и плацента

Была опубликована серия сообщений о случаях, в которых изучались плаценты женщин с COVID-19. Экспрессия SARS-CoV-2 была обнаружена в образцах, взятых из плацент среднего триместра, но остается неясным, было ли присутствие вируса вызвано первичной инфекцией или вызвано повреждением плаценты в результате других патологий. SARS-CoV-2 был обнаружен при ОТ-ПЦР мазков и биопсий после спонтанной потери плода на 19-й неделе беременности. SARS-CoV-2 также был высоко экспрессирован в биопсиях плаценты и пуповины после прерывания беременности на 22-й неделе беременности. Беременность была прервана в результате отслойки плаценты и тяжелой материнской преэклампсии с тромбоцитопенией и коагулопатией. В этом случае электронная микроскопия выявила вирусоподобные частицы в цитозоле клеток плаценты; однако в тестируемых тканях плода не было обнаружено вирусной экспрессии. В обоих отчетах о случаях на гистологии плаценты были обнаружены инфильтраты макрофагов и отложения фибрина, которые авторы приписали наиболее вероятной связи с вирусной инфекцией. В двух других публикациях сообщается о результатах гистологического исследования плаценты у женщин с инфекцией SARS-CoV-2. В исследовании плацент 20 женщин, у которых был выявлен положительный результат на SARS-CoV-2 при обычном тестировании во время родов (от 32 до 40 недель беременности), у 10 плацент были обнаружены признаки возможной мальперфузии сосудов плода или тромбоза сосудов плода. Однако контрольной группы для сравнения не было, что затрудняло интерпретацию полученных результатов. Результаты были в основном низкосортными и могли быть связаны с другими этиологиями. В другом исследовании были изучены плаценты 16 женщин с инфекцией SARS-CoV-2. Плаценты были получены от детей, родившихся в период от 16 до 40 недель беременности, при этом 11 из материнских инфекций SARS-CoV-2 были диагностированы примерно во время рождения, а пять - ранее во время беременности. Сообщалось, что у двенадцати из 15 плацент третьего триместра наблюдались признаки нарушения кровообращения у матери (инфаркты ворсинок, агглютинация ворсинок или децидуальная артериопатия), что является статистически значимо более высокой долей по сравнению с отчетами о патологии, полученными в ходе исторического контроля (идентифицированными с помощью обработки естественного языка).

### 3. Вертикальная передача SARS-CoV-2

Вирусная инфекция клеток плаценты не обязательно означает инфекцию плода или вред для плода. На сегодняшний день 15 отчетов включают результаты неонатальных тестов на ОРВИ-КОВ-2 с положительными случаями, встречающимися только в меньшинстве. Значительные респираторные заболевания новорожденных, по-видимому, встречаются редко, даже при наличии положительной реакции на SARS-CoV-2. Из отчетов о тестировании SARS-CoV-2 на основе ПЦР неясно, происходит ли инфекция внутриутробно или во время родов или родов; или происходит ли передача инфекции от инфицированной матери или бессимптомного персонала больницы в ближайшем периоде новорожденности. Однако наличие тестов на антитела предоставило новые доказательства того, что вертикальная передача может иметь место. Некоторые дети, рожденные от матерей с COVID-19, имеют повышенные концентрации как иммуноглобулина (Ig)M, так и IgG для SARS-CoV-2. Хотя IgG может пассивно передаваться от матери к ребенку внутриутробно, IgM имеет большую молекулярную массу и не может проникать через плаценту. Циркулирующий IgM к SARS-CoV-2 у новорожденного, таким образом, указывает на вертикальную передачу вируса, хотя все младенцы, о которых сообщалось до сих пор, были бессимптомными и имели отрицательный результат теста на вирусную РНК SARS-CoV-2 при рождении.

### III. COVID-19 и его влияние на беременность

#### Атипичная пневмония-КОВ-2 и поздняя беременность

С января 2020 года в ряде серий случаев и когортных исследований были описаны презентация и клиническое течение COVID-19 во время беременности. На сегодняшний день большинство исследований были обнадеживающими, и риск тяжелого COVID-19 во время беременности, по-видимому, не выше, чем для населения в целом. Было выявлено тридцать одно соответствующее исследование, в котором сообщалось о результатах беременных женщин с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 и их детей, в котором приняли участие 12 260 женщин. Большинство женщин находились в третьем триместре и имели только легкие или умеренные симптомы. Меньшинству женщин требовалась госпитализация в реанимацию. На данный момент зарегистрировано 146 смертей, подавляющее большинство из них - из Бразилии. Сообщалось о ряде преждевременных родов; однако все они были ятрогенными из-за ухудшения состояния матери COVID-19 или были вызваны акушерскими осложнениями, не связанными с заболеванием COVID-19.

Крупнейшее на сегодняшний день когортное исследование, проведенное в Соединенных Штатах (Колумбия и Нью-Йорк), включает данные о численности населения 91 412 женщин в возрасте 15-44 лет, 8207 из которых были беременны. Беременность была связана со значительно увеличенной вероятностью госпитализации (RR, 5,4; 95 % ДИ, 5,1–5,6), госпитализации в отделение интенсивной терапии (RR, 1,5; 95 % ДИ, 1,2–1,8) и необходимостью искусственной вентиляции легких (RR, 1,7; 95 % ДИ, 1,2–2,4). Значительного снижения смертности не наблюдалось (ОР 0,9; 95% ДИ 0,5–1,5). Более раннее небольшое исследование с использованием той же популяции, но включающее только данные за первые 4 недели пандемии в Нью-Йорке, показало, что беременным женщинам реже требовалась госпитализация, чем небеременным женщинам с COVID-19, хотя в этом исследовании они не соответствовали возрасту контрольной группы. Когортное исследование из Великобритании, включающее 427 женщин, показало, что факторы риска, выявленные при госпитализации с заболеванием COVID-19, аналогичны таковым в общей популяции, включая сопутствующие заболевания, такие как астма, гипертония или диабет (комбинированный ОР 1,52; 95 % ДИ 1,12–2,06); иметь избыточный вес (ИЛИ 1,91; 95 % ДИ 1,37–2,68) или страдать ожирением (ИЛИ 2,20; 95 % ДИ 1,56–3,10) и принадлежать к чернокожей этнической группе или этническому меньшинству (ИЛИ 4,49; 95 % ДИ 3,37–6,00). Остальные когорты ограничены небольшой численностью и отсутствием знаменателя численности населения. Однако большинство из них не сообщают об отсутствии

тяжелых заболеваний и смертности. Еще одним ограничением данных является то, что в большинстве исследований тестировались только женщины с симптомами COVID-19. В одном исследовании были проверены все женщины при поступлении в родильное отделение, и было обнаружено, что только 9129 женщин, у которых был положительный результат теста, имели симптомы (11,1%). Поэтому зарегистрированные случаи, скорее всего, представляют собой лишь верхушку айсберга. Это означает, что, во-первых, вероятность неблагоприятного события будет значительно завышена, но также и то, что подострые или долгосрочные осложнения будет трудно точно оценить или предсказать.

#### 4. Применение кортикостероидов

Было показано, что дородовые кортикостероиды, назначаемые женщинам при угрозе преждевременных родов, оказывают значительное влияние на заболеваемость и смертность новорожденных. Ранние данные наблюдений показали, что применение кортикостероидов у небеременных пациентов с COVID-19 было связано с увеличением смертности и ухудшением исходов заболевания при тяжелой инфекции, хотя результаты не были скорректированы с учетом тяжести заболевания или сопутствующей патологии. Напротив, первые результаты рандомизированной оценки исследования терапии COVID-19 продемонстрировали преимущества для 454 небеременных участников, рандомизированных для лечения дексаметазоном: смертность была значительно снижена у тех, кому требовалась искусственная вентиляция легких (RR 0,65; 95% ДИ 0,48–0,88) и у тех, кому требовался дополнительный кислород (RR 0,80; 95% ДИ 0,67–0,96). Поскольку дексаметазон проникает через плаценту, кортикостероидная ветвь исследования по восстановлению была изменена на лечение преднизолоном или гидрокортизоном, хотя в этот первый отчет не были включены беременные женщины. Эти результаты свидетельствуют о том, что в контексте ятрогенных преждевременных родов у беременных, инфицированных SARS-CoV-2, из-за состояния матери, прием кортикостероидов следует продолжать в соответствии с действующими рекомендациями. Кроме того, разумно рассмотреть возможность применения кортикостероидов во время беременности или в послеродовой период, если этого требует тяжесть заболевания матери.

#### С. SARS-CoV-2 и послеродовой период

##### 1. Неонатальные исходы

В большинстве исследований, посвященных неонатальным исходам, серьезных неблагоприятных исходов у новорожденных, рожденных от матерей, инфицированных SARS-CoV-2, не наблюдалось. В исследованиях, сравнивающих беременных женщин, которые были нездоровы с подтвержденным заболеванием COVID-19, и беременных женщин, которые были нездоровы, но имели отрицательный результат по SARS-CoV-2, не было существенных различий в показателях неблагоприятных исходов у новорожденных. В тринадцати исследованиях новорожденных проверяли на наличие SARS-CoV-2, и только в трех исследованиях были выявлены положительные случаи. Даже когда у новорожденных был положительный результат теста на SARS-CoV-2, они в основном протекали бессимптомно или имели легкие симптомы самоограничения. В трех исследованиях сообщалось о неонатальной смертности. В двух из них причина не была установлена.

##### 2. Грудное вскармливание

Неясно, передается ли SARS-CoV-2 через грудное молоко. Было проведено одно тематическое исследование, в котором грудное молоко дало положительный результат на SARS-CoV-2 в четырех разных случаях. В другом исследовании были протестированы образцы грудного молока девяти матерей, инфицированных SARS-CoV-2, и ни одна из них не была положительной. В настоящее время матерям рекомендуется продолжать грудное вскармливание, даже если у них положительный результат теста во время родов и в послеродовой период. Следует соблюдать основные рекомендации по гигиене и мытью рук, а женщины с подтвержденным COVID-19 должны носить медицинскую маску во время кормления, если таковая имеется. Учитывая, что неонатальная инфекция, как правило, протекает в легкой форме и часто протекает бессимптомно,

преимущества грудного вскармливания могут перевесить потенциальный риск передачи инфекции.

### 3. Бессимптомное заболевание

Большинство исследований COVID-19 во время беременности выявляют случаи заболевания путем тестирования женщин с симптомами. Данные из центров в Лондоне и Нью-Йорке, где все беременные женщины, допущенные к родам, проходили обычное ПЦР-тестирование мазка из носа/горла, показали, что из женщин, у которых был положительный результат, 88 % были бессимптомными. Это говорит о том, что случаи, описанные в литературе, скорее всего, составляют лишь небольшую долю от общего числа случаев. Клиническое значение наличия бессимптомной инфекции во время беременности на любом сроке беременности неизвестно.

## V. Выводы и рекомендации

Исходя из существующей доказательной базы, трудно сделать абсолютные выводы о том, подвергаются ли беременные женщины повышенному риску тяжелых последствий COVID-19. Большинство женщин будут страдать легким или бессимптомным заболеванием без каких-либо длительных последствий; однако в некоторых центрах наблюдается увеличение числа госпитализаций в отделение интенсивной терапии и необходимость искусственной вентиляции легких у беременных женщин. Отсутствие детальных данных об уровне населения делает невозможным выявление факторов риска и окончательное сравнение беременных и небеременных когорт. Отсутствие универсального тестирования COVID-19 означает, что, скорее всего, большинство случаев остаются незамеченными. Вертикальная передача вероятна, но она встречается редко, и у большинства новорожденных она оказывает минимальное воздействие. Однако, опять же, это невозможно полностью оценить до тех пор, пока неонатальное тестирование не станет обычным. Существует ряд неизвестных, в частности, является ли COVID-19 независимым фактором риска преждевременных родов, может ли инфекция во время беременности привести к долгосрочным неблагоприятным последствиям для потомства и зависит ли этот эффект от гестационного возраста при заражении.

Несмотря на опасения по поводу повышенной уязвимости беременных женщин к COVID-19, в более чем 300 клинических испытаниях, посвященных изучению потенциальных терапевтических возможностей, беременные женщины почти повсеместно исключаются. Очень немногие клинические испытания включают беременных женщин, даже тех, кто исследует методы лечения с хорошо зарекомендовавшими себя показателями безопасности во время беременности, такие как гидроксихлорохин. Следует настоятельно призвать исследователей рассмотреть возможность включения беременных женщин и других непредставленных групп для создания сбалансированной и обоснованной базы фактических данных с данными репрезентативной популяции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоли А, Фалахи С, Кенаркухи А, Шамс М, Мир Х, Яхроми МАМ. Пандемия COVID-19, психологический стресс во время беременности и риск нарушений нервно-психического развития у потомства: забытые последствия. J Психосоматический акушер-гинеколог
2. Ахмед I, Азхар А, Эльтавил Н, Тан Б.К. Первая материнская смертность COVID-19 в Великобритании, связанная с тромботическими осложнениями.
3. Аль-Хаддад Б.Б., Якобссон Б., Шабра С., Модзелевска Д., Олсон Э.М., Бернье Р., Энкобахри Д.А., Хагберг Х., Остлинг С., Раджагопал Л., Адамс Уолдорф К.М., Сенгпиль В. Долгосрочный риск психоневрологических заболеваний после воздействия инфекции в утробе матери.
4. Альхусен Дж.Л., Рэй Э, Шарпс П., Буллок Л. Насилие со стороны интимного партнера во время беременности: последствия для матери и новорожденного.

**Аннотация**

Коронавирустық инфекцияның жүкті әйелдің денесіне және ұрықтың денесіне әсері туралы көп нәрсе белгісіз. Жүктілік кезіндегі физиологиялық өзгерістер иммундық жүйеге, тыныс алу жүйесіне, жүрек-қан тамырларының жұмысына және қанның ұюына айтарлықтай әсер етеді. Бұл мақалада біз жүктілік кезіндегі COVID-19 туралы ағымдағы білімді зерттейміз және оның әйелдер мен олардың сәбилеріне әсерін барынша азайту үшін одан әрі зерттеуге арналған бағыттарды бөлеміз.

**Негізгі сөздер:** жүктілік, коронавирус, ұрық, плацента, инфекция, иммунитет.

**Abstract**

Much unknown lies in the effect of coronavirus infection on the body of a pregnant woman and the body of the fetus. Physiological changes during pregnancy have a significant impact on the immune system, respiratory system, cardiovascular function and blood clotting. In this article, we explore current knowledge about COVID-19 in pregnancy and highlight areas for further research to minimize its impact on women and their babies.

**Key words:** pregnancy, coronavirus, fetus, placenta, infection, immunity.

## АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ САЛАСЫНДА ҚАЗАҚСТАН- БЕЛОРУСЬ АРАСЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ АЛМАСУДЫ НЫҒАЙТУ

*Ж.К. Наханова*

*«Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі» Қазақстандық медицина университеті,  
Алматы қ., Қазақстан*

«Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі» Қазақстандық медицина университеті (бұдан әрі - «ҚДСЖМ» ҚМУ) қоғамдық денсаулық сақтау мамандарын, менеджерлер мен клиникалық мамандарды даярлау және үздіксіз кәсіби дамыту, олардың біліктілігін арттыру, қоғамдық денсаулық сақтау және саланы дамыту саласында аналитикалық, сараптамалық зерттеулер жүргізуде көшбасшы болып табылады.

«ҚДСЖМ» ҚМУ миссиясы - сапалы білім, қолданбалы ғылым және тиімді кеңес беру арқылы қоғамның денсаулығын жақсарту болып табылады.

Негізгі бағыттары: білім беру, ғылыми-зерттеу, сарапшылық және кеңес беру.

«ҚДСЖМ» ҚМУ негізгі мақсаттарының бірі- шетелде серіктестік бағдарламалары бойынша әртүрлі мамандықтағы медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру болып табылады, медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыруға ерекше көңіл бөледі.

2021 жылдың 15-27 қарашасы аралығында Алматы қаласы мен Алматы облысының акушер-гинекологтары (12 дәрігер) Беларусь Республикасының Гродно қаласы «Гродно облыстық клиникалық перинаталдық орталығы» денсаулық сақтау мекемесінде (бұдан әрі – «ГОКПО» ДСМ) «Акушерлік және гинекология, Акушерлік және неонатологиядағы шұғыл көмек. Скринингтік зерттеулер» тақырыбынан 120 академиялық сағат көлемінде (оның 84 сағаты практикалық сабақ және 36 сағаты өздік жұмыс) халықаралық оқыту курсынан біліктілігін арттырудан өтті.

Шетелдік тәжірибе, екі апталық курс аясында дәрігерлеріміз акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету бойынша теориялық білімдерін және практикалық дағдыларын жетілдірді. «ГОКПО» ДСМ-нің (Бас дәрігері В.Л. Зверко) бөлімшелері мен емханасының жұмысымен танысты.

Перинаталдық және аналық асқынуларды азайту мақсатында акушер-гинекологтар жүктілікті басқару, репродукциялық медицина, босанғаннан кейінгі емдеу және акушерлік-гинекологияның басқа да өзекті мәселелерін зерттеді. Инновациялық технологияларды қолдана отырып, біздің дәрігерлеріміз бірнеше мәрте ассистент ретінде жергілікті білікті дәрігерлермен және профессорлық-оқытушы құраммен операцияларға қатысты, ауыр жағдайдағы босануларды қабылдады.

Білімін жетілдірген акушер-гинекологтар біліктілігін арттыру курсынан аяқтаған соң оқуды аяқтағаны туралы халықаралық Сертификат алды.

Іс-сапар барысында «Гродно мемлекеттік медициналық университеті» оқу орнының (бұдан әрі – «ГММУ» ОО) ректоры, профессор Е.Н. Кротковамен және осы аталған университеттің акушерлік және гинекология кафедрасының меңгерушісі, медицина ғылымдарының докторы, профессор Л.В. Гутиковамен кездесулер өткізіліп, «ҚДСЖМ» ҚМУ мен «ГОКПО» ДСМ (17 қараша 2021 жыл) және «ГММУ» ОО (25 қараша 2021 жыл) арасындағы өзара түсіністік және ынтымақтастық туралы Меморандумға қол қойылды. Осы Меморандумның мәні серіктестік қатынастарды орнату және тараптар арасындағы ұзақ мерзімді, тиімді және өзара тиімді ынтымақтастықты дамыту болып табылады. Меморандумның негізгі тақырыбы білім беру қызметі, денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулер бойынша ынтымақтастықты дамыту болып табылады. Тараптар көзделген келесі бағыттар бойынша өзара ынтымақтастықты жүзеге асырады: ғылыми-тәжірибелік кеңестерге, симпозиумдарға, семинарлар мен форумдарға қатысу, озық тәжірибелермен және бағдарламалармен тәжірибе алмасу, ұсынымдар әзірлеуге

жәрдемдесу, денсаулық сақтау саласындағы халықаралық стандарттарды енгізу, шеберлік-сыныптарын, тренингтерді, конференцияларды, семинарларды халықаралық қатысумен ұйымдастыру мен өткізу және т.б.

2022 жылдың мамыр айында Беларусь Республикасы тарапынан профессор Л.В. Гутикова отандық дәрігер акушер-гинекологтарға «Акушерлік және гинекологиядағы анестезия және қарқынды терапия» тақырыбына семинар-тренинг өткізіп, дәріс беруге келеді деп күтілуде.

Сонымен қатар, «ҚДСЖМ» ҚМУ-де профессор Л.В. Гутикованың қатысуымен облыстардың денсаулық сақтау саласының Басшыларының акушерлік және балалар ісі жөніндегі орынбасарларымен «Дөңгелек үстел» ұйымдастыру да жоспарлануда.

Қыркүйек-қазан айларында отандық дәрігерлерімізді тағы да біліктілігін арттыруға Беларусь Республикасына жіберуді жоспарлап отырмыз.

Осылайша, екі мемлекет арасындағы ынтымақтастықты одан әрі дамыту, нығайту көзделіп отыр.

## АКУШЕРСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ: АНАЛИЗ ДАННЫХ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЗ РК ЗА 2014–2018 ГГ

*Т.М. Укыбасова, Г.Н. Аймагамбетова, Г.Б. Бапаева, А. Марат, Е. Сакко,  
А. Гусманов, А. Исанов, А.Е. Гаипов*

*Клинический и Академический Департамент Женского здоровья КФ «УМС», Школа  
Медицины Назарбаев Университета, НАО «Медицинский Университет Астана»,  
г. Нур-Султан, Казахстан*

**Актуальность исследования:** Акушерская гистерэктомия — удаление матки, выполняемая как спасительная операция для лечения тяжелого послеродового кровотечения или сепсиса(1). Распространенность ее в странах с высоким уровнем развития относительно невелика и составляет 0,9 на 1000 родов(1); в странах с низким и средним уровнем доходов намного выше: 10,1 на 1000 родов в Индии(2) по сравнению с 0,2 на 1000 родов в странах Северной Европы(3).

На сегодняшний день недостаточно информации о частоте акушерской гистерэктомии и ее показаниях в Казахстане.

**Задача исследования** заключалась в изучении распространенности, показаний и исходов послеродовой гистерэктомии с использованием общенациональных крупно масштабных данных о здравоохранении из национального регистра.

**Материал и методы:** Проведено **описательное популяционное исследование** женщин, перенесших послеродовую гистерэктомию в лечебных учреждениях Республики Казахстан в период 2014–2018 гг. Данные были собраны из Единой Национальной электронной Системы Здравоохранения(ЕНЭСЗ) и включали 3838 медицинских карт женщин, перенесших акушерскую гистерэктомию по особым показаниям за период 5 лет (2014–2018 гг.). В извлеченных необработанных данных были доступны следующие переменные: демографические данные пациентов (возраст, пол, этническая принадлежность, место жительства), даты поступления и выписки из стационара, коды диагнозов согласно МКБ-10 (основной диагноз, уточняющий диагноз, сопутствующие заболевания, осложнения), результаты выписки, уровень стационара и тип госпитализации.

При проведении математической обработки данных демографические характеристики пациенток были приведены к среднему значению по частоте и процентному содержанию с вычислением вариабельности с применением теста Shapiro-Francia и Q-Q графиков. Возраст пациенток и длительность пребывания в стационаре были приведены к нормализованным показателям ( $p = 0.00001$ ); для представления результатов была выбрана медиана с межквартильным размахом (IQR). Для двумерного анализа применяли двух выборочный t-критерий и проверку гипотезы хи-квадрат. В многопараметрическом логистическом регрессионном анализе определялась связь факторов, влияющих на тотальную гистерэктомию по сравнению с субтотальной гистерэктомией. В качестве референтных групп были выбраны категории с наибольшим количеством пациентов. Значения P являются двусторонними и сообщаются как значимые при  $<0,05$  для всех случаев. Статистическая и математическая обработка всего материала проведена с использованием компьютерной программы STATA 16 MP2 Version (STATA Corporation, College Station, TX).

**Результаты:** средний возраст пациенток, перенесших гистерэктомию составил 33 года, 60.7% женщин был от 18 до 34 лет. За 5 лет (2014–2018), проведено 3848 экстренных операций гистерэктомии на 1 990 047 родов. 2165(57%) случаев проведена субтотальная гистерэктомия, 1663 (42,4%) – тотальная гистерэктомия. В 20 случаях тип гистерэктомии не удалось установить.

Основываясь на полученных данных, вычислена встречаемость акушерской гистерэктомии в нашей стране - 1.93 на 1000 родов.

Среди 3848 пациенток, которым в последующем проведена гистерэктомия, 41.45% родили через естественные родовые пути и 58.55% путем операции кесарева сечения.

Анализ структуры и показаний к гистерэктомии позволил выявить существенную разницу в подходах к объему операции в зависимости от уровня лечебного учреждения: из числа всех проведенных субтотальных гистерэктомий 27,1% выполнены в учреждениях 1 уровня, 23% - 2 уровня, 49,9% - 3 уровня оказания перинатальной помощи. 10,8% тотальных гистерэктомий выполнены на 1 уровне, 29,7% - на 2 уровне и 59,5% - на 3 уровне оказания перинатальной помощи. Следовательно, на 1-2 уровне оказания перинатальной помощи чаще выполняются субтотальные, а на третьем уровне - чаще тотальная гистерэктомия.

Дополнительные хирургические вмешательства в виде релапаротомии выполнены у 10 пациентов из-за продолжающегося кровотечения. Логистическая регрессионная модель показала, что женщины в возрасте 35-44 лет имеют значительно низкий шанс подвергнуться гистерэктомии. По частоте выполнения гистерэктомий по регионам распределение выглядело следующим образом: наиболее высокая частота гистерэктомий в Туркестанской области – 20,2%, Алматинской – 12,8%, г.Алматы – 10,3%, г.Нур-Султан – 7,6%. Менее часто выполняются гистерэктомии в Акмолинской области – 2,7%, Мангистауской и СКО – 2,4%, ВКО – 2,2%, Атырауская – 2%, то есть частота гистерэктомий в г.Алматы и в Туркестанской области в 6 раз выше, чем в западном регионе страны.

87,8% операций гистерэктомий выполнены пациентам, поступившим в экстренном порядке, следовательно, пациенты, поступившие в плановом порядке имели значительно меньше шансов подвергнуться гистерэктомии (OR = 0.4)

Основным показанием для гистерэктомии были кровотечения во время родов и послеродовом периоде – 60%. Вторая наиболее частая причина для гистерэктомии при беременности и в родах - патология плаценты 17,5% – преждевременная отслойка в 9.6%, предлежание плаценты - 7.9%. В 9,5% случаев показания к гистерэктомии не указаны в электронной базе. 1260 женщин имели несколько показаний к гистерэктомии.

Таблица 1. Показания к гистерэктомии в РК за 2014-2018гг

Диагнозы/показания	Код МКБ 10	Общая частота гистерэктомий
Беременность и роды, осложненные кровотечением	O67	2919(47,9%)
Послеродовые кровотечения	O72	738(12,1%)
Опухоли матки с кровотечением	O34.1	721(11,8%)
ПОНРП	O 45.0	586(9,6%)
Предлежание плаценты	O44.1	478(7,9%)
Дородовое неуточненное кровотечение	O46.9	328(5,4%)
Разрыв матки до начала родов	O71.0	58(1%)
Инфекция амниотических полости и мембран	O41.1	20(0,3%)
Оказание помощи матери при внутриутробной гибели плода	O36.4	21(0,3%)
ЭОВ	O88.1	9(0,2%)
Выворот матки	N85.5	1(0,02%)
Неустановленные причины	-	579 (9,5%)

Средняя длительность пребывания в стационаре пациенток после субтотальной гистерэктомией составила 8, после тотальной – 12 койко-дней. Умерли 41 пациентки, у которых выполнена гистерэктомия, что составило 1%

**Заключение:** кровотечения во время беременности, родов и послеродовом периоде являются основной причиной акушерской гистерэктомии в РК. Патология плаценты занимает второе место в структуре причин гистерэктомий.

Медицинские учреждения первого уровня оказания перинатальной помощи в 2 раза меньше имеют возможностей обеспечить тотальную гистерэктомию при необходимости по сравнению с учреждениями третьего уровня. Неблагоприятные исходы в виде материнской смертности были связаны с тотальной гистерэктомией по сравнению с субтотальной.

Пациентки, подвергнутые тотальной гистерэктомии дольше пребывали на стационарных койках (OR = 1.1).

Оценка типа гистерэктомии по диагнозам показала, что пациенты с кодом диагноза O67 в основном подвергались тотальной гистерэктомии (OR = 1), чем пациенты с диагнозом O34.1 и O36 (OR = 0.7), хотя значения не имели статической достоверности.

Для снижения частоты гистерэктомий и материнской смертности в РК необходимо усилить надлежащий уход за матерью во время родов.

## ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

*А.Д. Хасенов, Д.А. Калимбетов, М.Н. Сеницына, А.А. Волков,  
Многопрофильная городская больница №1 г. Нур-Султан Казахстан*

**Актуальность:** При спинальной анестезии причинами тяжелой гипотензии и коллапса служат введения относительно большой дозы анестетика в расчете на обеспечение анестезии в широкой зоне, а также блокирование симпатической иннервации, соответственно которой снижаются тонус сосудов, периферическое сосудистое сопротивление и увеличивается объем сосудистого русла, что быстро ведет к развитию тяжелой гипотензии.

**Цель исследования:** Кесарево сечение в современном мире становится все более частым методом родоразрешения и как во многих странах мира так и в нашем акушерском блоке Многопрофильной городской больницы №1 (МГБ №1) г. Нур-Султан составляет примерно 20% из числа родов. Не маловажным при выборе оперативного родоразрешения является выбор анестезии и зависит он от показаний к операции, степени срочности хирургического вмешательства, отношения пациента и умения анестезиолога правильно разобраться в ситуации. Ни один из методов анестезии не является идеальным, учитывая, что согласно статистическим данным, отмечается снижение материнской смертности, хотя летальность, причиной которой послужила анестезия, остается практически на прежнем уровне. Результаты регионарной анестезии по сравнению с общей более благоприятные.

Возрастающее значение спинальной анестезии объясняется убедительными данными, свидетельствующими о том, что блокада ноцицептивной импульсации из области операции на сегментарном уровне более избирательна и эффективна по сравнению с тем, что достигается общей анестезии.

По мере того как анестезиологи овладевают техникой спинальной анестезии, обнаруживается, что на сердечно-сосудистую систему региональные методы анестезии оказывают влияние ряда факторов.

Основное значение имеет блокада симпатической иннервации в области действия анестетика на корешки спинного мозга. Результатом этого являются расширение сосудов в области анестезии, что приводит к увеличению общей емкости сосудистого русла; при анестезии на уровне I-IV грудных позвонков блокируются эфферентные симпатические волокна, обеспечивающие стимуляцию деятельности сердца; рефлекс Бейнбриджа, вызываемый уменьшением притока крови к сердцу на фоне возросшей емкости сосудистого русла. Помимо этого, могут иметь значение торможение бета-адренорецепторов сердца вследствие резорбтивного действия анестетика, а также влияние на функцию сердца и тонуса сосудов добавляемого к раствору анестетика адреналина.

Таким образом, сердечно-сосудистая система при спинальной анестезии испытывает влияния, которые в основном тормозят ее функцию, относительно быстрое наступление блокирующего эффекта при спинальной анестезии, не позволяет организму своевременно включить адаптивные механизмы сердечно-сосудистой системы.

Наиболее опасным осложнением, возможным в ближайшем периоде после осуществления эпидуральной и спинальной анестезии, является выраженная гипотензия и глубокий коллапс.

При спинальной анестезии причинами тяжелого коллапса чаще служат введения относительно большой дозы анестетика в расчете на обеспечение анестезии в широкой зоне. В результате в значительной части тела блокируется симпатическая иннервация, соответственно снижаются тонус сосудов, периферическое сосудистое сопротивление и увеличивается объем сосудистого русла, что быстро ведет к развитию тяжелой гипотензии. *Гипотензия* - это наиболее распространенное осложнение, обычно связанное с блокадой симпатической эффекторной иннервации. Возможно развитие и более высокого блока. Блокада выше T4/5 – грудного отдела позвоночника

ка захватывает область сердца и приводит к брадикардии, которая снижает сердечный выброс.

**Материалы и методы исследования:** Отмеченные моменты диктуют необходимость соответствующих профилактических мер, а также внимательного контроля за состоянием кровообращения в ближайшем периоде после введения анестетика и неотложной коррекции нарушений гемодинамики, если они возникают.

Клинически во время проведения спинномозговой анестезии у пациентов гипотензия сопровождается головокружением, тошнотой, рвотой, затруднением дыхания, чувство нехватки воздуха. Данное дискомфортное состояние вызывает беспокойство больного, рвотные позывы уменьшают мышечную релаксацию передней брюшной стенки, раздуваются петли кишечника, тем самым создают помехи для операционной бригады, работающие в брюшной полости.

Вероятность развития гипотензии могут уменьшить предварительная внутривенная инфузионная нагрузка и ограничение распространения местного анестетика в необходимых пределах. Для коррекции гипотензии используются атропин (при брадикардии), эфедрин, мезатон (альфа и бетаагонист) и метоксамин (слабы альфаагонист).

Из опыта проведения спинномозговой анестезии во время экстренных операций – кесарево сечение в акушерском блоке МГБ №1 отмечено, что пациентки госпитализируемые в экстренном порядке на оперативное родоразрешение зачастую поступают с «полным желудком», т.е. как минимум в 50% случаев принимали пищу или употребляли жидкости за 2-3 часа до поступления в клинику. Данное состояние беременных женщин требует от анестезиолога особого внимания на предмет подбора анестезии и приоритетным видом анестезии является регионарная обезболевание.

Характерной особенностью необходимо отметить, что у пациентов, принимавшие пищу или жидкости за некоторое время до операции не отмечается выраженной гипотензии после проведения спинномозговой анестезии.

Учитывая данный опыт, в практике анестезиологической помощи акушерского блока МГБ №1 нами используется методика «предварительной энтеральной водной нагрузки». При осмотре врача анестезиолога беременной перед плановой операцией-кесарево сечение, рекомендуется вечером перед сном за 1-2 часа выпить до 200-300мл негазированной теплой воды, утром в день операции, не завтракая за 2 часа до операции выпить до 200мл теплой воды.

Перед проведением спинномозговой пункции и во время проведения операции пациентке внутривенно-капельно вводится физиологический раствор натрия хлорида до 800-1000мл. проводится мониторинг: контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений, сатурация.

Дополнительной коррекции гемодинамических показателей, а именно введения адреналина или мезатона (альфа и бетаагонистов) в этих случаях не требуется, наблюдается стабильная гемодинамика при проведении анестезии и комфортное состояние больной.

**Результаты исследования:** Данный опыт позволяет:

-уменьшить риск возникновения отека легких из-за введения большого количества инфузионных растворов,

- значительно сократить объем инвазивных процедур,

- уменьшить риск возможных аллергических реакций на введение препаратов,

-отсутствие дискомфорта пациента при возникновении явлений гипотензии.

Наработанный нами опыт позволяет считать, что подобная профилактика вполне приемлема для проведения операций кесарево сечение в условиях спинномозговой региональной анестезии.

**Вывод:** Возникновение осложнений в виде выраженной гипотензии при спинномозговой анестезии вполне прогнозируемое явление, которое можно регулировать профилактическими мероприятиями без применения медикаментозного вмешательства, а используя лишь естественные физиологические возможности организма пациента.

## ПРИОРИТЕТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА: СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ

*Каюпова Н.А.*

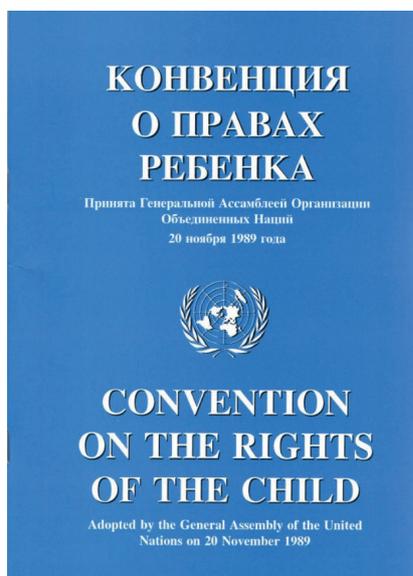
*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы, Казахстан*

Символично, что в провозглашенный Указом Президента Республики Казахстан Касым-Жомартом Токаевым Год Детей проводится Международная конференция Ана мен Бала, юбилейная.

Новый XXI век предъявляет повышенные требования и на современные вызовы мы с большой ответственностью должны принимать профессиональные действия. Все должно быть подчинено одной морали – врачеванию во имя служения благородной миссии – охране и защите двух жизней – жизни матери и жизни ребенка.

В истории Казахстана 2022 год – год знаменательный. Независимый Казахстан 30 лет назад – 1 марта 1992 года стал полноправным членом Организации Объединенных Наций (ООН). За эти годы Казахстан доказал свою приверженность международным обязательствам, установил партнерское сотрудничество в различных сферах деятельности общества со структурами ООН, ратифицировал многие Конвенции по всестороннему укреплению казахстанской государственности.

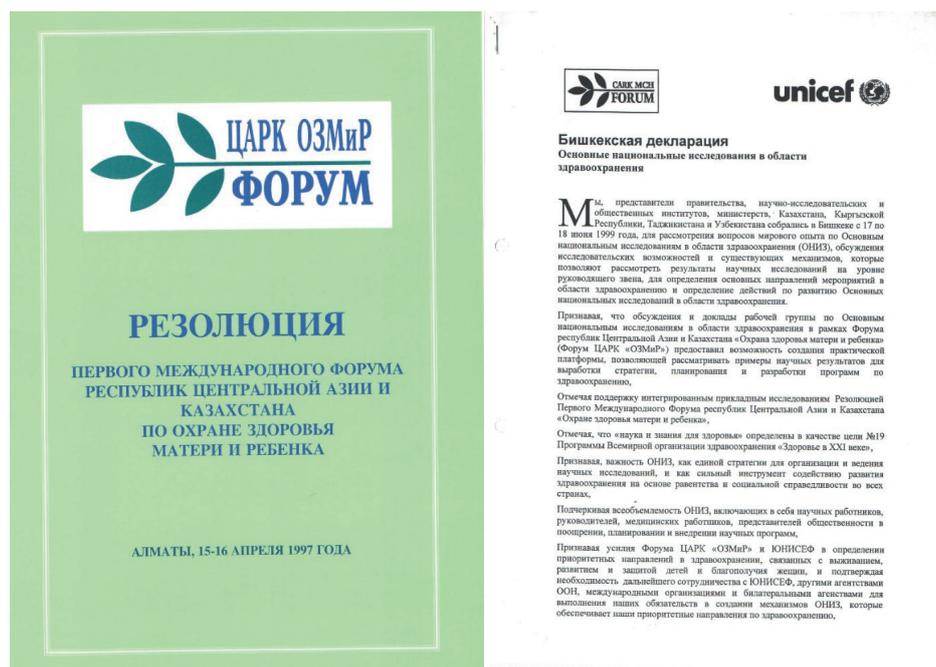
В 1994 году в Казахстане принят Закон «О Ратификации Конвенции о правах ребенка». Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) начинает проводить большую работу по реализации Конвенции «О правах ребенка», взаимодействует с Детским фондом «Бобек». Международный круглый стол «Реализация Конвенции «О правах ребенка» в Центральной Азии и Казахстане, экспозиция «Защита детей в изменяющемся мире: человеческое измерение», совместный проект «Аральское море: экологическая и региональная помощь в поддержку детей и женщин регионов Аральского моря», международные конференции посвящаются проблеме защиты прав детей, актуальным вопросам социального сиротства, охране здоровья матери и ребенка.



В Казахстане усиливается законодательная база. Приняты Законы «О детских деревнях семейного типа и Домах юности» (2000г.), «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» (2002 год), «О правах ребенка» (2002 год), Кодекс «О Браке /супружестве и семье» (2012 год).

3 мая 2022 года Президент подписал Закон «О защите прав детей».

С 1997 года ежегодно начинается проведение Международного Форума республик Центральной Азии и Казахстана «Охрана здоровья матери и ребенка» (Форум ЦАРК «ОЗМиР»). В 1999 году на Форуме принимается Бишкекская декларация «Основные национальные исследования в области здравоохранения» (ОНИЗ). В декларации отмечается, что «наука и знания для здоровья» определены в качестве цели Программы ВОЗ «Здоровье в XXI веке», предусматривается возможность создания практической платформы рассматривать примеры научных результатов для выработки стратегии, планирования и разработки программ по здравоохранению. Форум ЦАРК «ОЗМиР» признавал важность «Охраны здоровья матери и ребенка» (ОНИЗ), как единой стратегии для организации и ведения научных исследований, как сильный инструмент по содействию развитию здравоохранения на основе равенства и социальной справедливости во всех странах – Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане.



Чрезвычайно важной имеющей практическую значимость научной темой остается проблема Арала и Приаралья, положившей начало новому научному направлению – экологической репродуктологии. Центр проводит научные исследования по изучению частоты акушерской патологии – невынашивания беременности и анемии беременных, проживающих в этом регионе. Результат научных исследований – выполнение двух кандидатских диссертаций аспирантками, непосредственно работавших в роддоме г. Аральска, проводившие исследование.

Впервые представители независимого Казахстана принимают участие в работе международных, региональных конференций, конгрессов, симпозиумов, проводимых ООН. Это II международная Азиатско-Тихоокеанская конференция министерского уровня по перспективам стратегии участия женщин в процессе развития (Джакарта 1994 год), где Казахстан представил доклад «Социальная политика поддержки женщин в Казахстане», Международная конференция по народонаселению и развитию (Каир 1994 год), IV Всемирная конференция по положению женщин (Пекин 1995 год), специальные сессии Генеральной Ассамблеи ООН, сессии Комиссии ООН по положению женщин, на 40-й сессии данной Комиссии среди 19 стран – докладчиков был представлен Казахстан.



### Конференция Фонда Народонаселения, г. Алматы, 1996 год

Представительство Фонда народонаселения ООН (ЮНФПА) в Казахстане всемерно оказывает поддержку в реализации Каирской платформы действий по народонаселению и развитию. Знаменательным событием стало проведение крупной международной конференции Фондом народонаселения ООН и Организацией экономического сотрудничества (ОЭС) в 1996 году на базе Республиканского научно-исследовательского центра охраны здоровья матери и ребенка (РНИЦОЗМР) с участием членов Правительства Республики Казахстан и представителей 11 государств.

В Платформе действий Каирской конференции определены бессрочные цели:

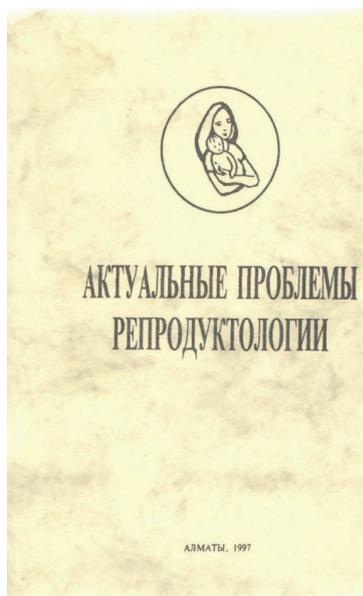
- взаимосвязь между народонаселением, поступательным ростом и устойчивым развитием;
- равенство мужчин и женщин и надделение женщин более широкими правами;
- семья, ее функции, права, состав и структура;
- прирост населения, его состав, репродуктивные права и репродуктивное здоровье;
- здравоохранение: заболеваемость и смертность;
- распределение населения, урбанизация и внутренняя миграция;
- международная миграция;
- народонаселение, развитие и образование;
- технология, научные исследования и разработки;
- деятельность на субрегиональном и международном уровнях;
- международное сотрудничество;
- сотрудничество с негосударственным сектором.

Всеобъемлющее значение охраны репродуктивного здоровья, как основополагающего фактора воспроизводства населения, впервые провозглашено в платформе действий Каирской конференции. В ней подчеркнуто: «Все страны должны признать общую, но дифференцированную ответственность ... Осуществление рекомендаций является суверенным правом каждой страны и обеспечивается с учетом национальных законов и в соответствии с общепризнанными международно-правовыми нормами в области прав «человека». На конференции Казахстан представил доклад «Национальная политика семейного здравоохранения в Казахстане».

В 1995 году создан Совет по проблемам семьи, женщин и демографической политике при Президенте РК. Совет заложил основы утверждения роли семьи, женщин во всех преобразованиях казахстанского общества.

В Казахстане приняты Законы «Об охране здоровья граждан» (1997 год), «О репродуктивных правах и гарантиях их осуществления» (2004 год), Кодекс «Об охране здоровья граждан и системе здравоохранения» (2009 год), «О Ратификации Конвенции о пересмотре Конвенции (пересмотренной) 1952 г., об охране материнства» (2012 год). Принята Хартия о репродуктивных правах (2005 год).

В РНИЦОЗМР открывается научный отдел по планированию семьи, впоследствии научный отдел репродуктологии с лабораторией ЭКО. Отдел активно работает с представительством ЮНФПА ООН в Казахстане. В их деятельности придерживается принцип: деликатная пропагандистская работа, осознанный выбор и цивилизованный путь планирования семьи. Научные исследования проводились в рамках изучения нереализованного материнства и были направлены на изыскание научно-организационных подходов семейного планирования, характеристику популяционно-демографических параметров, репродуктивного поведения и коррекцию системных нарушений при нежелательной беременности. Защищена одна кандидатская и две докторские диссертации. Издаются сборники научных трудов по актуальным проблемам репродуктологии, монография «Аборт и планирование семьи в Казахстане».



Казахстанская межведомственная рабочая группа в составе сотрудников Агентства РК по делам здравоохранения, Агентства РК по стратегическому планированию, Агентства РК по статистике, Казахской государственной академии управления Министерства экономики, Национальной комиссии по делам семьи и женщин при Президенте РК, РНИЦОЗМР разрабатывает Национальную политику по охране репродуктивного здоровья (2000 год).

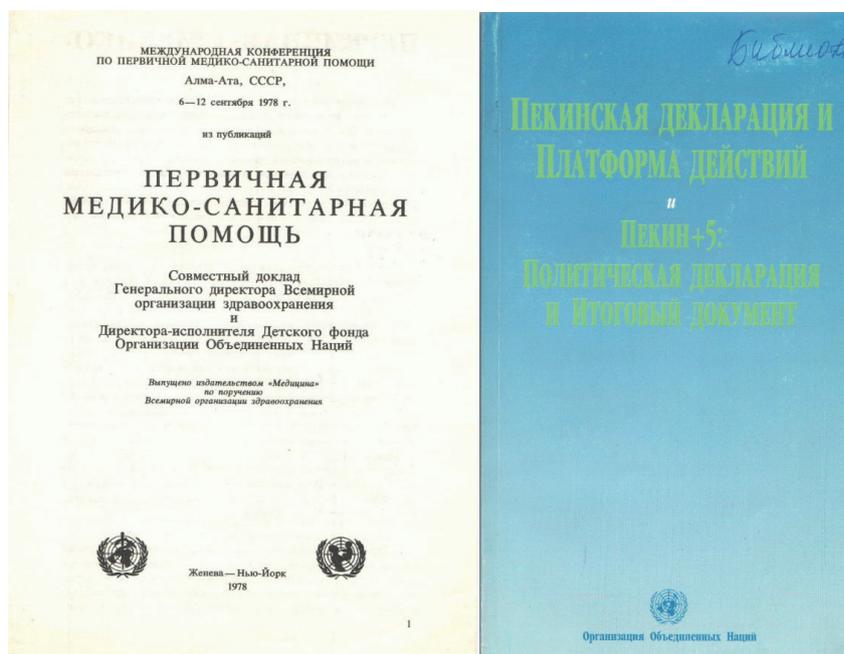
В 2013 году Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии опубликовал Концепцию применения вспомогательных репродуктивных технологий с определением реестра обязательных требований для открытия лабораторий ЭКО.

Свидетельством многосторонней работы с ЮНФПА ООН в Казахстане являются проведение республиканских мероприятий по интегрированию программ Фонда для страны, по разработке стратегии демографического развития, по медико-демографической оценке страны, разработке страновых программ и руководства по контрацепции.

Последнее мероприятие – научный симпозиум на тему «Репродуктивное здравоохранение: проблемы и пути решения, проведенное НЦАГП и Национальной ассоциацией акушеров-гинекологов в декабре 2021 года, также прошло с участием представителя офиса ЮНФПА в Казахстане. Все эти годы деятельность была направлена на ускорение прогресса в достижении целей и выполнения задач в области улучшения материнского здоровья.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд (ЮНИСЕФ), проведя на примере Казахстана международную конференцию о первичной медико-санитарной помощи, доказала преимущества и значимость данной службы в системе здравоохранения. Принята Алма-Атинская декларация, включающая 7 направлений, среди них на 3-ем месте «Охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи».

С 1978 года и в последующие годы в Казахстане – родине Алма-Атинской декларации проводятся юбилейные конференции «Первичная медико-санитарная помощь в XXI веке – дело всех и каждого». В Алма-Ате был открыт Центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).



Деятельность здравоохранительных служб по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи подкреплена законодательными механизмами.

В Законе «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» (1997 год) в статье 15 ПМСП указана в видах медицинской помощи. Подтверждая значимость ПМСП, впервые в Законе «О системе здравоохранения» (2003 год) выделена отдельная статья 21, регламентирующая деятельность ПМСП. Впоследствии в Кодексе «Об охране здоровья граждан и системе здравоохранения» также отдельная 45 статья. Принят Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии» (2002 год).

Первичная медико-санитарная помощь остается одной из важных и первоочередных (востребованных) проблем современного мирового здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения признает, что ПМСП «Сегодня актуальнее, чем когда-либо» и требует укрепления потенциала системы здравоохранения.

Стратегия гендерного равенства и Концепция гендерной политики проводятся в рамках Декларации тысячелетия ООН. Женский фонд развития ООН (ЮНИФЕМ) свою деятельность направил на сотрудничество в области социального развития, определив среди приоритетов гендерное равенство и права человека в национальных стратегиях. На проведенных региональных конференциях обсуждались меры по реализации 12 стратегических целей (женщина и здравоохранение, женщина и образование, женщина и экономика, женщина и вооруженные конфликты, девочки, женщина на уровне принятия решения и другие) и перспективы Пекинской платформы действий по улучшению статуса женщины в интересах равенства и мира.

По Программе развития ООН (ПРООН) в Казахстане было образовано Бюро «Гендер и развитие» с Консультативным Советом при нем по усилению роли и продвижения женского участия в процессы национального развития.

Все вышесказанное – отдельные штрихи масштабной работы государственных органов, неправительственного сектора с международными организациями системы ООН. И они подтверждают устремление Казахстана разрабатывать необходимые планы и мобилизовать имеющиеся ресурсы, в соответствии с национальными потребностями и приоритетами, как наилучшие гаранты достижения стабильного социально-экономического развития страны. Целостное рассмотрение всех программ и надлежащее стратегическое планирование на основе аналитического обзора количественных и качественных данных служит основой повышения социального статуса девочек и женщин, гарантируя достойную их жизнь в обществе. Казахская система здравоохранения, изучая мировой опыт, строя партнерские плодотворные отношения с крупными подразделениями ООН, прилагает все усилия для успешной деятельности по осуществлению приоритетных направлений, совместных проектов, программных курсов в национальных интересах страны.

Сегодня мы отдаем дань уважения нашим современникам, кто на заре независимости достойно представлял Казахстан на международной арене, выполняя ответственную миссию Постоянного Представителя своей страны при Организации Объединенных Наций. Это Акмарал Арыстанбекова, все дипломаты – сотрудники Постоянного Представительства Казахстана в ООН в Нью-Йорке.

Мы признательны первым представителям подразделений ООН, кто 30 лет тому назад заложил реальные основы содружественной работы.

Найджел Рингроуз – Постоянный координатор ООН в РК.

Херберт Берсток - Постоянный координатор ООН в РК, представитель ПРООН в РК, представитель Фонда народонаселения в РК.

Икрам Берердинч – Представитель Детского Фонда ООН в Центральной Азии и Казахстане.

Мы вспоминаем первых руководителей подразделений ООН, кто посещал Казахстан.

Кэрл Белами – Исполнительный директор ЮНИСЕФ интересовалась проблемами Арала и Приаралья, побывала в данном регионе.

Нафис Садык – Исполнительный директор ЮНФПА провела в г. Алматы международную конференцию со странами – членами Организации Экономического Содружества при поддержке Правительства Республики Казахстан по проблеме народонаселения. Посетила г. Туркестан и Мавзолей Ахмеда Яссауи.

Шамсад Асад – Генеральный Секретарь Организации Экономического Содружества (ОЭС).

Найлин Хейзер – исполнительный директор ЮНИФЕМ участвовала на региональной консультативной встрече по проблемам гендерного равенства, продвижения женского лидерства в г. Алматы.

Хиросима Накадзима – Генеральный директор ВОЗ участвовал на юбилейной конференции «Глобальной воздействию Алма-Атинской декларации».

Ася Брандруп и Гаяне Долян – региональные советники ЕРБВОЗ. С ними установились профессиональные отношения, они неоднократно посещали РНИЦОЗМР, знакомились научными исследованиями. Ася Брандруп написала отзыв на автореферат кандидатской диссертации по совершенствованию абортной помощи, а Гаяне Долян написала рецензию на монографию «Аборт и планирование семьи».

Таковы некоторые итоги и успехи международного сотрудничества с организациями ООН в Казахстане.

Мы приветствуем господина Линдстрема Ронни – главу представительства ЮНФПА в Казахстане и нашего Раимбека Сисемалиева, который 30 лет работает в системе представительства ООН в Казахстане и всегда с нами.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

*Мирзахметова Д.Д., Терликбаева А.Т., Каюпова Л.С., Курманова А.М.,  
Аимбетова А.Р., Исакова М.Б., Сагындыкова Б.Б., Салимбаева Д.Н.,  
Аязбеков А.К., Утешова З.Б., Бекмолдакызы М.*

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

Преэклампсия (ПЭ) является одной из важнейших проблем в современном акушерстве, учитывая ее медицинское и социально-экономическое значение. Поскольку последствия тяжелых гипертензивных расстройств в период беременности снижают качество жизни женщин в репродуктивном возрасте, а частота нарушений физического, психосоматического развития преждевременно рожденных детей достаточно высока, то эта проблема является значимой в медицинском, так и в социальном плане [1-3]. Поэтому тема преэклампсии на протяжении многих лет, начиная с международного мультицентрового исследования «InterpregGen», является предметом глубокого изучения команды акушеров-гинекологов и медицинских генетиков Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии и нашла свое продолжение в новом научном проекте «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан», фрагменте «Роль генетических факторов в развитии ОНМК на фоне преэклампсии в казахской популяции» ИРН OR12165486, где предстоит выяснить роль генетических факторов в развитии острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне преэклампсии в казахской популяции.

Известно, что данные по распространенности ПЭ в мире в общей популяции разнятся и варьируют от 2,3 до 23% [1-3]. Показатель материнской смертности от преэклампсии/эклампсии в Республике Казахстан составлял 9,0 (2019 год), 16,0 (2020 год), 8,0 (2021 год) на 100 тысяч живорожденных. Из умерших от преэклампсии 96,8% женщин умерли в послеродовом периоде [4-7]. Преэклампсия и эклампсия относятся к наиболее значимым факторам риска для развития ишемического и геморрагического инсульта и обуславливают от 24-48% всех ассоциированных с беременностью инсультов [8]. В мире заболеваемость инсультом во время беременности варьирует от 9 до 34 случаев на 100 тысяч родов [4, 9]. Смертность при этом составляет 1,4 на 100 тысяч родов или 5-12% от общей материнской смертности [8-10]. По данным НЦАГиП, смертность от ОНМК в Республике Казахстан составляет 1,0 на 100 тысяч родов [2].

Таким образом, ОНМК является редким, грозным, трудно контролируемым осложнением во время беременности, родов и послеродовом периоде [11].

Увеличение частоты ОНМК со второй половины беременности можно объяснить физиологическими изменениями, которые происходят в организме женщины во время беременности. Среди патогенетически значимых перестроек следует отметить увеличение ОЦК за счет объема плазмы и эритроцитов, изменения в системе гемостаза (повышение плазменных факторов свертывания крови, снижение активности естественных ингибиторов свертывания крови – антитромбина III, протеина С, угнетением активности фибринолиза и увеличением адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов). Также патогенетическим фактором развития ОНМК во время беременности может явиться гормональная перестройка в организме женщины во время гестации [12].

Также по данным Серова В.Н., 2008, факторами для развития этого грозного осложнения могут быть: возраст, артериальная гипертензия, цереброваскулярная патология, заболевания сердечно-сосудистой системы, системная красная волчанка, сахарный диабет, серповидно-клеточная анемия, курение, злоупотребление алкоголем или психотропными средствами, электролитные

расстройства, тромбофилия, послеродовая инфекция и кровотечение, переливание крови, преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром [13].

#### **Материал и методы исследования.**

В ходе проводимого исследования рекрутировались женщины, казашки по национальности, анализировалась медицинская документация.

Основная группа составила 19 пациенток, перенесших ОНМК во время беременности на фоне преэклампсии тяжелой степени, в виде ишемического или геморрагического инсульта, и 20 пациенток группы сравнения, с преэклампсией без ОНМК.

Средний возраст женщин основной группы составил  $30,7 \pm 6,1$  лет, а в группе сравнения –  $31,9 \pm 5,0$  лет.

В основной группе ишемический инсульт наблюдался у 11 женщин, что составило 57,9%, геморрагический у 8 (42,1%).

Средний рост пациенток по исследованным данным составил 163,9 см в обеих исследуемых группах, при этом средний вес пациенток основной группы составил – 73,3 кг, а в группе сравнения – 67,9 кг.

#### **Методы исследования.**

Был изучен семейный анамнез (наличие гипертензии, ОНМК во время беременности у сестер, матерей), акушерский анамнез, сроки гестации и исходы текущей беременности, наличие тромбоза глубоких вен, показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, проведение медикаментозной терапии при преэклампсии, клиничко-лабораторные данные.

Основным методом верификации диагноза ОНМК и определения его типа (ишемический или геморрагический), а также выявления этиологических факторов развития этого осложнения у беременных, рожениц и родильниц проводилась МРТ в обычном и при необходимости сосудистом режиме.

У женщин группы сравнения проводилось исследование маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока на аппарате VOLUSON-E10 для оценки функционального состояния плода и кровотока матери.

Статистическая обработка полученных результатов проводится в программе Microsoft Office Excel 2013, включает в себя методы описательной статистики, расчет процентной доли и ошибки доли, Гипотеза о различии средних значений проверялась с помощью критерия Стьюдента.

При изучении семейного анамнеза наличие гипертензии чаще отмечалось у пациенток группы сравнения – у сестер ( $20 \pm 2,0\%$ ), и матери ( $35 \pm 2,4\%$ ), чем в основной группе –  $5,9 \pm 1,4\%$  и  $17,6 \pm 2,2\%$ , соответственно. При этом наличие ОНМК в анамнезе у матери выявилось только у пациенток основной группы – у  $17,6 \pm 2,2\%$ .

Общее количество беременностей, включая данную, у пациенток с ОНМК –  $2,9 \pm 1,2\%$ , в группе сравнения –  $3,4 \pm 1,9\%$ .

Среди пациенток с ОНМК на фоне преэклампсии в доношенном сроке были 9 женщин, что составило 47,4%, а 10 женщин (52,6%) в сроке беременности от 25 до 37 недель. В группе сравнения срок беременности более 24 недель имели  $3,1 \pm 1,2\%$ . Также было выявлено достоверное учащение мертворождений в анамнезе, в основной группе – 58,8% против  $5,0 \pm 1,1\%$  ( $p < 0,01$ ).

Средний срок гестации при текущей беременности составил  $30,9 \pm 5,7$  недель в основной и  $33,6 \pm 5,3$  недель в группе сравнения.

Средний вес плода у пациенток основной группы, перенесших ОНМК на фоне преэклампсии, составил  $2826,9 \pm 723,5$  грамм, в то время как у пациенток с преэклампсией –  $3050 \pm 685,0$  грамм соответственно.

При первом визите в женскую консультацию уровень САД был несколько выше  $138,3 \pm 33,4$  мм рт. ст. против  $117,5 \pm 14,3$  мм рт. ст. пациенток группы сравнения, ДАД –  $88,0 \pm 18,0$  против

75,9+10,9 мм рт. ст. в основной и группе сравнения. Артериальное давление, на момент манифеста заболевания в стационарных условиях достигало САД до 220 мм рт. ст. в основной группе против 180 мм рт. ст. группы сравнения, ДАД – 120 мм рт. ст. против 110 мм рт. ст. группы сравнения. По данным, опубликованным в 2020 году Американским колледжем акушерства и гинекологии, артериальная гипертензия общепринятый, но не абсолютный фактор риска эклампсии. У 25% женщин до экламптического припадка не будет зафиксирована гипертензия.

Протеинурия определялась у пациенток при случайном выявлении (в первый раз) основной группы от 0,33 г/л до 3,0 г/л и в группе сравнения – от 0,033 до 2,5 г/л.

Отеки во 2 триместре наблюдались у 7 (36,8%) пациенток, в 3 триместре у 16 (84,2%) пациенток основной группы.

Уровень тромбоцитов у пациенток с ОНМК на фоне преэклампсии колебался от значительной тромбоцитопении в 5,0 тыс. на  $10^9$ /л до 519 х  $10^9$ /л. У пациенток группы сравнения показатели тромбоцитопении не отмечались ниже 25 тыс., а тромбоцитоз до 454 на  $10^9$ /л, существенно не отличался от такового в основной группе. Трансферазы АЛТ, АСТ свыше 31 ед/л наблюдались у 8 (42,1%) пациенток основной группы, против 6 (30%) группы сравнения.

Женщины с ОНМК являются очень сложной группой пациенток, особенно, если это состояние возникает на фоне беременности, с высокой материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. Лечение таких пациенток требует междисциплинарного и персонализированного подхода и должно проводится в крупных многопрофильных стационарах, с современным оснащением. ОНМК – грозное осложнение как для матери, так и для плода. Так, в нашем исследовании 19 (100%) из 19 пациенток основной группы были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, у 13 (68,4%) пациенток основной группы наблюдались эклампсия, у 11 (57,9%) из них в антенатальном периоде. ОНМК в позднем послеродовом периоде (на 14-18 сутки) произошло у 6 (31,6%) пациенток. Все пациентки получали гипотензивную, магниезальную и противосудорожную терапию, 2 пациенткам был проведен почечный диализ, проведено нейрохирургическое лечение.

В группе сравнения в отделение реанимации и интенсивной терапии госпитализированы 16 (80%) пациенток, осложнение в виде эклампсии/отслойки плаценты наблюдалось по 1 (5%) случаю.

Из 19 пациенток с ОНМК родили в доношенном сроке (38-40 недель) 9 (47,4%) женщин, в сроке 33-37 недель – 7 (36,8%), в сроке 28-32 недель – 3 (15,8%). Родоразрешены в экстренном порядке путем операции кесарево сечение – 13 (68,4%), родили через естественные родовые пути – 4 (21,1%). Антенатальная гибель плода произошла у 5 (26,3%). Вес плодов колебался от 505 грамм до 5000 грамм, маловесными к доношенному сроку гестации были 6 плодов, их вес составил 2200-2600 грамм.

В группе сравнения родили в доношенном сроке 9 (45%), преждевременные роды у 11 (55%), при этом в экстренном порядке родоразрешены 10 (50%), у 4 (20%) плановое кесарево сечение, у 4 (20%) индуцированные роды, роды через естественные родовые пути – у 2 (10%). Антенатальная гибель плода произошла у 3 (15%) пациенток. Вес плодов в группе сравнения составил от 1600 до 3400 грамм. Отслойка плаценты наблюдалась в 1 случае (5%).

### **Выводы:**

1. Беременность на фоне тяжелой преэклампсии и эклампсии способствует повышению частоты острого нарушения мозгового кровообращения.

2. Для ОНМК, ассоциированного с гестационным периодом, характерно в большей степени поражение по ишемическому и геморрагическому типу, при этом ишемический инсульт наблюдался у 57,9% пациенток, геморрагический – у 42,1%.

3. У пациенток с ОНМК, наступившего на фоне преэклампсии, статистически достоверными являются наличие в семейном анамнезе ОНМК у матери (17,6%), наличие в анамнезе мертворождений (58,8%), что необходимо учитывать на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения.

4. ОНМК у пациенток с тяжелой преэклампсией в позднем послеродовом периоде (14-18 сутки) развилось в 31,6% случаев.

5. У пациенток с ОНМК достоверно чаще производилось экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение (68,4%), отмечалась антенатальная гибель плода (26,3%) и роды маловесными к доношенному сроку гестации – 31,6%. Осложнение беременности в виде преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты – в 10% случаев.

### **Практические Рекомендации.**

1. Раннее выявление и оценка акушерских осложнений у пациенток с тяжелой формой преэклампсии, которые могут стать причиной ОНМК, способствуют своевременному решению вопроса о тактике и сроках родоразрешения и предотвращению развития внутримозговой катастрофы у беременных с этой патологией.

2. Для лечения беременных и рожениц с ОНМК необходим мультидисциплинарный подход в многопрофильном стационаре, с применением при необходимости, селективной церебральной ангиографии, магнитно-резонансной томографии в простом и сосудистом режимах, с наличием круглосуточных диагностических служб: УЗИ, лабораторных методов исследования, КТ, с наличием опытной команды акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, в том числе детских, отделением нейрохирургии (с рентген-операционной), неврологов, офтальмологов и отделением реабилитации, где в последующем пациентки, перенесшие ОНМК должны проходить реабилитацию.

3. Прегравидарная подготовка женщин, с перенесенным ОНМК в анамнезе, должна проводиться с учетом проведенного в момент манифестации заболевания нейрохирургического лечения, катamnестических данных, рекомендаций нейрохирурга, что позволит снизить риски развития грозных осложнений и сохранить репродуктивные возможности в данной категории пациенток, представленных в нашем исследовании.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Преэклампсия: от истории до сегодняшнего дня Д.м.н., проф. зав. каф. Ю.Э. Доброхотова, к.м.н, асс. Л.С. Джохадзе, к.м.н., доц. П.А. Кузнецов, студентка VI курса А.П. Османова\*, д.м.н., проф. О.В. Макаров

2. Винокурова И.Н. Авторферат канд. дис. Роль ангиогенных факторов при преэклампсии, 2016г.

3. Расуль-Заде Ю.Г., Усмонов С.К. Риски развития рецидивной преэклампсии у беременных с преэклампсией в репродуктивном анамнезе. ТашПМИ, Ташкент, Мечниковские чтения 2020, г. Санкт-Петербург.

Арустамян Р.Р., Адамян Л.В., Шифман Е.М., Овезов А.М. Острые нарушения мозгового кровообращения во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Том 44, № 3 (2016) <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2016-44-3-295-300>.

Искакова М.Б., Сагындыкова Б.Б., Кулманбетова Ф.К. Анализ материнской смертности и критических состояний у женщин от острого нарушения мозгового кровообращения во время беременности, родов и послеродовом периоде в разрезе регионов за 6 месяцев 2019 года// Журнал акушерства и гинекология - 2019.-№ 3-4. С.

6. Клиническое прогнозирование послеродовых осложнений у женщин, перенесших тяжелую преэклампсию и эклампсию (Ихтиярова Г.А., Туксанова Д.И., Аюбов Б.М.)

7. Бикташева Х.М. и др. Преэклампсия в системе «мать—плацента—плод». Материалы научно-практической конференции. Алматы-Актау. 2010

8. Шаповалова О.А. Прогнозирование осложнений гестации при острых цереброваскулярных осложнениях, ассоциированных с беременностью. Кандидатская диссертация, Краснодар 2019, с.14

9. Fairhall J., Stoodley M. Intracranial hemorrhage in pregnancy. *Obstet.Med.* 2009; 2(4): 142-8. doi: 10.1258/om.2009.090030.
10. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. Неврология. Национальное руководство. 2009. -М.: ГЭОТАР-Медиа. -С.1080.
11. Адамян Л.В. Преэклампсия, эклампсия и острое нарушение мозгового кровообращения / Адамян Л.В., Шифман Е.М., Арустамян Р.Р., Ляшко Е.С., Коньшева О.В. // Проблемы репродукции. – 2016. –Т. 22. - № 5. – С.145150.
12. Арустамян Р.Р. Беременность, роды, послеродовый период у женщин с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед.наук, М.2017.с.27
13. Серов В.Н. Пути снижения материнской смертности в Российской Федерации / Серов В.Н // Журнал РОАГ – 2008. № 3. – С. 3.
14. Курман В.И. Этиологические факторы развития мозгового инсульта у беременных / Курман В.И., Быченко М.П. // Международный неврологический журнал.- 2010. – 5(35) – С. 63-67.
15. D. J. Lanska and R. J. Kryscio, “Risk factors for peripartum and postpartum stroke and intracranial venous thrombosis” *Stroke*, vol. 31, no. 6, pp. 1274–1282, 2000.View at: Google Scholar.
16. James AH, Bushnell CD, Jamison MG, Myers ER. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol.* 2005; 106 (3): 509–516. | <https://doi: 10.1097/01.AOG.0000172428.78411.b0>.
17. Латышева В.Я. Лечение и медицинская реабилитация цереброваскулярных болезней / Латышева В.Я., Кокоша З.П. // Гомельский государственный медицинский университет. – 2006. – С.164.
18. Tate J. Pregnancy and stroke risk in women / Tate J., Bushnell C. // *Womens Health (Long Engl)*. – 2011.-7(3) – P.363-74.
19. Bateman BT., Shumaker HC., Bushnell CD., et al..Intracerebral hemorrhage in pregnancy: frequency, risk factors, and outcom. *Neurology.* 2006; 67(3):424-9
20. Bushnell C. Guidelines for the Prevention of Stroke in Women / Bushnell C. et al // *Stroke*. – 2014.- 45. – P.1545-1588.  
<http://www.neboleem.net/preeklampsiya.php>.
- Ержан З.Е., Раева Р.М., Мошкалова Г.Н. и др. Тяжелая преэклампсия – актуальная проблема современного акушерства. // *Scientific-Practical Journal of Medicine. Vestnik KazNMU.* September 23 rd, 2013.
- Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е. Преэклампсия. ГЭОТАР-Медиа. 2010.
- Ветров В.В., Воинов В.А., Иванов Д.О. Неосложненная преэклампсия. – Информ-Навигатор., 2013.
- Мартынов Ю., Малкова Е., Чекнева Н. Острые нарушения мозгового кровообращения при патологической беременности. <tps://lor.inventech.ru/neurology/organ>.
- Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц в Расуль-Заде Ю.Г., Усмонов С.К. Республике Казахстан за 2018, 2019 г.г., Алматы, 2019.

## РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

*Файзуллоева Нафосат Шокировна, Хотамова Матлуба Тилавовна  
Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сино, город  
Бухара, Республика Узбекистан*

**Цель исследования** – результаты бактериологического исследования после преждевременного разрыва плодных оболочек.

**Материалы и методы исследования:** обследовано 243 ребенка, рожденных после преждевременного излития вод, у 20 из них масса тела была менее 2000 г. Контрольную группу составили 100 новорожденных. Кроме того, исследование проведено у 131 ребенка без преждевременного излития вод, но имеющего факторы риска развития инфекции. Проведено бактериологическое исследование артериальной крови плаценты, мекония и содержимого наружного слухового прохода. У 26% новорожденных основной группы из всех 3 источников получены одинаковые бактерии: *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Enterococcus*, *Streptococcus* группы В. Из 131 ребенка в группе без излития вод, но имевшего риск развития инфекции, положительные культуры получены у 7% детей. Частота инфекционных осложнений при длительности безводного промежутка в пределах 24 ч составила 10%, при длительности более 24 ч - 30%. В контрольной группе из 100 новорожденных только у 5 были положительные культуры крови, посев мекония и содержимого наружного слухового прохода был отрицательным.

**Вывод:** клиническая картина сепсиса у 50% детей развилась в 1-е или 2-е сутки жизни. Наиболее специфичным ранним диагностическим признаком сепсиса является положительная культура крови. Все виды бактерий, выделенных из крови, кроме энтерококков, были чувствительны к цефотаксиму и гентамицину.

## ДОСТОВЕРНОСТЬ СКРИНИНГА МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДОППЛЕРА

*Шукурлаева Шахноза Жамаловна, Хотамова Матлуба Тилавовна  
Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сино, г. Бухара,  
Республика Узбекистан*

**Цель исследования** – достоверность скрининга маловесных детей для гестационного срока с помощью метода Допплера

Одной из основных причин перинатальных осложнений, смертности и последующих неврологических заболеваний является нарушение роста плода. Так как маловесные дети могут быть и генетически маленькими, очень важно иметь точные диагностические методики. Определена достоверность измерения методом Допплера кровотока в артерии пуповины при сроке беременности в 28 и 34 недель. Обследовано 400 женщин в целях прогнозирования рождения маловесных детей и новорожденных с нарушением массо-ростового индекса. Чувствительность метода оказалась низкой (от 16,9 до 41,7%). Прогностическая ценность отрицательного скринингового теста оказалась неудовлетворительной.

**Вывод:** Таким образом, исследование кровотока в артерии пуповины методом Допплера в сроки беременности 28 и 34 недель не является информативным для диагностики и прогнозирования нарушений развития плода. Однако, отрицательные результаты не должны обесценивать данный метод как средство диагностики и прогнозирования дистресса плода при беременности высокого риска.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

*Гутикова Л.В., Кухарчик Ю.В., Павловская М.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** Генитальный эндометриоз является одной из наиболее распространенных причин бесплодия и невынашивания беременности. Частота бесплодия при всех локализациях генитального эндометриоза примерно в 3-4 раза превышает частоту infertility в популяции, а частота самопроизвольного выкидыша (чаще в 1 триместре) колеблется от 10 до 50%.

**Цель исследования.** Установить значимые факторы риска невынашивания беременности у женщин с эндометриозом яичников в репродуктивном возрасте.

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

Нами обследовано 63 женщины с диагностированным эндометриозом яичников, наблюдавшихся и прооперированных в гинекологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» за период 2019-2020 гг. Когортное исследование носило ретроспективно-проспективный характер.

В удаленных очагах эндометриоза изучали экспрессию рецепторов прогестерона и эстрогенов для определения иммуногистохимического индекса (ИГИ) по методу гистологического счета «quick score» [Detre, 1995]. Интерпретация результатов ИГИ: низкий (1-5 баллов), средний (6-10 баллов), высокий (11-15) индекс метки с правильным распределением или дефектами распределения.

Проведена иммуногистохимическая оценка матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), циклинов В1 и D1 в баллах (от 1 до 6) полуколичественным методом по проценту окрашенных клеток: 0 баллов – отсутствие окрашенных клеток, 1 балл – 5-10%, 2 балла – 10-20%, 4 балла – 20-40%, 6 баллов – более 40% положительных клеток.

В соответствии с обнаруженными иммуногистохимическими изменениями все пациентки были разделены на 3 группы.

Всем группам женщин дополнительно к гормональной терапии назначалась биологически активная добавка отечественного производства, содержащая янтарную и аскорбиновую кислоты (по 1 капсуле/сут. 3 месяца).

Первой конечной точкой исследования явился рецидив заболевания, второй – наступление беременности, третьей – течение беременности и исходы родов.

Результаты исследования обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel» с предварительной проверкой соответствия оцениваемых показателей на нормальность распределения с помощью гистограммы распределения и критериев Колмогорова-Смирнова и Лиллиефорса. Статистические взаимосвязи изучали при помощи непараметрического корреляционного анализа, выполняя расчёт коэффициентов корреляции рангов по Спирмену. Для более глубокой интерпретации данных использован метод дискриминантного анализа.

### **Результаты исследования.**

При анализе исходных характеристик обследованных женщин было показано, что в обеих группах с одинаково высокой частотой встречались хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, а также эндокринная патология ( $p > 0,05$ ). Отмечена одинаково высокая

частота гинекологических заболеваний у пациентов 3 группы в сравнении с 1 и 2. Мы зарегистрировали очень высокую частоту сочетания эндометриоза яичников с воспалительными заболеваниями органов малого таза ( $p < 0,05$ ). По нашим данным, у большинства женщин в анамнезе были сальпингоофориты.

У 12 женщин 1 группы (54,5%), 14 женщин 2 группы (60,9%), 9 женщин 3 группы (50%) в анамнезе были беременности, а у 7 (31,8%), 8 (34,8%) и 5 (27,8%) в 1, 2 и 3 группах соответственно, были роды, причем с момента этих родов до момента включения в исследование прошло в среднем  $4,6 \pm 4,2$ ,  $6,9 \pm 6,4$  и  $7,2 \pm 4,1$  лет, соответственно. Частота преждевременных родов у обследованных пациенток была очень высокой: 13,6% в 1 группе, 17,4% во 2 и 22,2% в 3 группе. У 22,7% женщин 1 группы, 26,1% во 2 и 16,7% женщин 3 группы беременность закончилась самопроизвольным прерыванием в ранние сроки.

В среднем продолжительность заболевания на момент включения в исследование оказалась значительно больше в 3 группе  $6,2 \pm 1,1$  года по сравнению со 2 и с 1 группами –  $3,4 \pm 1,2$  года и  $4,5 \pm 1,6$  лет соответственно ( $p < 0,05$ ). У большинства пациентов из обследованных нами групп имела место дисменорея. С очень высокой частотой встречались такие жалобы, как выделения по типу мазни до и после менструации, а также межменструальные кровянистые выделения.

С целью выявления прогностических критериев невынашивания беременности у женщин с эндометриодными кистами проведена оценка и анализ анамнестических и клинико-лабораторных данных с использованием анкет, разработанных нами в соответствии с задачами исследования.

Используя пакет прикладных программ STATISTICA 10.0, первым этапом анализа данных проводили определение значения Wilks' Lambda, которое составило 0,0519, что свидетельствовало о хорошей дискриминации изучаемых признаков. Следует подчеркнуть, что значения этого показателя принадлежат интервалу от 0 до 1. Результат Wilks' Lambda для нашей выборки расположен ближе к нулю, что свидетельствует о хорошей дискриминации.

Для получения дальнейших результатов о природе дискриминации на следующем этапе нами проведен канонический анализ с последующим вычислением дискриминантной (канонической) функции.

Нами вычислены коэффициенты линейной дискриминантной функции (ЛДФ) для каждого из значений зависимого признака с последующей оценкой коэффициента математической модели – ЛДФ.

Следовательно, исходя из полученных данных, ЛДФ для группы женщин с низким риском невынашивания беременности выглядит следующим образом:

Низкий риск невынашивания беременности =  $5,54 \text{ ММП} - 9 + 0,53 \text{ Циклин D1} + 0,45 \text{ Циклин B1} + 0,08 \text{ Высокий ИГИ} + 0,15 \text{ норм. распред.} + 0,31 \text{ ДГЭА} - 0,18 \text{ прогестерон} - 0,43 \text{ ФСГ} + 0,89 \text{ ЛГ} + 9,23 \text{ эстрадиол} + 3,24 \text{ тестостерон} - 0,78 \text{ пролактин} + 0,45 \text{ Ki 67} - 56,84$ .

Средний риск невынашивания беременности =  $1,91 \text{ ММП} - 9 + 0,71 \text{ Циклин D1} + 0,45 \text{ Циклин B1} + 0,15 \text{ Средний ИГИ} + 0,41 \text{ норм. распред.} + 0,39 \text{ ДГЭА} - 0,14 \text{ прогестерон} - 0,44 \text{ ФСГ} + 0,56 \text{ ЛГ} + 9,87 \text{ эстрадиол} + 2,93 \text{ тестостерон} + 0,51 \text{ пролактин} + 0,61 \text{ Ki 67} - 63,92$ .

Высокий риск невынашивания беременности =  $5,98 \text{ ММП} - 9 + 0,98 \text{ Циклин D1} + 0,77 \text{ Циклин B1} + 0,49 \text{ Низкий ИГИ} + 0,87 \text{ деф.} + 0,34 \text{ ДГЭА} - 0,21 \text{ прогестерон} - 0,33 \text{ ФСГ} + 0,24 \text{ ЛГ} + 12,57 \text{ эстрадиол} + 3,87 \text{ тестостерон} - 0,11 \text{ пролактин} + 0,81 \text{ Ki 67} - 97,8$ .

Следует отметить, что значения  $p$  для каждого из включенных в модель независимых признаков составили  $< 0,01$  ( $p < 0,01$ ).

С помощью применения метода дискриминантного анализа нами подтверждено наличие связи изменения ИГИ, нормальности распределения, дефектов распределения, экспрессией циклина D1 и B1, ММП-9 у пациентов с прогнозируемым риском невынашивания беременности.

На основании результатов дискриминантного анализа и оценки диаграммы рассеяния выявлено, что обследованные пациенты с высоким риском невынашивания беременности имеют отличия от женщин с низким и средним риском. Наибольший вклад в эти отличия вносят экспрессия циклина D1 и B1, ММП – 9, изменения ИГИ, нормальность или дефекты распределения.

**Выводы.** Таким образом, нами установлены значимые факторы риска невынашивания беременности у женщин с эндометриозом яичников, которые необходимо учитывать на этапе прегравидарной подготовки. В комплекс лечебных мероприятий у этой категории женщин следует включать реконструктивные операции и гормонально-метаболическую терапию, сочетание которых приведет к восстановлению репродуктивной функции, снижению болевого синдрома, повышению частоты наступления и вынашивания беременности.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЯИЧНИКА В КАЗАХСТАНЕ И ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ.

*Дамирулы Д., Муслимова Б.*

*Научный руководитель: Хамидуллина З.Г., Мырзабекова А.Ж.  
НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан*

**Введение:** По данным Globocan 2018, рак яичников является седьмым наиболее распространенным раком у женщин во всем мире. Только за 2018 год было зарегистрировано 295414 новых случаев рака яичников. 70% злокачественных новообразований яичников выявляются на III-IV стадии. Во всем мире за один год, а именно в 2020 году у один миллион триста тысяч (1,3 млн) женщин был диагностирован гинекологический рак: и из них около 23% составил рак яичников. В этом же году во всем мире от гинекологического рака умерло 468000 женщин. В Казахстане, ежегодно на общий онкологический учет встают около 180 тысяч человек, из них рак яичников составляет около 5%, это около 9000 онкобольных за последние 10 лет.

**Цель:** провести сравнительный анализ и оценку динамики распространенности рака яичников в Республике Казахстан за 2012-2022 годы и предотвращения ее возникновения.

**Методы исследования:** Исследование было проведено в 2 этапа.

На первом этапе: Материалом исследования послужили первичные данные о зарегистрированных больных злокачественными опухолями яичников в целом по стране. Исследование проводилось в период 2012-2022 гг. Оценка динамики заболеваемости раком яичников женского населения Казахстана проводилась с использованием мета анализа.

На втором этапе: данными послужили диагнозы женщин с инвазивным эпителиальным раком яичников с марта 2018 года по июль 2021 года. Мы сравнили женщин, которые в анамнезе принимали КОК, а также их репродуктивные истории, среди которых 36 женщин с наследственным фактором риска и 381 женщин без риска наследственности от общих 568 контрольных случаев, определенными случайным числом, набор, частота которых соответствовала случаям по возрасту и расе/этнической принадлежности.

**Результаты и обсуждения:** за период с 2012-2022 годы было зарегистрировано 9486 случая. Среди взятых на диспансерный учет с раковыми опухолями яичников в 2013 году было выявлено 2259 (53%) женщины, в 2017 году – 2781 (52,7%) женщин, в 2020 году – 2699 (52,4%) женщин в возрасте от 23 до 82 лет.

Наибольшая частота заболеваемости раком яичников среди обследованных нами женщин была выявлена в возрастной группе 51-60 лет (36%), что совпадает с мировыми показателями.

Среди взятых на учет по поводу рака яичников за период 2014–2019 годы у пациенток в пред- и постменопаузальном возрасте наиболее часто встречаются запущенные стадии, а в репродуктивном возрасте превалирует процент ранних стадий.

За период с марта 2018 года по июль 2021 года из 568 контрольной группы, с диагнозом инвазивный эпителиальный рак яичников, было выявлено 36 женщин с наследственным фактором риска и 381 женщин без риска наследственности. В целом, как и ожидалось, каждое дополнительное рождение и каждый дополнительный год использования оральных контрацептивов снижали риск развития рака яичников. Дополнительные роды были защитными в отдельных анализах носителей и не носителей, но использование оральных контрацептивов, по-видимому, снижало риск только у не носителей; среди носителей снижение вероятности рака яичников составило 16 процентов на одно рождение и 5,2 процента в год использования оральных контрацептивов.

**Вывод:** ежегодно отмечается рост заболеваемости раком яичников. Рак яичников чаще встречается в возрастной группе 51-60 лет. Гормональная контрацепция предотвратила около 400 000 случаев рака яичника в течение 50 лет (1965-2014 годы), включая 200000 случаев в последнее десятилетие (2005-2014 годы). Учитывая совокупность доказательств, представленных в нашем исследовании, мы утверждаем, что оральные контрацептивы могут значительно снизить риск рака яичников у женщин. Эти результаты позволяют женщинам и врачам принимать более обоснованные решения относительно использования оральных контрацептивов.

## ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ ЯИЧНИКОВ ПРИ СПКЯ.

*Джунусова Р.К., Дауей Қ.Б., Салимбаева Б.Т., Бейсенова А.А.  
АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», г. Шымкент, Казахстан*

**Ключевые слова:** СПКЯ, бесплодие, лапароскопия.

### **Актуальность проблемы:**

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) или синдром Штейна –Левенталю – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как наследственными факторами, так и факторами внешней среды. СПКЯ – это также многофакторный синдром неясной этиологии, характеризующийся изменением структуры и функции яичников. Кистозно измененные яичники – это в основном УЗ-заключение, подразумевающее наличие в яичниках множественных мелких кист, то есть фолликулов. Формирование множественных кист в яичниках происходит при разных заболеваниях, среди которых можно назвать эндокринные нарушения, опухолевые процессы, хронические воспаления яичников и другие. СПКЯ является лишь одним из них.

Патогенез СПКЯ представляется сложным и, несмотря на большое число предложенных теорий развития заболевания, ни одна из них не раскрыла до конца причины возникновения и механизмы развития эндокринологических и метаболических нарушений при этом заболевании. Много сторонников у гипотезы о формировании СПКЯ на фоне первичного (с пубертатного периода) нарушения цирхорального ритма гонадолиберина. Во время периода полового созревания, являющегося критическим в жизни девочки, многие факторы окружающей среды, наследственности и др. могут способствовать развитию ряда эндокринопатий. Безусловно, важная роль принадлежит стрессу, при котором повышается синтез опиоидов (Р-эндорфина) и нарушается нейроэндокринный контроль регуляции секреции ГнРГ и гонадотропинов. При этом базальный уровень секреции ЛГ растет на фоне относительного снижения продукции ФСГ. Повышенная стимуляция ЛГ нарушает процесс фолликулогенеза: в яичниках формируется кистозная атрезия фолликулов с гиперплазией тека-клеток, стромы и увеличением синтеза андрогенов. На фоне недостатка ФСГ происходит накопление андрогенов и дефицит эстрадиола. Последнее стимулирует синтез ЛГ, повышая его базальный уровень. Возникающая гиперандрогения (ГА) также способствует атрезии фолликулов, гиперплазии стромы тека-клеток и белочной оболочки. Кроме того, известно, что степень ГА положительно коррелирует с уровнем ингибина В, который подавляет секрецию ФСГ.

Увеличение секреции ГнРГ может быть и вторичным, как реакция на гиперпродукцию андрогенов и уменьшение синтеза эстрадиола в яичниках.

Ведущими признаками СПКЯ являются: гиперандрогения (себоррея, гирсутизм, акне, алопеция), менструальная и/или овуляторная дисфункция и поликистозная морфология яичников. Помимо этого, к признакам поликистоза яичников относятся: аномальные маточные кровотечения, бесплодие, лишний вес или ожирение, чёрный акантоз, психологические и психосексуальные нарушения, расстройства пищевого поведения (переедание).

Само название этого синдрома указывает, что диагностировать этот недуг на основании только заключения УЗИ недостаточно, так как синдром – это совокупность разных симптомов и поэтому для диагностики СПКЯ у женщины должны быть выявлены минимум два критерия из трех.

- Отсутствие овуляции или нарушение менструального цикла.
- Клинические или биохимические признаки гиперандрогении (избыток мужских половых гормонов), и как следствие повышенное оволосение, повышенная сальность и высыпания кожи.
- Поликистозные изменения в яичниках по данным УЗИ.

Основные цели лечения СПКЯ – устранение клинических проявлений гиперандрогенизма, восстановление овуляторного менструального цикла и фертильности, а также при необходимости нормализация массы тела, коррекция метаболических нарушений и предупреждение поздних осложнений СПКЯ.

Хирургический метод лечения пациенток с синдромом поликистозных яичников является самостоятельным этапом лечения этого тяжелого гинекологического и метаболически отягощенного заболевания. Эффективность хирургического вмешательства при СПКЯ установлена эмпирически. Авторы хирургического лечения наблюдали спонтанное восстановление менструальной функции у больных с СПКЯ. В течение 30 лет клиновидная резекция была единственным возможным хирургическим методом лечения пациенток с этим синдромом. Операция проводилась лапаротомическим доступом с иссечением до 75% ткани яичников. Данный вид оперативного вмешательства часто сопровождался развитием преждевременной недостаточности яичников и спаечного процесса. Причина эффективности данной операции в восстановлении нормальной функции яичников, учитывая уменьшение фолликулярного пула, до сих пор неясна. Одной из наиболее вероятных версий является предположение о том, что положительный результат достигается за счет уменьшения андрогенсекретирующей стромы. Несмотря на то, что овуляция после проведения клиновидной резекции восстанавливается у 90% пациенток, беременность наступает не более чем у 60%. Объяснением этому может служить тот факт, что данный метод хирургического вмешательства в 40-90% случаев сопровождается образованием спаечного процесса.

Выбор эндоскопического метода с целью хирургического лечения СПЯ благодаря малой травматизации позволяет избежать обширного спаечного процесса и достичь хорошего косметического эффекта. Во время хирургического вмешательства на яичниках есть возможность одновременно устранить и другие вероятные причины сочетанной формы бесплодия (спаечный процесс, миома матки, эндометриоз и т.д.).

С начала эры лапароскопического вмешательства при СПКЯ можно выделить следующие методы лапароскопического хирургического вмешательства:

1. Дриллинг (ультразвуковой, электрический, лазерный, диатермический) – отверстия в яичнике глубиной 0,5 см на расстоянии 1 см.
2. Каутеризация – неглубокие насечки на яичниках.
3. Демедуляция – удаление внутреннего (мозгового) слоя яичника.
4. Декортикация – удаление поверхностного слоя (капсулы) яичника.

В последние годы чаще проводят дриллинг яичников. Четкие стандарты для лапароскопического дриллинга яичников в настоящее время не разработаны. Различают следующие методы лапароскопического дриллинга яичников (ЛДЯ), который производится диатермокаутером либо моно- или биполярным электродом:

1. Диатермокаутеризация, когда коагуляция яичников проводится манипулятором, нагреваемым электрическим током (как правило, производится до 15 отверстий, погружение в ткань яичника – на 7-10 мм).
2. Электрокаутеризация, когда коагуляция производится монополярным электродом (как правило, от 4 до 20 погружений в ткань яичника на 3-15 мм). Недостатком использования биполярного манипулятора является обугливание тканей из-за высокого температурного режима.

Существует еще лазерная вапоризация, когда происходит испарение ткани яичника под воздействием лазера.

Деструкция фолликулов яичников и стромы после ЛДЯ вызывает уменьшение уровня сывороточных андрогенов и ингибинов; это способствует увеличению выработки фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), в результате чего восстанавливается овуляторная функция яичников. Кроме того, деструкция части фолликулярного аппарата уменьшает избыточную продукцию антимюллера гормона (АМГ) гранулезными клетками и способствует

восстановлению фолликулогенеза. В результате ЛДЯ усиливается кровоснабжение яичника, что ведет к повышению доставки гонадотропных гормонов к его тканям. Синтез местных факторов роста (например, инсулиноподобного фактора роста 1-го типа) в ответ на воздействие тепловой энергии при ЛДЯ способен усиливать воздействие ФСГ на фолликулогенез.

В статье проведено клиническое наблюдение 50 пациенток с бесплодием, обусловленным СПКЯ, которым в плановом порядке было проведено оперативное лечение.

По данным ряда авторов СПКЯ является наиболее частой патологией, которая встречается в 56,2% случаев среди женщин с бесплодием эндокринного генеза, а в структуре бесплодного брака этот синдром занимает 5-6-е место, составляя более 20%. Согласно критериям Роттердамской согласительной конференции по СПКЯ (2004), данный диагноз устанавливается при наличии типичной триады клинико-лабораторных признаков: нарушение менструального цикла, гиперандрогения, эхографические признаки поликистозных яичников. По мнению ряда авторов, в структуре метаболических расстройств у больных с СПКЯ играет определённую роль инсулинорезистентность и гиперинсулинемия.

**Цель исследования:** провести анализ эффективности диатермокаутеризации яичников при лечебно-диагностической лапароскопии у женщин с бесплодием, обусловленным СПКЯ.

#### **Пациенты и методы исследования:**

Исследование проводилось на базе клиники Дау-Мед г. Шымкент. Был проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациенток с бесплодием, обусловленным СПКЯ за 2021 год. Возраст исследуемых пациенток находился в диапазоне от 20 до 35 лет.

Пациенткам проведено стандартное клиническое обследование, которое включало: изучение данных анамнеза, определение индекса массы тела (ИМТ), степени выраженности гирсутизма, характера менструального цикла, репродуктивной функции, проведение УЗИ яичников, при этом для каждого яичника определяли следующие показатели: объем, число антральных фолликулов диаметром 2-10 мм; средний диаметр наибольшего фолликула. Гормональное исследование – отношение ЛГ/ФСГ, определение ТТГ, пролактина, тестостерона, эстрадиола, прогестерона, 17-ОПГ.

**Пациенткам были выполнены следующие операции:** лапароскопия. адгезиолизис. диатермокаутеризация яичников. биопсия яичников, санация малого таза.

**Методика:** Каутеризация проводится в стационаре под общим обезболиванием, т.е. под наркозом. В окологупочной области специальным стилетом продельвается отверстие 1см. в диаметре, куда вводится троакар – жесткая металлическая трубка. Через троакар вводится лапароскоп. Затем продельвают 2 отверстия диаметром 5 мм в подвздошной области с обеих сторон для хирургического инструментария. Поликистозный яичник фиксируется в нужном положении специальными щипцами. С помощью игольчатого коагулятора или лазера на его поверхности делают насечки числом 15-20. Глубина каждой насечки – 4-5мм., ширина – 2-3мм. Насечки делают в проекции кистозных образований, из которых через продельанные отверстия изливается жидкость. После этого аналогичные манипуляции продельвают и со вторым яичником. В результате уже к концу оперативного вмешательства яичник уменьшается в размерах.

**Эффективность:** В ходе каутеризации с одной стороны, уменьшается количество патологической ткани, а с другой – разрушается плотная капсула яичника. Все это создает оптимальные условия для созревания и выхода яйцеклетки из фолликула и для развития нормальной беременности. Каутеризация яичников настолько эффективна, что в ряде случаев беременность может наступить уже на первом месяце после вмешательства. Данный метод

лечения имеет ряд преимуществ в сравнении с клиновидной резекцией яичников, к которой также прибегают при поликистозе. Каутеризация менее травматична и болезненна, чем клиновидная резекция. Кроме того, при каутеризации, в отличие от других видов операции на яичниках, риск развития спаечной болезни минимален.

**Послеоперационное наблюдение:** После проведенного хирургического лечения диагноз СПКЯ был подтвержден гистологически в 100% случаев.

В итоге лечебно-диагностических мероприятий восстановление регулярного менструального цикла в течение первых 6 месяцев наблюдалось у 85% (42) пациентки, у 80 % (40) женщин наступила беременность.

**Заключение:** В настоящее время возрастает роль диагностической лапароскопии и минимально инвазивных вмешательств в ведении пациенток с СПКЯ. Лечебно-диагностическая лапароскопия позволяет выявить причины бесплодия, помогает в постановке окончательного диагноза, а выполняемая при этом диатермокаутеризация яичников эффективна в восстановлении репродуктивной функции женщин. Дальнейшие исследования в этой области будут способствовать индивидуализации тактики ведения пациенток с СПКЯ с целью повышения эффективности лечебных мероприятий.

## РАК ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН – ВПЧ АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

*Дюсембаева А.Ж.*

*МЦ «Sunlife», г. Нур-Султан, Казахстан*

### **Аннотация:**

Цели исследования:

1. Современные рекомендации, определяющие факторы риска развития рака шейки матки.
2. Внесение в обязательное скрининговое исследование на рак шейки матки женщин, обследование на вирусы папилломы человека 16, 18 типа.

**Ключевые слова:** рак шейки матки, скрининговое исследование, вирус папилломы.

По данным ВОЗ, существует более 100 типов вируса папилломы человека (ВПЧ), из которых по меньшей мере 14 приводят к развитию рака. ВПЧ передается от человека к человеку в основном при оральном, генитальном и анальном половых контактах. ВПЧ при раке шейки матки который обнаружен в 99,7%.

Папилломавирусная инфекция – самая частая сексуально-трансмиссивная инфекция, с которой встречаются более 70% сексуально активных женщин.

По данным CDC – центра по контролю и профилактике заболеваний США от 2018 года количество заболевших раком в мире более 750 тысяч человек. На долю мужчин приходится 167000 случаев (20%), на долю женщин 622000 (80%).

На первом месте рак шейки матки 527 тысяч человек (70%), на втором месте – орофарингиальный рак среди мужчин, который был выявлен у 115000 человек (15%), на третьем – рак вульвы и влагалища, рак полового члена, ануса и аногенитальные бородавки, что составило 15% локализаций.

Основной причиной предраковых заболеваний и рака шейки матки являются онкогенные типы ВПЧ. Два онкогенных типа ВПЧ, которые чаще всего вызывают рак шейки матки, – это типы 16 и 18. Вместе они приводят к примерно 70% случаев рака шейки матки у женщин.

По данным CDC от сентября 2021 года, в США в период с 2013-2017 годы был проведен анализ заболеваемости раками, ассоциированными с ВПЧ. Заболеваемость составила 45330 человек, из них женщин 25405 (56%), мужчин 19925 (44%).

В структуре: среди женщин – рак шейки матки 48%, рак ануса 19%, рак вульвы 16%, орофарингеальный 14%, оставшие влагалище 2%. У мужчин орофарингеальный 81%, ануса 12%, полового члена 7%.

В издании ассоциации онкологов от сентября 2020 года опубликованы результаты исследования, которое проводилось с участием 21100 женщин. Было отмечено, что ВПЧ 16, 18 было выявлено у 16100 женщин (76%), ВПЧ 31, 33, 45, 52, 58 у 3300 (16%), другие типы ВПЧ - 8% случаев.

Наиболее агрессивным считается ВПЧ 16, 18 типов. ВПЧ 16, 18 более чем в 70% случаев является причиной истинного предрака (Cin 2,3) и рака шейки матки.

Инкубационный период – от инфицирования до развития ВПЧ поражения – чрезвычайно variabelен и колеблется от нескольких недель до нескольких лет, хотя у многих инфицированных поражения никогда не развиваются.

Персистирующая инфекция онкогенными типами может привести к развитию цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) и цервикального рака, а также к интраэпителиальной неоплазии другой локализации. Следует учитывать, что изменения носят двусторонний характер, поскольку большая часть клеток, инфицированных ВПЧ, возвращается в нормальное состояние, и большая доля предраковых заболеваний не прогрессирует в инвазивный рак.

По данным международного мета-анализа, наиболее часто встречаются ВПЧ 16 и 18, более чем в 70% образцов истинного предрака (CIN 2,3) и 70% образцов цервикального рака.

Как онкогенные, так и неонкогенные типы ВПЧ ассоциируются с поражениями низкой степени тяжести (CIN1), которые протекают доброкачественно.

Неонкогенные ВПЧ 6 и 11 ответственны более чем за 90% генитальных кондилом и примерно за 10% CIN1.

Степень поражения при предраке от поверхностного слоя до базальной мембраны, в зависимости от глубины инвазии ВПЧ. В 90% случаев развивается плоскоклеточный рак шейки матки, возникающий из зоны трансформации на эктоцервиксе. Остальные 10% приходятся на аденокарциному, которая исходит из цилиндрического эпителия эндоцервикса.

Рекомендации ВОЗ.

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).

Скрининг на рак шейки матки для лиц со средним риском: обновленные рекомендации Американского онкологического общества 2020 г. (ACS).

Американское онкологическое общество (ACS) рекомендует:

- женщинам с шейкой матки скрининг на рак шейки матки начинать в возрасте 25 лет;  
- проходить тестирование на первичный ВПЧ каждые 5 лет – в возрасте до 65 лет (предпочтительно);

- если первичное тестирование на ВПЧ недоступно, то люди в возрасте от 25 до 65 лет должны проходить скрининг с помощью котестинга (тестирование на ВПЧ в сочетании с цитологией) каждые 5 лет;

- или только цитологическое исследование каждые 3 года;

- ACS рекомендует лицам в возрасте >65 лет, у которых не было в анамнезе интраэпителиальной неоплазии шейки матки 2 степени или более тяжелого заболевания в течение последних 25 лет, с документальным подтверждением предыдущего результата за предыдущие 10 лет, прекратить все скрининги на рак шейки матки;

- ACS рекомендует лицам с шейкой матки старше 65 лет, у которых не было CIN2+ в анамнезе в течение последних 25 лет и которые подтверждены документально за предыдущие 10 лет, прекратить скрининг на рак шейки матки любым способом (квалифицированная рекомендация);

- после гистерэктомии лица без шейки матки и без истории болезни CIN2 или более серьезного диагноза в последние 25 лет или рака шейки матки никогда не должны проходить скрининг;

- вакцинированные против ВПЧ соблюдают возрастные рекомендации скрининга (такие же, как и у невакцинированных лиц).

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Рак шейки матки. Клинические протоколы МЗ РК – 2018 г.
2. Статистические данные Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии г. Алматы. 2022 г.
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 CDC-центра по контролю и профилактике заболеваний США от 2018 г.
7. Статистические данные GLOBOCAN, 2018 г.

**ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖАТЫР МОЙНЫ ОБЫРЫ – АПВ БАЙЛАНЫСТЫ АУРУ.**

**Аннотация:**

Зерттеу мақсаттары:

1. Жатыр мойны обырының қауіп факторларын анықтайтын заманауи ұсыныстар.
2. Әйелдерді жатыр мойны обырына міндетті скринингтік зерттеуге енгізу, 16, 18 типті адамның папилломавирусына тексеру.

**Түйінді сөздер:** жатыр мойны обыры, скринингтік зерттеу, папиллома вирусы.

**CERVICAL CANCER IN WOMEN IS AN HPV-ASSOCIATED DISEASE.**

**Abstract:**

Research objectives:

1. Modern recommendations determining risk factors for cervical cancer.
2. Introduction to the mandatory screening study for cervical cancer of women, examination for human papillomavirus type 16, 18.

**Keywords:** cervical cancer, screening study, papilloma virus.

## ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, ЭТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Дюсембаева А.Ж.*

*МЦ «Sunlife» г. Нур-Султан, Казахстан*

### **Аннотация**

Цели исследования:

1. Демонстрация экономической эффективности ПЦР исследования на ВПЧ при скрининге на рак шейки матки.
2. Изучение мирового опыта вакцинации от ВПЧ, как первой линии профилактики ВПЧ ассоциированного рака шейки матки.

**Ключевые слова:** ПЦР, ВПЧ, рак шейки матки.

Рак шейки матки (РШМ) – второй по частоте в структуре онкологической заболеваемости женщин в мире.

Существующие, на протяжении более 50 лет в мире скрининговые исследования на рак шейки матки, оказались самыми эффективными в структуре всех других скринингов среди мужчин и женщин.

Критерии эффективности скрининга РШМ (данное исследование от 2013 года): снижение заболеваемости и смертности, улучшение качества жизни. За 70 лет скрининга экономическая, социальная эффективность скрининга РШМ для государства составляет 80%.

Споры по поводу эффективности скрининга рака молочных желез и колоректального рака продолжаются, так как составляют 25% молочных желез и 16% колоректальный рак.

Простота диагностики и лечения РШМ в сравнении с другими раками;

1. Продолжительность развития до 15 лет, соответственно высока вероятность диагностики предраковых изменений или начальных стадий РШМ.
2. Простота и незатратность скрининга (цитология + ВПЧ).
3. Не высокая технологичность. Без глубоких инвазивных вмешательств, в отличие от других существующих скринингов (например, колоректальный рак).
4. Простое лечение предрака и рака *in situ*, не большая травматичность.
5. Обследование и лечение в амбулаторных условиях, без необходимости госпитализации в стационар.
6. Высокая эффективность лечения, проводимая на амбулаторном этапе с минимальными экономическими затратами государства на лечение одного пациента.

Единственно доказанным и эффективным методом профилактики РШМ является вакцинация от ВПЧ. На сегодняшний день этот метод является первой линией профилактики РШМ.

Более 100 стран мира подключились к программе ВОЗ по использованию вакцины против ВПЧ для борьбы с развитием рака шейки матки.

Первоначальное внедрение вакцины против ВПЧ было медленным в Соединенных Штатах Америки после утверждения FDA в 2006 году, текущие усиленные усилия по распространению привели к неуклонному увеличению уровней вакцинации и охвата населения в рекомендованном возрасте от 11 до 12 лет. На основании 2018 года национального Interview обследования состояния здоровья, 39,9% взрослых в возрасте от 18 до 26 лет сообщили, что получили один или несколько доз вакцины против ВПЧ (53,6% женщин). Самый последний отчет Национального обследования иммунизации подростков среди подростков в возрасте от 13 до 17 лет показал, что охват одной или несколькими дозами вакцины против ВПЧ в 2018 году среди женщин и

мужчин составил 68,1%, а 51,1% были обновлены на основе ВПЧ. рекомендации по вакцинам.

Вакцина против вируса папилломы человека (ВПЧ) снижает риск заболевания раком шейки матки до 90%, свидетельствуют данные первого масштабного исследования результатов ее применения на обычных людях.

Из-за чрезвычайно широкого распространения этого семейства вирусов, прививку рекомендуют делать до начала активной половой жизни: ВОЗ советует прививать девочек в возрасте от 9 до 13 лет.

С 2019 года в Британии эту прививку стали предлагать и мальчикам.

По предварительным оценкам, программа по вакцинации против ВПЧ помогла предотвратить около 450 случаев заболеваний раком шейки матки и более 17 тысяч предраковых образований.

США: снижение смертности на 29% (2,9 млн спасенных жизней) за последние 30 лет; Великобритания: снижение смертности в два раза за 40 лет.

По данным журнала Lancet заболеваемость патологии шейки матки в Австралии снизилась на 48% за период применения вакцинации менее 18 лет.

ВОЗ рекомендует проводить вакцинацию против ВПЧ девочкам в возрасте от 9 до 13 лет. Применен график вакцинации с двумя дозами.

- Минимальный интервал между двумя введениями должен составлять 6 месяцев. Максимальный интервал рекомендуют чтоб не превышал 12-15 месяцев. Через 6 месяцев после введения первой дозы должна быть введена третья.

- Больные с иммунодефицитами, в том числе ВИЧ-инфицированные, и женщины старше 15 лет тоже должны быть вакцинированы. Чтобы быть полностью защищенными, нуждаются в трехкратном введении вакцины (по графику 0, 1-2 и 6 месяцев).

Вакцинация снижает: рак влагалища на 96%, рак полового члена на 99%, рак прямой кишки на 77%, аногенитальные бородавки на 92%.

В настоящее время к применению в мире разрешены три вакцины, обеспечивающие защиту от ВПЧ онкогенных типов 16 и 18.

- CERVARIX Двухвалентная вакцина (защищает только от ВПЧ типов 16 и 18).

- GARDASIL 4 – Четырехвалентная вакцина (16, 18 предупреждает также инфекции, вызываемые ВПЧ типов 6 и 11, которые являются причиной 90% случаев остроконечных кондилом).

- GARDASIL 9 – защищает от 6, 11, 16, 18, а также 31, 33, 45, 52, 58 типов.

Вакцина Cervarix – защищает от двух видов вируса папилломы: 16, 18. Эти виды вызывают большинство случаев рака шейки матки, рака полости рта и гортани, рака прямой кишки и другие виды рака половых органов. Вакцинация производится, начиная с возраста 9 лет.

Вакцина Gardasil-4 – защищает от четырех видов вируса папилломы: 16, 18 (подобно вакцине Cervarix), а также 6, 11, вызывающих генитальные бородавки. Вакцинация девочек и женщин производится в возрасте от 9 до 45 лет, а мальчиков и мужчин – от 9 до 26 лет.

Вакцина Gardasil-9 – защищает от девяти видов вируса папилломы: 6, 11, 16, 18 (подобно вакцине Gardasil-4), а также 31, 33, 45, 52, 58, вызывающих, как правило, рак шейки матки. Вакцинация девочек и мальчиков в возрасте от 9 до 26 лет.

Вакцинация против вируса папилломы снижает риск различных заболеваний:

Рак шейки матки – вакцина Gardasil-4 снижает риск заболевания приблизительно на 70%, а вакцина Gardasil-9, разрешенная к использованию в Израиле с 5780 учебного года (2019-2020 годы), может снизить риск заболевания приблизительно на 90%.

Рак влагалища – снижает риск заболевания приблизительно на 96%.

Рак полового члена – снижает риск заболевания приблизительно на 99%.

Рак прямой кишки – снижает риск заболевания приблизительно на 77%.

Бородавки на половых органах – в Австралии среди девочек возраста до 21 года вакцина снизила заболеваемость приблизительно на 92%, а среди мальчиков возраста 16-26 лет – приблизительно на 89%.

Вакцина предотвращает также возникновение бородавок на половых органах и в гортани, появляющихся в течение короткого периода после заражения.

Продолжительность защиты, предоставляемой вакциной.

Вакцинация является эффективной на период минимум в 15 лет, что является продолжительностью времени, прошедшего с начала использования вакцины. Исследования доказывают, что у женщин, прошедших вакцинацию 15 лет назад, все еще наблюдается уровень антител, защищающий от вируса. Специалисты предвещают, что вакцина обеспечит защиту еще на долгие годы; возможно, и на всю жизнь.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Рак шейки матки. Клинические протоколы МЗ РК – 2018 г.
2. Статистические данные Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии г.Алматы. 2022 г.
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 CDC-центра по контролю и профилактике заболеваний США от 2018 г.
7. Статистические данные GLOBOCAN, 2018 г.

### ЖАТЫР МОЙНЫ ОБЫРЫНЫҢ СКРИНИНГІ МЕН АЛДЫН-АЛУДЫҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ, ЭТИКАЛЫҚ ӘСЕРЛЕРІ.

#### Аннотация:

Зерттеу мақсаттары:

1. Жатыр мойны обырына скрининг кезінде АПВ-дағы ПТР зерттеуінің экономикалық тиімділігін көрсету.
2. Жатыр мойны обырының АПВ алдын-алудың бірінші бағыты ретінде АПВ-ға қарсы вакцинацияның әлемдік тәжірибесін зерттеу.

**Түйінді сөздер:** ПТР, АПВ, жатыр мойны обыры.

### ECONOMIC, ETHICAL EFFECTS OF CERVICAL CANCER SCREENING AND PREVENTION.

#### Abstract:

Research objectives:

1. Demonstration of the cost-effectiveness of PCR research on HPV during screening for cervical cancer.
2. Study of the world experience of HPV vaccination as the first line of prevention of HPV-associated cervical cancer.

**Keywords:** PCR, HPV, cervical cancer.

## ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ НА МАТОЧНЫЙ КРОВОТОК

*Забродина Ю.В., Ахмедьянова Г.У.*

*НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан*

**Актуальность.** Плазма, обогащенная тромбоцитами – аутологичный препарат, полученный из периферической крови, который оказывает регенеративное действие на поврежденные ткани за счет повышенного содержания факторов роста, противовоспалительных цитокинов, антимикробных субстанций, содержащихся в тромбоцитах и выделяющихся в процессе их активации. Это метод лечения клетками крови, в составе которых много альфа-гранул, содержащих большое количество факторов роста. Факторы роста играют ключевую роль в процессе регенерации тканей, активируют рост клеток и их обновление. При введении обогащенной тромбоцитами плазмы в большой концентрации в поврежденные или атрофированные ткани запускаются процессы заживления и регенерации. Именно факторы роста стимулируют обновление тканей. Как результат можно наблюдать следующие эффекты: улучшение кровоснабжение тканей; активация местного иммунитета; усиление выработки коллагеновых волокон и фибробластов. В тканях ускоряется регенерация, эндометрий утолщается, структура его приходит в норму. Считается, что факторы роста, содержащиеся в тромбоцитах оказывают положительное влияние на эндометрий, повышая его чувствительность и улучшая маточный кровоток.

Целью нашего исследования было изучить влияние плазмы, обогащенной тромбоцитами на маточный кровоток.

**Материалы и методы исследования.** Было проведено проспективное когортное исследование. В исследование были включены пациентки, проходившие процедуру ЭКО в период с сентября 2021 года по март 2022 года. Всего в исследование вошли 70 пациенток, которые были разделены на две группы. Первая группа представляла собой пациенток, получавших заместительную гормональную терапию для подготовки эндометрия к переносу эмбрионов, вторая группа – пациентки, получавшие внутриматочно плазму, обогащенную тромбоцитами.

Критерии включения: пациентки репродуктивного возраста 20-35 лет, проходившие процедуру ЭКО.

Критерии исключения: наличие внутриматочной патологии, нарушения в системе кровообращения.

Всем пациенткам была проведена подготовка эндометрия с использованием заместительной гормонотерапии. Пациенткам второй группы была проведено внутриматочное введение плазмы, обогащенной тромбоцитами

Эстрадиол валерат в дозе 6 мг/сут вводили со 2-го дня менструального цикла пациенткам обеих групп. В дополнение к лечению пациенткам второй группы была проведена внутриматочная инфузия обогащенной тромбоцитами аутоплазмы. PRP получали из аутологичной крови. На 10 день менструального цикла шприцом, предварительно заполненного 5 мл раствора антикоагулянта, отбирали 15 мл венозной крови и немедленно центрифугировали в течение 10 мин. Кровь делилась на три слоя: эритроциты внизу, плазма сверху и слой тромбоцитов между ними. Плазменный слой и слой тромбоцитов собирали в другую пробирку и повторно центрифугировали в течение 10 мин. Полученную массу тромбоцитов смешивали с 1 мл плазмы, и затем немедленно вводили в полость матки с помощью катетера. Толщина эндометрия была повторно оценена через 72 часа. Если толщина эндометрия не увеличивалась, инфузию PRP проводили повторно 1-2 раза. Всем пациентам была проведена доплерометрия маточных сосудов на 14 день менструального цикла. Ультразвуковое исследование выполнялось одним и тем же врачом с целью избежания вариабельности между результатами. Проводили оценку угонезависимых

доплерометрических параметров сопротивления (систолиадиастолическое отношение (С/Д), индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ)) в маточных (Ма), аркуатных (Аа) и радиальных (Ра) артериях.

### Результаты исследования.

Средний возраст пациенток в первой группе составил 32,3 лет, во второй группе 33,1. Данные доплерометрии представлены в таблице 1.

Таблица 1. Данные доплерометрии в исследуемых группах:

	I группа			II группа		
	С/Д	ИР	ПИ	С/Д	ИР	ПИ
ПрМа	5,41 ± 0,3	0,85 ± 0,01	2,19 ± 0,09	6,42 ± 0,65	0,72 ± 0,01	3,22 ± 0,11
ЛевМа	5,43 ± 0,23	0,89 ± 0,008	2,28 ± 0,13	6,29 ± 0,75	0,71 ± 0,01	3,18 ± 0,13
Аа	3,92 ± 0,21	0,79 ± 0,01	1,57 ± 0,09	4,57 ± 0,28	0,67 ± 0,01	2,69 ± 0,08
Ра	3,25 ± 0,20	0,69 ± 0,02	1,28 ± 0,07	4,63 ± 0,24	0,61 ± 0,01	2,42 ± 0,06
Ба	2,31 ± 0,09*	0,58 ± 0,01*	0,97 ± 0,04*	3,83 ± 0,17	0,53 ± 0,02	2,14 ± 0,08
Са	2,15 ± 0,11*	0,61 ± 0,02*	0,81 ± 0,05*	3,43 ± 0,07	0,48 ± 0,01	2,0 ± 0,04

**Выводы.** Полученные нами результаты показателей (С/Д, ИР, ПИ) маточных, аркуатных и радиальных артерий были ниже у женщин, получавших только заместительную гормональную терапию в сравнении с женщинами, у которых был использован дополнительный метод подготовки эндометрия с использованием аутоплазмы обогащенной тромбоцитами. Приведенные данные свидетельствуют, вероятно, о лучшем кровоснабжении матки у женщин второй группы.

## СИНДРОМ OHVIRA (HERLYN–WERNER–WUNDERLICH): КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Ишангали Б.О., Алипанова А.Ж., Амантурлиева А.Ж.  
Международная многопрофильная клиника «Sofimedgroup»,  
г. Актау, Республика Казахстан*

**Аннотация:** В статье представлена редкий случай у девочки с синдромом OHVIRA, диагностика, оперативное лечение, наблюдение.

**Ключевые слова:** синдром OHVIRA, удвоение матки, удвоение шейки матки, замкнутая гемивагина.

**Актуальность:** Синдром Herlyn–Werner–Wunderlich (синдром OHVIRA) – сочетанный порок развития мочеполовой системы, характеризующийся различными комбинациями удвоения матки и влагалища с формированием замкнутой вагины с одной стороны и дисгенезией ипсилатеральной почки и мочеточника. [1] По данным научной литературы, правостороннее поражение встречается в 2 раза чаще левостороннего [2,3]. При сочетанном пороке с удвоением матки слепо замкнутая гемивагина встречается в 6 % случаев, односторонняя дисгенезия почки – в 63–81 %, а все 3 аномалии одновременно – в 92–100 % случаев [4]. По классификации Л.В. Адамян и А.В. Хашукоевой (1998) синдром относится к III классу пороков развития матки и влагалища [5], а по классификации CONUTA (Congenital Uterine Anomalies), предложенной в 2013 г. Европейским обществом по изучению репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology) и Европейским обществом гинекологов-эндоскопистов (European Society for Gynaecological Endoscopy), – к III классу C2M2 ВПР репродуктивной системы [6]. Механизмы развития синдрома OHVIRA на сегодняшний день изучены не до конца [7]. Известно, что образование мюллерова и вольфова протоков, формирование в них просвета, слияние протоков с исчезновением перегородки и замещение эпителия одного типа другим являются очень сложными процессами, при нарушении которых могут возникнуть разнообразные дефекты окончательного развития матки и влагалища. Вместе с тем нарушения пролиферации и дифференцировки мезонефротических протоков приводят к формированию агенезии зачатков мочеточника и ипсилатеральной почки [8]

**Цель:** наглядно показать практическим врачам детским гинекологам на примере диагностики и лечение введение пациентов с диагнозом синдром OHVIRA, учитывая синдром в популяции встречается очень редко.

**Клинический случай:** Пациентка Н., 14 лет, 8 месяцев обратилась на прием детскому гинекологу с жалобами периодические боли внизу живота, отсутствие менструальных выделений, округлое образование в области половых органов. Из анамнеза: со слов мамы болеет в течении 3-х недель, обращалась хирургу по месту жительства, направлена на консультацию гинекологу. Анамнез жизни: со слов мамы третий ребёнок в семье. Девочка от третьей беременности, от срочных родов при рождении весом 3350,0 г, рост 56 см. Течение беременности и родов у мамы: Анемия легкой степени. Кормилась грудью 6 месяцев, прививки по календарю. Перенесенные заболевания: простудные. Болезнь Боткина, туберкулёз, венерические заболевания - отрицает. Операции и травмы – отрицает. Гемо- и плазмотрансфузии – не было. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: без особенности. Объективное состояние при поступлении: Состояние удовлетворительное, самочувствие страдает незначительно. Ребенок астенического телосложения. Вес – 36 кг Рост - 158 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски, видимые слизистые розовой окраски. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации в области внизу живота. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Стул нерегулярный, запоры. Половая формула: Ма3 Ах3 Р3 Ме 14 лет. Менструации с 14 лет (с июнь 2021г), сразу не установились, менструации по 4-5 дней, умеренные, с болями первые два дня, иногда принимает Но-шпу, отмечает купирование болей, через приблизительно 28-30 дней. С 23.08.2021г была задержка менструации на 2 месяца. Последняя менструация с 17.10 по 21.10.2021гг. Гинекологический осмотр: Наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту. Вульва чистая, слизистая преддверия влагалища чистая, выделения светлые, скудные. Отмечается выпячивание синюшного опухолевого образования из половой щели размером 1,0\*1,5 см (рисунок 1).



Рисунок 1. Выпячивание синюшного опухолевого образования из половой щели.

Ректально: при осмотре обнаружено округлое, подвижное образование, расположенным в области малого таза слева. Половую жизнь отрицает. Гинекологические заболевания отрицает.

Лабораторно-диагностические исследования: Группа крови: А(II) вторая. Резус фактор: Rh(+) Положительный. Лабораторные анализы в норме.

УЗИ органов малого таза от 24.11.2021 г (рисунок 2, 3). День последних менструации: от 17.10.2021 г. Матка отклонена кпереди, размером: в поперечном срезе визуализируются две матки 1) справа размером 34.3мм\*17.5мм\*28.1мм, объем – 8.8см<sup>3</sup>; 2) слева 41.5мм\*16.5мм\*28.1мм, объем – 10см<sup>3</sup>. Толщина передней стенки – 5.0мм, 6.2мм; задней – 7.0мм, 6.7мм. Эндометрий 6.0мм, 5.1мм. Шейка матки с полной перегородкой внутри.

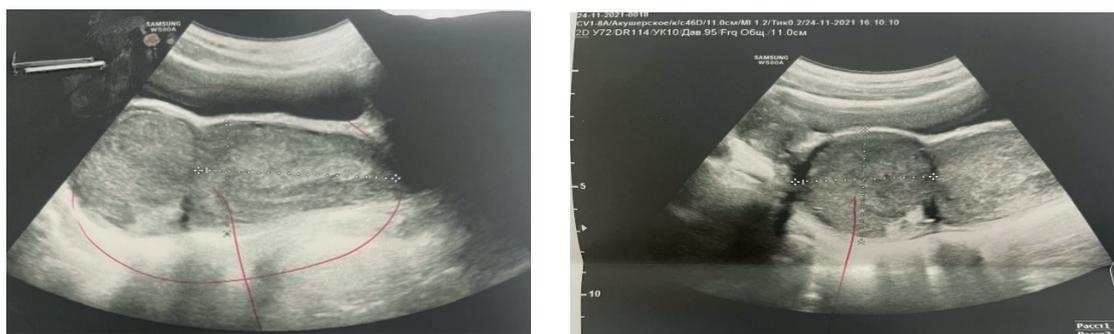


Рисунок 2, 3. УЗИ органов малого таза при синдроме Herlyn–Werner–Wunderlich.

Шейка матки расширена, содержимое неоднородное, гипозоногенное (кровь), оно же выбухает во влагалище общим размером 101мм\*46мм. Правый яичник 23.5мм\*11.9мм\*18.8мм, объем – 2.7см<sup>3</sup>, мелкофолликулярной структуры. Левый яичник 26.3мм\*16.4мм\*18.9мм, объем – 4.2см<sup>3</sup>, мелкофолликулярная структура. За маткой свободной жидкости не выявлено. Заключение: Эхопризнаки за аномалию развития органов малого таза. Удвоение матки и шейки матки. Атрезия наружного зева шейки матки слева? Гематоцервикс.

УЗИ почек и органов брюшинного пространства от 25.11.2021г. Заключение: Единственная правая почка, аплазия левой почки. (рисунок 4).



Рисунок 4. УЗИ почек и органов брюшинного пространства при синдроме Herlyn–Werner–Wunderlich.

МРТ-исследование малого таза от 28.11.2021г. Заключение: МР картина аномалия развития матки – полное удвоение матки и влагалища. Признаки обструкции влагалища слева. Гематометра слева.

На основании вышеизложенного выставлен предварительный диагноз: Q51.1 Врожденное удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища Гематокольпос, Гематоцервикс, Гематометра. Синдром ОНВИРА. (8-картинка общая схема картинка111) (Удвоение матки и шейки матки односторонняя аплазия нижних двух третей удвоенного влагалища. Аплазия левой почки).

Коллегиально составлен план исследования: оперативное лечение - произвести отток менструальной крови гемитомию, дальнейшем вагиноскопию, при выявлении перегородки иссечение перегородки влагалища, осмотр шейки матки, диагностическая гистероскопию осмотр полость матки.

**Описание операции:** День менструального цикла: 50 день. После обработки наружных половых органов йодопирон, во влагалище без пулевых щипцов и вагинальных зеркал введен тубус диагностического гистероскопа. Обнаружено: складчатость влагалища выражена. Левая стенка влагалища выступает полуокружностью в полость влагалища. Шейка матки (правая) сформирована правильно. Введен минирезектоскоп 18 Шр. В месте наибольшего выбухание левой стенки влагалища выполнен продольный разрез, излилось темно – коричневое густое содержимое в количестве 100 мл. Разрез продолжен спереди до правой шейки матки. Сзади до начала перегородки. Полость левого влагалища - растянута, складчатость сохранена. Наружный зев и канал шейки матки перерастянут. Полость левой матки заполнена «старой» густой кровью. Отмыта: по форме ближе к грушевидной с единственным устьем левой маточной трубы. Эндометрий в стадии поздней пролиферации. Правый цервикальный канал без особенностей. Полость матки матки: эндометрий в стадии ранней пролиферации, без посторонних включений. Форма полости ближе к грушевидной с единственным устьем правой маточной трубы. Целостность гимена не нарушена. (рисунок 5,6,7).

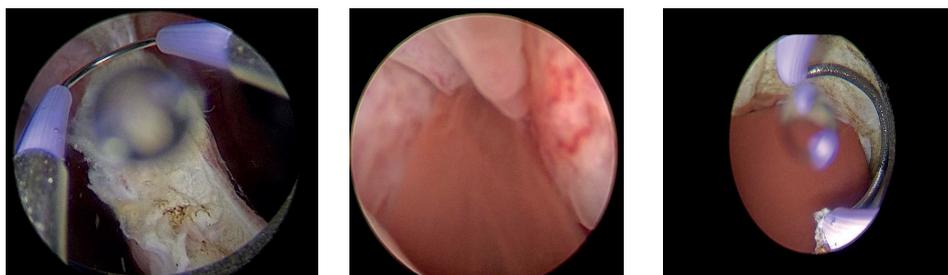


Рисунок 5, 6, 7. Этапы операции при синдроме Herlyn–Werner–Wunderlich.

В удовлетворительном состоянии пациентка выписана в тот же день. После операции была на наблюдении. Через 30 дней пришли менструации без боли сделано ультразвуковое исследование при плановом осмотре жалоб не было, рекомендовано ультразвуковое исследование через 3 месяцев и дальнейшее наблюдение. (рисунок 8,9)

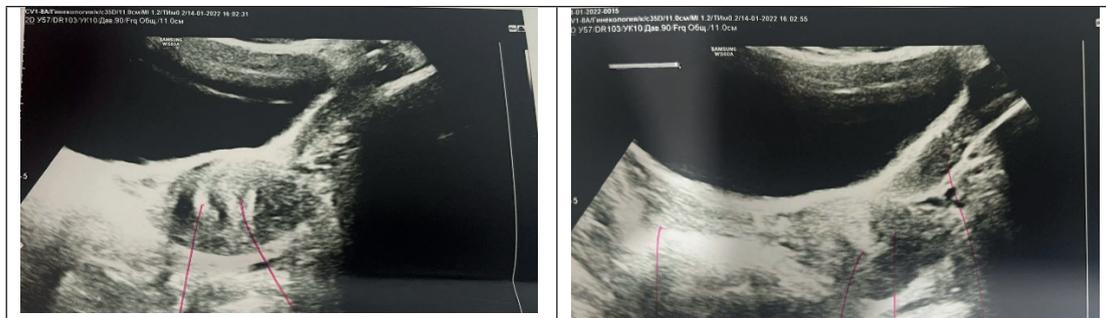


Рисунок 8, 9. УЗИ-картина после операции при синдроме Herlyn–Werner–Wunderlich.

**Заключение:** Девочки с этим заболеванием могут оказаться в кабинете любого врача. Порок преимущественно корректируется в детском или юношеском возрасте. Ультразвуковое исследование органов малого таза уже в периоде новорожденности и грудном возрасте у детей с выявленной односторонней дискинезией почки дает шанс рано диагностировать синдром ОНВИРА. Эффективность современных средств медицинской визуализации подтверждается тем, что в последние годы стали встречаться описания случаев синдрома ОНВИРА в препубертатном и даже в пренатальном и неонатальном периодах. [4] Самые ранние случаи постановки диагноза синдрома ОНВИРА – у плода при сроке гестации 22 и 25 недель. [4] Мы надеемся, что представленный обзор и клинические иллюстрации помогут Вам избежать затруднений в диагностике синдрома и избрать оптимальную тактику ведения больных.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Gazárek F., Kudela M., Zenisek L., Nevrla F. [Herlyn–Werner and Wunderlich syndromes (In German)]. *Zentralbl Gynakol* 1979;101(21):1411–5.
2. Асиен Р. Распространенность мюллеровых дефектов у фертильных и бесплодных женщин. *Журн Репрод.* 1997 год; 12 :1372–1376. [ [PubMed](#) ] [ [Академия Google](#) ]
3. Li S, Qayyum A, Coakley FV, Hricak H. Ассоциация агенезии почек и аномалий мюллеровых протоков. *J Comput Assist Tomogr.* 2000 г.; 24 :829–34. [ [PubMed](#) ] [ [Академия Google](#) ]
4. Асьен П. Эмбриологические наблюдения за женскими половыми путями. *Журн Репрод.* 1992 год; 7 : 437–45. [ [PubMed](#) ] [ [Академия Google](#) ]
5. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Хашукоева А.З. Пороки развития матки и влагалища. М.: Медицина, 1998. [Adamyan L.V., Kulakov V.I., Hashukoeva A.Z. Malformations of uterus and vagina. Moscow: Meditsina, 1998. (In Russ.)].
6. Кофф А.К. Развитие влагалища у плода человека. *Внести Эмбриол.* 1933 год; 24 : 59–91. [ [PubMed](#) ] [ [Академия Google](#) ]
7. Santos X.M., Dietrich J.E. Obstructed hemivagina with ipsilateral renal anomaly. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;29(1):7–10. DOI: 10.1016/j.jpag.2014.09.008.
8. Piccinini P.S., Doski J. Herlyn–Werner– Wunderlich syndrome: a case report. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015;37(4):192–6.

## ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ВЕЗИКУЛ Фолликулярной Жидкости И СПЕРМАТОЗОИДОВ ЧЕЛОВЕКА IN VITRO

*А.П. Сысоева<sup>1</sup>, Н.П. Макарова<sup>1</sup>, Д.Н. Силачев<sup>1,2</sup>, Н.Н. Лобанова<sup>1</sup>, Ю.А. Шевцова<sup>1</sup>, Е.Е. Брагина<sup>2</sup>, Е.А. Калинина<sup>1</sup>*

*1 – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва, Россия*

*2 – НИИ Физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия*

### **Актуальность.**

В настоящее время в научной литературе особое внимание уделяется изучению внеклеточных везикул (ВВ) и их функциям в различных системах организма, в том числе репродуктивной. Особенно важно понимание значения ВВ в процессах оплодотворения и контактного и дистального взаимодействия гамет.

За последние несколько лет был достигнут большой прогресс в понимании процесса хемотаксиса сперматозоидов человека и найдено большое количество хемоаттрактантов в фолликулярной жидкости (ФЖ), которые включают белки с молекулярной массой 1-20 кДа, гормоны (прогестерон, окситоцин, адреналин и т.д.), а также рецепторы на головке сперматозоидов, которые связаны с ферментом гуанилилциклазой и G-белками. Овуляторные процессы млекопитающих, в том числе и у человека, стимулируют движение сперматозоидов по маточным трубам благодаря хемоаттрактантам, выделяемых ооцитом и клетками кумулюса. Во время овуляции ооцит-кумулюсный комплекс втягивается в маточную трубу вместе с ФЖ посредством реснитчатого эпителия воронки яйцевода, что дает возможность предположить, что наличие ФЖ во время процессов оплодотворения в маточной трубе играет важную роль в регуляции морфофункциональных характеристик сперматозоидов (подвижности, процессов капацитации и акросомальной реакции) и оплодотворении.

### **Цель исследования.**

Оценить влияние внеклеточных везикул фолликулярной жидкости на морфофункциональные характеристики сперматозоидов человека в условиях *in vitro*.

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

Образцы эякулята, собранные путем мастурбации, были получены от 21 пациента после 3–5 дней полового воздержания. В исследование были включены образцы с концентрацией сперматозоидов более 15 млн/мл и с линейной подвижностью сперматозоидов более 25%. Все измерения показателей спермы проводили с использованием системы CASA (MICROPTIC, Испания). Участники подписали информированное добровольное согласие на использование образцов эякулята в научно-исследовательских целях. Фолликулярная жидкость (ФЖ) была получена во время трансвагинальной пункции фолликулов (ТВП) после отбора ооцит-кумулюсных комплексов для программ ВРТ. Стимуляция функции яичников была одинаковой для всех женщин-доноров (n=4) и проводилась по стандартному протоколу с анТГнРГ. Овуляцию индуцировали рекомбинантным хорионическим гонадотропином человека в дозе 10 000 МЕ. В рамках настоящего исследования использовали только остаточную ФЖ, обычно подвергаемую утилизации. Собранную фолликулярную жидкость в объеме 5 мл последовательно подвергали ряду центрифугирований для удаления дебриса (400g в течение 10 мин с последующим 10 000g при 4°C в течение 30 мин). Супернатант использовали для

выделения везикул ультрацентрифугированием при 108 000g. Полученный осадок затем ресуспендировали в 100 мкл фильтрованного и предварительно центрифугированного (108 000g) фосфатно-солевого буфера (PBS). Образцы ВВ хранили в морозильнике при температуре  $-80^{\circ}\text{C}$ . После разжижения эякулята (15–30 мин) от каждого образца отбирали 1 мл в эксперимент и разводили физиологическим раствором до достижения концентрации  $1 \times 10^6$  сперматозоидов/мл и инкубировали с ВВ фолликулярной жидкости (1 объем спермы:2 объема ВВ ФЖ; 100 мкл спермы:200 мкл ВВ ФЖ) в течение 30 мин и 1 ч при  $37^{\circ}\text{C}$  в  $\text{CO}_2$ -инкубаторе. Параллельно ставили контроль: инкубация сперматозоидов в физиологическом растворе без добавления ВВ. После инкубации часть образцов сперматозоидов осаждали центрифугированием при 700g в течение 5 мин и фиксировали в 2,5% глutarовом альдегиде на 0,1M буфере для анализа с помощью трансмиссионной электронной микроскопии (ТЭМ). После инкубации 30 мин и 1 ч каждый образец анализировали с использованием системы CASA. Регистрировали общую подвижность, прогрессивную подвижность (PR), криволинейную скорость (VCL) и прямолинейную скорость (VSL), а также гиперактивацию сперматозоидов.

Соответствие анализируемых параметров закону нормального распределения оценивали по значениям теста Шапиро-Уилка. Для описания количественных данных, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое (M). Для сравнения полученных данных парный t-критерий Стьюдента для зависимых совокупностей с 95% доверительным интервалом. Величину порогового уровня значимости p принимали равной 0,05.

### **Результаты исследования.**

В работе была использована электронная микроскопия, чтобы проследить взаимодействие между ВВ фолликулярной жидкости и сперматозоидами человека. Инкубация постэякуляторных сперматозоидов с фракцией выделенных ВВ из ФЖ в течение 1 ч привела к высокому проценту связанных сперматозоидов с ВВ. Связывание ВВ было обнаружено в большей степени в акросомальной области головки и средней части сперматозоида. ТЭМ подтвердила наличие ВВ от 60 до 180 нм. Связанные везикулы не были обнаружены в контрольных образцах без добавления ВВ. На сперматозоидах человека такое взаимодействие ВВ показано впервые, не было найдено ни одной публикации, касающейся данного вопроса в современной литературе. Сперму инкубировали в течение 30 минут и 1 часа с ВВ, предварительно выделенными их ФЖ человека. Инкубация показала больший процент подвижных сперматозоидов (парный t-критерий Стьюдента,  $p < 0,001$   $p = 0,005$  для 30 минут и 1 часа соответственно; среднее значение признака до эксперимента составляет  $21.340 \pm 10.368$ , среднее значение признака после эксперимента составляет  $47.602 \pm 8.216$  для 1 часа и среднее значение признака до эксперимента составляет  $22.782 \pm 11.308$ , среднее значение признака после эксперимента составляет  $32.676 \pm 8.144$  для 30 минут инкубации по сравнению с контролем (параллельная инкубация без ВВ). Изменения были обнаружены не только в увеличении общей подвижности, но количестве прогрессивно-подвижных сперматозоидов у каждого пациента, особенно ярко это выражено через 1 час инкубации по сравнению с контролем. Важно отметить, что значительное увеличение количества прогрессивно-подвижных сперматозоидов относительно контроля и изменения общей подвижности мы связываем с усилением гиперактивации сперматозоидов. При анализе данных криволинейной и прямолинейной скоростей движения сперматозоидов через 1 час после инкубации с ВВ статистически значимых различий выявлено не было. Наше предположение об увеличении гиперактивации сперматозоидов после инкубирования с ВВ фолликулярной жидкости также подтверждается изменением треков движения сперматозоидов относительно контроля, которые были получены с помощью системы CASA. Треки имели спиралевидную форму, стала заметнее хаотичность движения.

**Выводы.**

Изучение влияния ВВ фолликулярной жидкости на морфофункциональные характеристики сперматозоидов проведена на человеке впервые, предыдущие работы проводились на животных. Данное исследование показало, что в фолликулярной жидкости человека присутствуют внеклеточные везикулы, преимущественно, экзосомы, которые связываются с акросомальной областью головки сперматозоидов, а также со средней частью, где располагаются митохондрии, тем самым изменяя их морфофункциональные характеристики. Мы также продемонстрировали, что инкубация сперматозоидов с ВВ достоверно увеличивает количество прогрессивно-подвижных сперматозоидов, показатели общей подвижности и гиперактивацию сперматозоидов, а связываясь с акросомальной областью головки, предположительно, запускают процессы капацитации и акросомальной реакции. Использование ВВ фолликулярной жидкости *in vitro* может помочь улучшить результаты программ ВРТ у пациентов с астенозооспермией.

## ИМЕЕТСЯ ЛИ СВЯЗ ЭНДОМЕТРИОЗА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ?

*Тажипбаева К.Д., Саматова А.Г., Хамидуллина З.Г., Мырзабекова А.Ж.  
НАО «Медицинский Университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан*

**Актуальность:** Эндометриоз - это наличие эндометриальной ткани за пределами его нормального расположения, который проявляется симптомами дисменореи, хронической тазовой болью, бесплодием и, как следствие, снижением качества жизни. Характеризуется эндометриоз как состояние часто имеющее хроническое прогрессирующее течение с рецидивом даже после хирургического или медикаментозного лечения. На сегодняшний день эндометриоз считается сложным и многофакторным заболеванием, этиологию и точный механизм возникновения, которого, во многом, не изучен.

Мировые эпидемиологические научные исследования сфокусированы на факторах риска и связи эндометриоза с расой, этнической предрасположенностью, образом жизни (как диета), курение.

Выявлены факторы риска, которые могут повысить предрасположенность к эндометриозу: низкий паритет, ранний возраст менархе, долгое использование тампона, большой объем менструации.

Большое количество научных работ ссылаются на конституционное строение и развитие эндометриоза.

Распространенность эндометриоза во всем мире составляет 10% женщин фертильного возраста, среди которых 30-35% имеют симптоматическое течение.

**Цель работы:** обзор исследований, в которых изучались связь между конституциональным строением и рисками возникновения эндометриоза, а также наличие клинической и биологической значимости взаимосвязи механизмов эндометриоза и ожирения.

**Материалы и методы:** для формирования обзора предпринят анализ баз данных PubMed, EMBASE, MedLine, Cochrane и отобраны международные обзоры авторов за 2019–2021 гг., с наиболее крупными рандомизированными контролируемые исследованиями в этой области.

**Результаты:** Ряд эпидемиологических и популяционных исследований выявили несколько факторов риска, связанных с эндометриозом, например, влияние окружающей среды, особенности менструального цикла, привычки и образ жизни. Более того, было обнаружено, что антропометрия женщин в значительной степени определяет диагностику эндометриоза: более низкий индекс массы тела связан с повышенным риском его возникновения.

Многие эпидемиологические и популяционные исследования факторов риска эндометриоза использовали антропометрические индексы для оценки размеров тела. Исследования показали, что заболевание связано с низким ИМТ и меньшей степенью ожирения. Так госпитальное исследование случай-контроль с участием 50 женщин с эндометриозом и 89 женщин из контрольной группы показало, что риск эндометриоза был положительно связан с ростом и обратно связаны с массой тела и ИМТ. Такое же исследование провели в Италии, где исследовали 366 женщин с эндометриозом (лапароскопически подтвержденный) и 248 женщин контрольной группы, где было показано, что женщины с эндометриозом имели низкий ИМТ.

Недавний мета-анализ, включающий количественное исследование 11 работ (два когортных и девять исследований случай-контроль), показал, что более высокий ИМТ коррелирует с более низким риском эндометриоза. Общий анализ показал снижение риска эндометриоза на 33% на каждые 5 кг/м<sup>2</sup> увеличения ИМТ.

В исследовании, анализирующем 5504 случая эндометриоза, которые были собраны из большой когорты, как ИМТ в 18 лет, так и текущий ИМТ были достоверно обратно связаны с эндометриозом. Тучные бесплодные женщины с ИМТ 35-39,9 кг/м<sup>2</sup> и  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup> имели 55% и 62% более низкого риска эндометриоза, по сравнению с референтом ИМТ от низкого до нормального. Эта отрицательная связь между текущим высоким ИМТ и эндометриозом в значительной степени обусловлена с ИМТ в возрасте 18 лет, что позволяет предположить, что существует этиологически значимое «раннее окно воздействия», в течение которого более крупный размер тела снижает последующий риск развития эндометриоза у человека. Тем не менее, авторы отметили, что трудно подтвердить, что влияние размера тела на эндометриоз действительно предшествует началу заболевания, учитывая присущую невозможность определения точного момента времени, когда впервые появляется эндометриоз.

Увеличение размеров тела и ожирение часто связаны с ановуляцией и аменорей, что снижает риск возникновения регургитации. Так же наличия хронических болей вызывают желудочно-кишечные симптомы и эмоциональный стресс, что может привести к снижению аппетита и далее потере веса.

Проанализировав 21 публикацию и обнаружив связь эндометриоза с женщинами с худощавым телосложением, особенно небольшим количеством периферической жировой ткани и жировой ткани ниже талии. Это связано с наличием M1 и M2 макрофагов. При худощавом телосложении преобладают M2 макрофаги, которые в свою очередь отвечают за ангиогенез и ремоделирование тканей, когда M1 макрофаги обратно M2 встречаются у тучных людей.

Экспериментальное исследование на мышах с индуцированием эндометриоза выявило дифференциальную регуляцию 26 генов в печени. 6 из них отвечают за метаболизм. 4 из 6 (Cyp2r1, Fabp4, Mrc1, Rock2) были усилены и связаны с потерей веса, 2 из 6 (Igfbp1, Mmd2) были ослаблены и связаны с ожирением. Измененный метаболизм печени способствовал низкому ИМТ, характерному для женщин с эндометриозом, что свидетельствует о системной и полиорганной природе эндометриоза.

**Выводы:** Ожирение и эндометриоз являются распространенными состояниями, которые характеризуются системным воспалением. Таким образом, обнаружение обратной связи между этими двумя состояниями пока неясно. Направление исследований для выяснения этого вывода можно определить с точки зрения генетических особенностей, иммунной системы и гормональных факторов, связанных с обоими состояниями. Считается, что эндометриоз наследуется как сложный генетический признак, который характеризуется тем, что несколько генов, взаимодействуя друг с другом и окружающей средой, приводят к предрасположенности к заболеванию. Следовательно, генетические факторы, участвующие в предрасположенности к эндометриозу, также могут быть связаны с факторами, участвующими в физиологии тучности или ожирения.

Хотя этиология эндометриоза остается неясной, исторически эндометриоз рассматривался как очаговое заболевание, преимущественно локализующееся в тазовой и брюшной полостях. Однако последние данные подчеркивают множественные связи между эндометриозом и системными заболеваниями, в основе которых иммунологические и метаболические изменения, а также выявили сопутствующие заболевания, связанные с эндометриозом, такие как аутоиммунные заболевания, рак и сердечно-сосудистые заболевания. Факторы, которые производят системную передачу сигналов за пределы брюшной полости, остаются неясными;

Таким образом, исследование внеклеточных сигнальных путей, таких как экзосомы, микро-РНК и биология стволовых клеток, с точки зрения патофизиологии эндометриоза предоставит больше информации о системной природе и сложности эндометриоза. Кроме того, исследования биологических веществ, которые специфически участвуют как в метаболизме жировой ткани, так и в эндометриозе, могут помочь лучше понять наблюдаемую взаимосвязь между ожирением и возникновением или поведением эндометриоза.

## ТҮРКІСТАН ҚАЛАСЫНЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АРАСЫНДА ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУҒА ДАЙЫНДЫҚ ТУРАЛЫ ПІКІРІН ТАЛДАУ

*Торғауытова Ж.Е., Аязбеков А.К., Рыскелдиева К.Ж.  
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті  
Туркестан қ., Қазақстан*

**Түйін:** Соңғы жылдары акушерия саласында репродуктивті жасындағы әйелдердің денсаулық көрсеткіші төмен болғандықтан, дені сау анадан дені сау баланың туылуы өзекті мәселеле болып тұр. Сондықтан, әйелдердің жүктілік алды дайындық туралы пікірін талдау арқылы, медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту маңызды болып табылады. Бұл мақалада 2021 жылдың қаңтар және ақпан айларында Түркістан қаласы №3 Облыстық перинаталдық орталықта репродуктивті жастағы әйелдердің жүктілік және босануға дайындық туралы пікірін анықтау мақсатында әлеуметтік сауалнама жүргізіліп, алынған нәтижелеріне талдау жасалынды. Жалпы 32 сұрақтан дайындалған сауалнамаға репродуктивті жастағы 168 әйел қатысты.

**Түйінді сөздер:** репродуктивті денсаулық, контрацепция, фертильді жас, жүктілікке дайындық.

**Кіріспе.** Соңғы он жыл көлемінде Қазақстанда болып жатқан демографиялық жағдайдың ұлғаюы негізінен медициналық және әлеуметтік мәселелердің маңызды болыптабылады. Ал, репродуктивті жасындағы әйелдердің денсаулық көрсеткіші төмен болғандықтан, дені сау анадан дені сау баланың туылуы өзекті мәселеле болып тұр [1]. Сонымен қатар Қазақстан аймақтарында ішінде Түркістан облысы бала туу көрсеткіші бойынша жоғары аймақ екендігі белгілі. Бұл мәселенің өзектілігін көрсетеді.

Қазіргі таңда акушерлік-гинекологиялық көмектің жоғары қарқынмен дамуына қарамастан соңғы он жыл ішінде дүниежүзі бойынша мерзімінен ерте босану көрсеткіші төмендемей тұр. Мерзіміне жетпей туылған нәрестелер салмағы аз және экстремальды аз болып туылуы перинатальды өлім көрсеткішінің басым бөлігін құрайды [2,3].

Жүктілікті көтере алмау және мерзіміне жеткізе алмаудың алдын алуымен, дені сау ұрпақтың туылуы, сонымен қатар әйелдердің репродуктивті денсаулығын сақтау мақсатында жүкті әйелдер және жүктілікті жоспарлап жүрген әйелдерге біріншілік акушерлік-гинекологиялық көмекті уақытылы және тыңғылықты ұйымдастыру, акушер-гинеколог дәрігердің жұмысының негізгі аспектісі болып табылады. Жүктілікке дайындық болашақ ата-ананың екеуінде қажет, өйткені эмбрионды генетикалық материалмен екеуі тең деңгейде қамтамасыз етеді және ұрықтану мен дені сау баланың туылуына жауапты болып саналады [6].

Ғалымдардың зерттеуі бойынша жүктілікті жоспарлап жүрген барлық әйелдер фолькышылын 400-800 мкг мөлшерде кем дегенде жүктіліктен бір ай бұрын және жүктіліктің I триместрінде қабылдауы міндетті. Фолаттардың жетіспеушілігі эмбриогенездің бұзылысын тудырады және нәрестеде туа біткен ақауды қалыптастырады, соның ішінде НТД (нерв түтігінің дефекті) әкеледі [12]. Еуропа елдерінде НТД кездесу жиілігі 100 000 нәрестенің 100-інде, ал Латын Америкасында 500-інде кездессе, ал Ресейде 200-300 жағдайда кездеседі [13].

Сонымен қатар фолаттардың жетіспеушілігінің салдарынан нәрестелерде аяқ-қолдардың, құлақтың, зәр шығару жүйесінің, жүрек-қан тамыр жүйесінің ақауларына, омфалоцелеге алып келеді [14]. Сол себепті акушер-гинекологқа келген барлық репродуктивті жастағы әйелдерге жүктілік алды дайындық туралы кеңес беру керектігі анықталды. Репродуктивті жастағы әйелдер жүктілікті жоспарлау барысында жүктілік алдын тексеруден өтіп, анықталған ауруларын коррекциялау жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі кезеңдегі кездесетін барлық асқынулар

қауіпін төмендетеді. Сондықтан, жүктілік алды дайындық туралы кеңес беру –репродуктивті денсаулықты сақтауда, жасанды түсік жасатудың алдын алуда, жүктілікті жоспарлап және дайындықтан өтуде халықты ақпараттандырудың альтернативсіз әдісі болып табылады.

**Зерттеу мақсаты:** Жүктілік және босану кезінде кездесетін түрлі акушерлік асқынулардың алдын алу мақсатында Түркістан қаласында репродуктивті жастағы әйелдердің арасында жүктілік және босануға дайындық туралы пікірін талдау.

**Зерттеу материалдары мен әдістері:** Зерттеу жұмысына Түркістан қаласында орналасқан №3 Облыстық перинаталдық орталықтың «Босанғаннан кейінгі бөлімшесінде» жатқан 168 босанған әйелдер алынды. Бұл жұмыс 2021 жылдың қаңтар-ақпан айларында жүргізілді. Жалпы репродуктивті жастағы әйелдердің жүктілік алды дайындық туралы пікірін анықтау мақсатында 32 сұрақтан құралған әлеуметтік сауалнама жүргізілді. Сұрақтар этикалық тәртіпке сай, қарапайым және босанған әйелдерге түсінікті түрде құрастырылды. Босанғаннан кейінгі әйелдер арасында сауалнама түрінде жүргізілген әлеуметтік зерттеудің негізінде: жүктілік ағымы мен босануға баға берілді.

**Зерттеу нәтижелері және талқылау:** Сауалнамаға қатысқан репродуктивті жастағы әйелдердің орта жасы шамамен 25,9 жасты құрады. Әйелдердің жас көрсеткіш бойынша зерттеуде басым бөлігін 20-40 жас аралығындағы әйелдер 94% көрсеткішті көрсетсе, ал 20 жастан төмен әйелдер 1,1%, ал 40 жастан жоғары әйелдер 2,3% көрсеткішті құрады. Әдебиеттердегі мәлімет бойынша 19-35 жас аралығындағы әйелдерде акушерлік және перинатальдық қауіптің кездесуі минимальды болса, <19 жастан төмен және >35 жастан жоғары әйелдерде анамен бала үшін акушерлік және перинатальдық қауіптің кездесуі жоғары [4]. Демек, біздің зерттеуіміздегі босанған әйелдердің басым көпшілігі 20-40 жас арасындағы әйелдер.

Әйелдердің тұрғылықты мекен жайын анықтау барысында 41,6% ауылды аймақтан, ал қалған басым көпшілігі 58,3%-ы қалалық аймақтан екендігі анықталды. Тексеруге қатысқан әйелдердің ішінде жоғары білімі бар әйелдер 35,7% болса, ал үй бишелері 61,9% және студенттерді 2,3% көрсеткішті құрады. Бұл дегеніміз зерттеуге алынған босанған әйелдер арасында ауылдық жерде тұратын және үй бишелеріндегі әйелдер басым екендігі анықталды.

Акушерлік анамнезді анықтау барысында осы жүктілік пен алдыңғы жүктілігі және босануы қалай аяқталғанын сұрастыру барысында 1-ші кестеде көрсетілгендей асқынулар анықталды.

Респонденттердің 37,7%-ында алдыңғы жүктілік барысында түрлі акушерлік асқынулар кездескен. Алдыңғы жүктілігінде акушерлік асқынулар жиі кездесе тұра келесі жүктілігін жоспарламаған әйелдер саны жоғары болып отыр. Алдыңғы жүктілігінде нәрестенің даму ақауымен туылуы 7,1% құрады.

1 кесте. Жүктілік ағымы мен босану кезінде кездескен асқынулар.

№	Назология	Абс көрсеткіштер	
		n=168	%
1	Түсіктер	24	14,2%
2	Өспей қалған жүктілік	22	13,0%
3	Мерзімінен ерте босану	4	2,3%
4	Нәрестенің құрсақ ішілік шетінеуі	6	3,5%
5	Нәрестенің босанғаннан кейінгі шетінеуі	8	4,7%
6	Асқынулар жоқ	104	61,9%

Сауалнама қатысқан респонденттердің 57,2%-ы осы жүктілігін жоспарламағандығы анықталды. Әйелдердің предгравидарлы дайындықтан өткені 8,3%, ал өтпегені 85,7%-ды құрады. Сонымен қатар осы жүктілікке дейін жүктілікті жоспарлап медицина қызметкерлеріне жүгінбегені, кеңес алмағандардың пайыздық көрсеткіші 69% көрсетті. Бұл көрсеткішке қарап, жүктілікті жоспарламау мен жүктілік алды дайындықтан өтпеу репродуктивті жастағы әйелдер арасында басым екені анықталды.

Жүктілік алды дайындық кезінде витаминді комплекстер және фолий қышқылын қабылдаған әйелдердің пайыздық үлесі 2 және 3 кестелерде көрсетілген.

2 кесте. Фолий қышқылын қабылдау көрсеткіші.

Фолий қышқылын қабылдау		Абс көрсеткіштер	
		n	%
1	ия	60	35,7%
2	жоқ	108	64,2%

3 кесте. Поливитаминді комплекстерді қолдану жиілігі.

Витаминді комплекстер		Абс көрсеткіштер	
		n=168	%
1	Элевит	16	9,5%
2	Витрум	2	1,1%
3	Эмфетал	6	3,5%
4	Есінде жоқ	64	38,0%
5	Препаратты қабылдамағаны	88	52,3%

Бұл кестеден босанған әйелдер арасында жүктілік алды дайындық ретінде 64,2% фолий қышқылын, ал 52,3% витаминді комплекстерді қабылдамайтыны анықталды.

Жүктіліктен сақтану жолдарын білмейтін әйелдер 10,7% құрады. Жүктіліктен сақтану мақсатында әйелдердің басым бөлігі жатыр ішілік спираль қолданатыны анықталды. Әйелдер арасындағы қалаусыз жүктіліктен сақтану мақсатында жиі қолданылатын контрацепция әдістері 4 кестеде көрсетілген.

4 кесте. Контрацепция әдісін қолдану жиілігі.

№	Контрацепция әдістері	Абс көрсеткіштер	
		n=168	%
1	КОК	2	1,1%
2	ЖІС	94	55,9%
3	Мүшеқап	24	14,2%
4	Овуляция күндерін санау	16	9,5%
5	Жыныстық қатынасты тоқтату	2	1,1%
6	Басқа түрлері	16	9,5%
7	Контрацепция қолданбаймын	14	8,3%

Жүктіліктен сақтану әдістері туралы мәліметті босанған әйелдерге перзентханада таныстырылап, ақпарат берілгендігі туралы әйелдердің 44%-ы растады.

Босану аралығының тым қысқа немесе интергенетикалық интервалдың тым ұзақ болуы да нәрестеде даму ақауларының қауіпін, перинатальды өлімді, мерзімінен бұрын босану, аз салмақты нәрестелердің туылуы мен неонатальды аурушандық қауіпін жоғарылатады.

**Қорытынды:** Түркістан қаласында репродуктивті жастағы әйелдер арасында жүргізілген сауалнама нәтижелеріне сүйенсек, босану жасындағы әйелдердің басым бөлігі жүктілік алды дайындықтан өтпейтінін, жүктілікті жоспарламайтынын анықтады. Сауалнама нәтижесін ескере отырып, біздің көзқарасымыз бойынша замануи акушерлік жағдайларға жауап беретін «репродуктивті мониторинг» енгізу қажет. Барлық репродуктивті жастағы әйелдерге жоспарланған жүктіліктің ана және бала үшін қолайлы аяқталуы үшін сауықтыру, отбасын жоспарлау, жүктілік алды дайындықтан 3-6 ай алдын өту қандай маңызды екендігін акушер-гинекологтар түсіндіру жұмыстарын жүргізіп тұруы керек екендігін ескеру.

**ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

Шелягин, И. С., et al. «Анализ структуры и частоты встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных.» *МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА*. 2017

Iams J. D., Romero R., Culhane J. F., Goldenberg R. L. Goldenberg. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet*. 2008 Jan 12; 371 (9607): 164–175. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60108-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60108-7)

Mackeen A. D., Seibel-Siamon J., Grimes-Dennis J., Baxter J. K., Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Oct 5; (10): CD007062. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007062.pub2>

Пустотина О. А. Прегравидарная подготовка // *Медицинский совет*. – 2017. – №. 13. – С. 64-70.

Best practice in maternal-fetal medicine. FIGO Working Group on Best Practice in Maternal-Fetal Medicine. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2015, 128: 80-82.

Van der Zee B, de Wert G, Steegers EA et al. Ethical aspects of paternal preconception lifestyle modification. *Am J Obstet Gynecol*, 2013, 209(1): 11.

Доброхотова, Ю. Э. Прегравидарная подготовка: цели, задачи, возможности / Ю. Э. Доброхотова, Е. И. Боровкова // *Эффективная фармакотерапия*. – 2017. – № 13-2. – С. 14-19.

Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С. Комплексная прегравидарная подготовка — реальный путь улучшения перинатальных исходов. *Проблемы репродукции*. 2019;25(6):38-43. <https://doi.org/10.17116/repro20192506138>

Dean SV, Lassi ZS, Imam AM et al. Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reprod. Health.*, 2014, 11(Suppl. 3): S1.

Berghella V. Preconceptional care: in book *Obstetric Evidence Based Guidelines*. 2<sup>nd</sup> Edition. Ed. by Berghella V. 2012: P1-11.

Прегравидарная подготовка: клинический протокол. [авт. разработ. В.Е. Радзинский и др.]. М.: Редакция журнала *Status Praesens*, 2016. 80 с.

Best practice in maternal-fetal medicine. FIGO Working Group on Best Practice in Maternal-Fetal Medicine. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2015, 128: 80-82.

Демикова Н.С., Лапина А.С., Подольная М.А. и др. Динамика частоты врожденных пороков развития в РФ (по данным федеральной базы мониторинга ВПР за 2006–2012 гг.). *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 2015, 2: 72-77.

Greenberg JA, Bell SJ, Guan Y et al. Folic Acid Supplementaion and Pregnancy: More Than Just Neural Tube Defect Prevention. *Rev Obstet Gynecol*, 2011, 4(2): 52-59.

## **ANALYSIS OF THE RESPONSES OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN TURKESTAN ABOUT PREGNANCY AND PREPARATION FOR IT.**

*Zh. Torgauytova., A. Ayazbekov., K. Ryskeldiyeva*  
*Kh. Yasavi International Kazakh-Turkish University*  
*Turkestan, Kazakhstan*

**Resume:** In recent years, in the field of obstetrics, due to the low level of health of women of reproductive age, the birth of a healthy child from a healthy mother is a topical issue. Therefore, it is important to improve the quality of medical care by analyzing the views of women on pre-pregnancy preparation. This article analyzes the results of a survey conducted in January and February 2020 at the Regional Perinatal Center Түркі3 in Turkestan to determine the views of women of reproductive age on pregnancy and childbirth. A total of 168 women of reproductive age took part in the survey, which was prepared from 32 questions.

**Keywords:** genesial health, woman of fertile age, contraception, preparation for pregnancy.

**ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Г. ТУРКЕСТАН О ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ.**

*Торгауытова Ж.Е., Аязбеков А.К., Рыскелдиева К.Ж.  
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави  
г. Туркестан, Казахстан*

**Аннотация:** В последние годы в области акушерства в связи с низким уровнем здоровья женщин репродуктивного возраста актуальным вопросом является рождение здорового ребенка от здоровой матери. Поэтому важно повышать качество медицинской помощи, анализируя мнения женщин о подготовке к беременности. В данной статье анализируются результаты опроса, проведенного в январе-феврале 2020 года в Областном перинатальном центре №3 в г. Туркестане с целью определения взглядов на женщин репродуктивного возраста на беременность и роды. Всего в опросе приняли участие 168 женщин репродуктивного возраста, который был подготовлен из 32 вопросов.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, контрацепция, фертильный возраст, предгравидарная подготовка к беременности.

## СУБКЛИНИЧЕСКИЕ АУТОИММУННЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫКИДЫШЕ

*Хотамова М.Т.*

*Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сино, г. Бухара,  
Республика Узбекистан*

**Цель исследования** – субклинические аутоиммунные реакции при привычном выкидыше

**Материалы и методы исследования:** известно, что частота самопроизвольных выкидышей связана с аутоиммунными заболеваниями. Современные исследования показали тесную связь между выкидышами у женщин с системной красной волчанкой и присутствием антифосфолипидных антител, т. е. волчаночного антикоагулянта (ВАК) и антикардиолипидных антител (АКЛА). У 34 женщин с привычными выкидышами в анамнезе определяли волчаночные антитела, изменения в системе комплемента, антиспермальные антитела и сравнивали их показатели с контрольной группой. У 14 из 34 больных имелись анатомические, гормональные и генетические причины выкидышей, у 20 этиология не установлена. У 50% женщин с невынашиванием неясного генеза и у 34% с выявленной этиологией обнаружено по крайней мере одно иммунное нарушение. Множественные аутоиммунные отклонения определены только при невынашивании неясного генеза. В целом у 44% женщин с привычными выкидышами обнаружены антитела или нарушения в системе комплемента. Наиболее часто выявлялись антикардиолипидные антитела (у 30% при невынашивании и у 8% в контрольной группе).

**Вывод:** рекомендуем всем пациенткам с привычными выкидышами определять АКЛА (антикардиолипидные антитела), ВАК (волчаночный антикоагулянт) и изменения в системе комплемента. Несмотря на то, что связь между аутоантителами и привычным невынашиванием пока неизвестна, данное исследование подтверждает существование такой связи и показывает, что необъяснимое невынашивание может быть маркером аутоиммунных заболеваний.

## ЧАСТОТА СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Шорманова Л.Ж.<sup>1</sup>, Габдильяшимова З.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Докторант PhD НАО «МУА» г.Нур-Султан, <sup>2</sup>д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 НАО «МУА» г.Нур-Султан

**Актуальность.** Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) характеризуется различными менструальными и гормональными нарушениями, сопровождающиеся гиперандрогенией и хронической ановуляцией. Гиперандрогения в сочетании с инсулинорезистентностью (ИР) наиболее частые нарушения эндокринной системы при СПКЯ. В зависимости от диагностических критериев, СПКЯ встречается примерно у 6-20% женщин репродуктивного возраста. В последнее время во многих исследованиях изучается взаимосвязь между СПКЯ и функцией щитовидной железы. Большинство исследований доказали, что при СПКЯ заболевания щитовидной железы, такие как узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит и субклинический гипотиреоз (СГ), встречается чаще. На сегодня данных касающихся распространенности СГ при СПКЯ мало.

**Цель исследования.** Определить связь между распространённостью СПКЯ и субклинического гипотиреоза.

**Материалы и методы исследования.** Это исследование проводилось с сентября 2021г по февраль 2022г в г.Нур-Султан. В исследование были включены 84 женщин в возрасте от 18 до 35 лет с подтвержденным диагнозом СПКЯ в соответствии с Роттердамскими критериями. Еще 100 женщин без СПКЯ были включены в контрольную группу. В исследовании учитывались клинические и антропометрические данные, такие как возраст, рост, вес, индекс массы тела (ИМТ) и окружность талии (ОТ). Наличие гирсутизма было отмечено с использованием модифицированной системы оценки Ферримана-Голлвея (mFG). У всех пациенток оценивали уровень тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (FT4) и свободного трийодтиронина (FT3) в сыворотке крови.

Статистический анализ был выполнен с использованием программного пакета Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

**Результаты исследования.** Средний возраст и рост были сопоставимы между обеими группами. Повышение веса ( $64,5 \pm 3,8$  кг против  $60,15 \pm 2,98$  кг; значение  $p: <0,0001$ ) и ИМТ ( $27,2$  кг/м<sup>2</sup> против  $23,4$  кг/м<sup>2</sup>; значение  $p: <0,0001$ ) было значительно выше у пациентов с СПКЯ.

Среди пациентов с СПКЯ 58 женщин имели показатель mFG  $<8$ , а 26 имели показатель mFG  $\geq 8$ . Среди контрольной группы 64 не имели признаков гирсутизма, тогда как 36 имели гирсутизм.

Отмечался более высокий уровень ТТГ в группе с СПКЯ по сравнению с участниками без СПКЯ (5,56 против 3,28; значение  $p: <0,00001$ ). Было обнаружено, что субклинический гипотиреоз чаще встречается при СПКЯ (42,6% против 26,2%);

**Выводы.** Наше исследование подтверждает, что субклинический гипотиреоз значительно чаще встречается у женщин с СПКЯ по сравнению с женщинами в общей популяции. Сочетание данных заболеваний может быть причиной клинических, биохимических и метаболических изменений, которые приводят к неблагоприятным репродуктивным исходам и исходам беременности.

УДК:618.6-08:618.350-007.2

## АСПЕКТЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НА ФОНЕ ЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

*Шосаидова О.Р., Хатамова М.Т.  
Бухарский Государственный медицинский институт*

### **Актуальность**

Триггерными механизмами возникновения ДВС-синдрома при септических процессах являются повреждение эндо- и экзотоксинами эндотелия сосудов, при котором происходит отбор тканевого тромбопластина, активирующего фактор Хагемана (ХП); реакция эндо- и экзотоксинов с агрегацией тромбоцитов, выделением аденозиндифосфорной кислоты (АДФ), серотонина, гистамина, фактора тромбоцитов 3 и 4, выделением тромбопластина и гемолизом эритроцитов (Мюллер-Берхаус и др.) и т. д.

Установлена общая патологическая роль неспецифического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) в патогенезе тяжелого сепсиса. В последние годы значительно расширилось видение роли системы гемостаза в процессе воспаления, стресса, иммунитета (М.И. Кузин и др.)

Однако лечение гепарином при тяжелом сепсисе не всегда эффективно из-за давно существующего ДВС-синдрома, при котором интенсивно употребляется гепаринкофактор антитромбин III, высвобождаемый антигепариновый тромбоцитарный фактор 4, прогрессирующий метаболический ацидоз. В связи с этим важное значение приобретает дифференциальная оценка всех звеньев системы гемостаза с начальными проявлениями послеродовой инфекции.

Наличие ДВС-синдрома у пациентов с послеродовыми септическими заболеваниями было патогенетическим обоснованием включения гепарина в комплекс терапевтических мероприятий.

Наиболее частыми клиническими формами являются: послеродовые эндометриты, инфекционные заболевания и мастит (BL Gurtovoiy et al.: Gibbs and Huff). Своевременная диагностика и раннее рациональное лечение начальных стадий способствуют профилактике более тяжелых септических осложнений послеродового периода. Между тем комплексное лечение этих состояний, предпринимаемое даже на начальной стадии заболевания, не всегда является достаточно эффективным.

В определенной степени это можно объяснить недооценкой некоторых патогенезов воспалительных заболеваний послеродового периода.

В доступной литературе мы не встречали сообщений о состоянии системы гемостаза при начальных клинических проявлениях эндометрита и мастита после родов. Эти обстоятельства легли в основу нашего исследования.

**Цель исследования:** Изучение аспектов послеродовых септических состояний

**Материалы и методы обследования:** Обследовано 90 пациентов с послеродовым эндометритом (45) и маститом (45). Контрольную группу составили 30 женщин с неосложненным послеродовым периодом. Средний возраст пациентов с послеродовым эндометритом  $29,3 \pm 1,6$  года, маститом -  $28,4 \pm 1,4$  года.

Клиническая картина начальных проявлений послеродового эндометрита характеризуется повышением температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$ , болезненностью матки при пальпации, мутным появлением лохии с неприятным запахом, умеренным увеличением СОЭ ( $20\text{ мм / ч}$ ), небольшим смещением влево от формула белой крови. У всех больных серозным маститом отмечено повышение температуры тела до  $38-39^{\circ}\text{C}$ , появление болей в груди, гиперемия кожи над очагами поражения; По толщине молочной железы определяются уплотненные болезненные

участки без четких контуров. При исследовании крови обнаружен умеренный лейкоцитоз (15 000–20 000 /л), сдвиг влево формулы с увеличением количества лейкоцитов в лейкоцитах, увеличение скорости оседания эритроцитов на 25–30 мм / ч.

Гемостаз и морфологию исследовали следующими методами для определения концентрации фибриногена, активированного частичным тромбопластиновым временем. (АРТТ) с использованием стандартных реагентов, продуктов разложения фибрин-фибрин генов (DPFF) в сыворотке крови с помощью иммуноанализа, количество тромбоцитов подсчитывают в счетчике частиц.

**Результаты исследования:** При исследовании агрегации коллагена выявлено незначительное сокращение латентного времени и увеличение агрегации секреторной интенсивности коллагена, что свидетельствует о повышении секреторной функции и реакции «высвобождения» при активации функции тромбоцитов у пациентов с начальными проявлениями послеродовой инфекционной заболевания. При оценке функциональных свойств тромбоцитов привлекает внимание дезагрегация при отсутствии 80% агрегации при стимуляции низкими дозами АДФ. В то же время значительных изменений в агрегации при стимуляции большими дозами у нас не отмечено.

Морфологические изменения и гемостаз у пациентов с начальными клиническими проявлениями послеродового эндометрита и мастита. В общих биологических закономерностях наблюдаются идентичные изменения в системе гемостаза, суть которых заключается в активации прокоагулянтного гемостаза и снижении антикоагулянтного потенциала крови. Каких-либо вычлненных отличий, вызванных нозологической формой заболевания, мы не обнаружили.

Активация прокоагулянтного гемостаза указывает на небольшое укорочение АЧТВ, которое характеризует состояние внутреннего пути свертывания крови и выражает общую активность основных факторов свертывания плазмы. По-видимому, это явление объясняет снижение содержания антитромбина III, который, являясь природным антикоагулянтом крови, реагирует на активацию факторов свертывания (XII, XI, IX, VII, V, II), образуя с ними комплексы. Следует отметить, что у исследованных нами пациентов обнаружены повышенные концентрации растворимых фибриновых комплексов и DPFF, что свидетельствует об отсутствии патологической внутрисосудистой коагуляции.

**Выводы:** Таким образом, при начальных проявлениях послеродовых инфекционных заболеваний (мастит, эндометрит) происходит одновременная активация как тромбоцитарных, так и прокоагулянтных компонентов системы гемостаза и морфологии клеток, но образование выраженных тромбоцитарных фибриновых сгустков в микроциркуляторном русле не отмечено. Характерной особенностью является гемостазиологическое снижение уровня антитромбина III и практически полное отсутствие дезагрегирующей агрегации тромбоцитов при низких дозах стимуляции АДФ.

**Исследование системы:** гемостаза с разумной оценкой антикоагулянтного потенциала крови (антитромбина III) и функциональных свойств тромбоцитов позволяет быстро выявить активацию системы гемостаза и принять меры по профилактике патологической внутрисосудистой коагуляции. В связи со способностью низких доз гепарина (1500 ед / сут) повысить антикоагулянтный потенциал крови, целесообразно его применение при лечении начальных проявлений эндометрита и мастита.

#### ЛИТЕРАТУРА:

- 1 "Tibbiotda yangi kun" magazine №2, page 292-295, 2019. Res.Uzbekistan. M.T.Hotamova, I.I.Tosheva. "Aspects of the management of labor at antenatal discharge of amniotic fluid."
2. "Tibbiotda yangi kun" Journal №3, page 14-18, 2019. Res.Uzbekistan. D.Ya.Zaripova, M.N.Negmatullaeva, D.I.Tuksanova, N.G.Ashurova. "The effect of magnesium deficiency states and imbalances steroid life of the organism."

3. "Tibbiotda yangi kun" magazine №2, page 345-349, 2019. Res.Uzbekistan. Khatamova MT, "PECULIARITIES OF IMMUNE-HORMONAL INDICATORS OF THE POST-FERRIN PERIOD"
4. "Dr. ahborotnomasi» №3 Journal, page 51-54, 2019 Res.Uzbekistan. D.Ya.Zaripova, M.N.Negmatullaeva, D.I.Tuksanova, F.K.Ahmedov. "Role aleandronovoy acid (ostalon) in the treatment of perimenopausal osteoporosis".
5. "Tibbiotda yangi kun" magazine №2, page 316-319, 2019, Res.Uzbekistan. Sh.Zh.Shukurlaeva, M.T.Hotamova. "Criteria for diagnosis after the birth of septic condition and methods of hemostasis"
6. "Tibbiotda yangi kun» №3 magazine page 275-278, 2019, Res.Uzbekistan. Khatamova MT, Soliyeva NK, "CURRENT FEATURES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF FETURAL AGE".

## АСПЕКТЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НА ФОНЕ ЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

*Шосаидова О.Р, Хатамова М.Т.  
Бухарский Государственный медицинский институт*

### Резюме

Характерным морфологическим и гемостазиологическим признаком является уменьшение содержания антитромбина III и почти полное отсутствие дезагрегации при стимуляции агрегации тромбоцитов малыми дозами АДФ. При патологических проявлениях послеродовых инфекционных заболеваний на фоне эрозий шейки матки, происходит одновременная активация как тромбоцитарного, так и прокоагулянтного звеньев системы гемостаза, однако образования выраженных тромбоцитарно-фибриновых сгустков в микроциркуляторном русле не отмечается.

**Ключевые слова:** ФФДП – фибрин – фибриногеновые деградационные продукты; АДФ – Аденозинтрифосфорная кислота; АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время; ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови.

## MANIFESTATIONS OF POSTPARTUM SEPTIC CONDITIONS CERVICAL EROSION

*Shosaidova.O.R, Khatamova M.T  
Bukhara State Medical Institut*

Thus, with the initial manifestations of postpartum infectious diseases (endometrium and mastitis), both platelet and procoagulant units of the hemostasis system are simultaneously activated, but the formation of pronounced platelet-fibrin clots in the microvasculature is not observed. A characteristic hemostasiological sign is a decrease in the content of antithrombin III and the almost complete absence of disaggregation during stimulation of platelet aggregation with small doses of ADP.

### Keywords:

DIC-disseminated intravascular coagulation;ADP - Adenozindisphosphoric acid; APTT - activated partial time thromboplastin; FFDP - fibrin - fibrinogen degradation products.

## CLINICAL CASE: EARLY NEONATAL SEPSIS IN A PREMATURE BABY WITH EXTREME LOW BODY WEIGHT.

*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, Republic of Kazakhstan*

**Relevance:** The overall increase in the incidence of sepsis is natural and is due to two main reasons: an increase in the proportion of patients with a high risk of developing infection and an improvement in survival, including an increase in risk groups in the age aspect (very preterm infants). The urgency of this problem is growing in parallel with the development of neonatology and microbiology in the world.

**Purpose of the research:** Identification of treatment selection tactics and developmental features of newborns with early neonatal sepsis in the NICU.

**Materials and methods of research:** Clinical observation: a newborn child I. with a confirmed fact of early neonatal sepsis was under observation in the NICU department in Zhambyl Regional Multidisciplinary Hospital, Taraz on October 17, 2021. Risk factors. Anamnesis of the mother: I pregnancy. She has been registered for pregnancy since 12 weeks. According to the mother, she had ARVI with an increase in body temperature till 38.1 C. (5 weeks, 13 weeks). She received outpatient treatment. From the additional anamnesis: The husband had Covid-19 at the 5th week of pregnancy. Obstetric Diagnosis: Preterm spontaneous labor 1 at 25 weeks. Breech presentation of the fetus. Rhesus negative blood factor. Mild anemia. From the anamnesis, risk factors for early neonatal sepsis should be distinguished: Spontaneous preterm birth, an unknown factor in the carriage of infection in the mother (there is no bacterial seeding of the mother's birth canal at 36 weeks of gestation for group B streptococcus and other pathogens).

**In the clinical picture:** A child is from the 1st pregnancy, 1st premature birth at 25 weeks. A live, premature female baby with an extremely low body weight was born with an Apgar score of 3/4/4 points. Anthropometric data at birth: body weight 712.0 g, length 32 cm, head circumference 23 cm, chest circumference 20 cm. The condition of the child at birth is assessed as extremely severe, due to respiratory disorders against the background of immaturity of organs and systems. In the delivery room, stabilization was performed using the LISA method: 1. Delayed clamping of the umbilical cord; 2. Accepted in plastic bag; 3. Early CPAP с MAP 15 cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> - 30%; 4. Placement of a gastric tube; 5. caffeine subcutaneously 20 mg; 6. Surfactant 200 mg (1 vial) was injected endotracheally; 7. After stabilization in the transport incubator at NCPAP, transferred to the NICU. From birth, the child was on respiratory support by non-invasive respiratory therapy CPAP in the DUOPAP mode with MAP – 8.0 PIP – 12.0 parameters. RR – 35, Tin – 0.85 O<sub>2</sub> – 21%. Hemodynamic disorders were characterized by the following parameters: HR < 100 beats/min, oliguria, low perfusion of organs and tissues, hypotension (diastolic BP < 19 mm Hg, mean BP < 34 mm Hg). The child also had bilateral hemorrhage in the sclera of the eyes. On the first day of life, there were pale pink skin, a symptom of a white spot for more than 3 seconds. The important physical symptoms of infection: unstable body temperature, bloating, tachycardia.

**Apreliminary diagnosis was made:** Main: Respiratory distress syndrome; Background: Prematurity at 25 weeks' gestation. Risk of early neonatal sepsis.

**Additional laboratory and instrumental research methods:** A plan of examination and treatment was drawn up. Screening for early neonatal sepsis: (Bacterial blood culture upon receipt of complete blood count, CRP 24 hours after birth.) Clinical data were combined with the following laboratory

criteria: the number of leukocytes in peripheral blood is more than  $28.2 \times 10^9/l$ . (LI-4.3, ANIN 3.6); platelet count  $205 \times 10^9/l$ ; C-reactive protein within the normal range of 6.0 mg/l; acid-base state (ABS) 30 minutes after birth: subcompensated mixed lactic acidosis. After correction of the ventilation parameters, compensation of the parameters of the ABS was achieved, the initial antibiotic therapy (Ampicillin + gentamicin), infusion therapy based on the physiological requirement of fluid, inotropic therapy with dobutamine were prescribed, the child's condition remained severe, stable in dynamics. In the course of a bacteriological study taken on 10/17/2021 on the «Bactalert» bacterial analyzer, after 24 hours ерукуцфы a phone call from the laboratory about an emergency notification of the growth of the pathogen. The result was obtained at 72 hours of life on 10/20/2021-growth (Escherichiacoli). Sensitivity to antibiotics: (amikacin, levofloxacin); resistant (ampicillin, gentamicin, ceftazidime, meropenemofloxacin).

On the first day of life, the child underwent an X-ray examination of the organs of the chest and abdominal cavity, on which the lung tissue is transparent, pneumatization is symmetrically reduced, the lung fields are reduced due to the high standing of the diaphragm, the lung pattern is clearly not distinguishable, the roots are expanded, the shadow of the heart is expanded in diameter, the boundaries are fuzzy. The gastric tube in the stomach is located deep. The correction was made. According to the NSG: Conclusion: At the time of examination, hypoxic changes, immaturity of brain structures. IVH III degree. SEC on the right. EchoCG: PDA (patent ductus arteriosus) 3.0 mm hemodynamically significant. PFO (patent foramen ovale) 2.7 mm reset from left to right. Echocardiography (in dynamics): PDA 2.8 mm hemodynamic significant treated conservatively according to the scheme. PFO 3.3 mm reset from left to right.

**Research results:** Antibacterial therapy is considered effective, during which stabilization of the patient's condition or even some improvement is achieved within 48 hours; a program of empirical antibiotic therapy was chosen, the drugs of choice were ampicillin + gentamicin (ampicillin: course of administration for 5 days; gentamicin No. 3; in medium therapeutic doses. Subsequently, the antibiotic therapy was changed to amikacin + penicillin (course 5 days). The most important component of neonatal sepsis therapy is antifungal drugs, probiotics; hemodynamic and metabolic disorders. An important role is played by the provision of a therapeutic regimen with anesthesia for invasive manipulations and the organization of rational feeding of the child, if necessary, partial or complete parenteral nutrition.

On the 4th day of life, indirect hyperbilirubinemia reached its maximum values in a newborn on the 6th day of life. The child received phototherapy. State in dynamics with improvement. Hemodynamics was stabilized. On the 8th day of life, persistent clinical and laboratory positive dynamics was noted. Antibacterial therapy was carried out for 10 days. The child in dynamics was on non-invasive respiratory support by the NCPAP method. He was on complete enteral nutrition, there was a positive dynamics of body weight. Carried out kangaroo, received probiotics and caffeine therapy.

**Conclusion:** From the presented clinical case, it should be noted that early diagnosis by ENS screening and timely initiation of therapy in a perinatal center or NICU at multidisciplinary hospitals contribute to the rapid relief of symptoms and the favorable course of early neonatal sepsis, and also made it possible to avoid the clinical manifestation of an infectious and inflammatory process in complex currents. Only 2.3% of the newborns treated for ENS at the University of Utah hospital system had confirmed blood cultures, and there was a high rate of empiric use of ampicillin and gentamicin. This type of empiric treatment is common practice in neonatal intensive care units (NICUs) in the United States. In one U.S. study, prophylaxis of antibiotic therapy with ampicillin resulted in a significant reduction in invasive streptococcal disease (GBS) in very low birth weight infants, but the overall incidence of early onset sepsis (EOS) did not change due to a concomitant increase in Escherichia coli.

## АНЕВРИЗМА ВЕНЫ ГАЛЕНА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

*Абентаева Б.А., Мазамбетов Е.Т., Сурдин Д.А., Тлеугалиева Ж.К.  
КФ «УМС», Нур-Султан, Казахстан*

**Актуальность.** Под термином «аневризма вены Галена» подразумеваются различные сосудистые мальформации от множественных коммуникаций между системой большой мозговой вены и мозговыми сосудами системы сонных и вертебробазиллярных артерий до собственно аневризмы вены Галена.

Артериовенозные мальформации вены Галена – это врожденный порок развития сосудов головного мозга, связанный с задержкой обратного развития артериовенозных коммуникаций, существующих в эмбриональный период развития, с обязательным наличием аневризматически расширенной вены Галена. Несмотря на то, что аневризма вены Галена встречается очень редко (составляет примерно 1% внутричерепных сосудистых мальформаций и составляет около 30% всех артериовенозных мальформаций в детской возрастной группе), эту аномалию диагностируют в трети случаев артериовенозных мальформаций периода новорожденности и раннего детства.

**Цель.** Предоставить клинический случай успешного лечения АВГ у новорожденной девочки, поступившей в отделение реанимации новорожденных КФ «УМС» с крайне тяжелой сердечной недостаточностью связанной с аневризмой вены Галена.

**Материалы и методы исследования.** Новорожденная девочка поступила в реанимацию новорожденных на 2 сутки жизни, с респираторными нарушениями, состояние расценивается как тяжелое нестабильное, в отделении подключена к СРАР.

Обследования.

Нейросонография: Эхокартина ВПР ЦНС: Аневризма вены Галена, асимметричной вентрикуломегалии средней степени тяжести. Смещение срединных структур мозга справа налево.

ЭхоКГ: ВПС. Гипоплазия дуги аорты. Восходящая аорта (0,7 см) в области дуги (0,4 мм) с изгибом области перешейка. Нельзя исключить коарктацию аорты. В нисходящей аорте максимальный систолический градиент 11,7 мм.рт.ст. на фоне ОАП. ОАП 2,0 мм. ООС 5,5 мм. Незначительная дилатация правых отделов сердца. Удовлетворительная систолическая функция ЛЖ (ФВ ЛЖ 65%). ПР(+). ТР (1,0+). РСДЛА 40-42 мм.рт.ст.

МРТ головного мозга: МР-признаки аневризматической мальформации вены Галена, внутренней гидроцефалии.

Ребенок консультирован нейрохирургом: оперативное лечение показано в 5-6 месяцев.

Была проведена КТА сердца с контрастированием, в динамике диагноз ВПР ВПС был снят.

В динамике нарастает легочная гипертензия, сердечно сосудистая недостаточность, на 7 сутки жизни ребенок переведен на ИВЛ, с кардиотонической целью был подключен адреналин 0.05 мкг/кг/мин, добутамин 5 мкг/кг/мин.

Р-графия ОГК: «Кардиомегалия». ЭхоКГ: ОАП 4,0 мм. ООС 5,5 мм. Дилатация правых отделов сердца. Дилатация ствола легочной артерии. РСДЛА 72 мм.рт.ст. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 189 в минуту. ЖЭО (ЭОС): отклонение оси сердца вправо. Признаки гипертрофии правого желудочка.

Консультирована кардиологом, учитывая ОССН к лечению подключены эналаприл, дигоксин, сильденафил. Состояние ребенка прогрессивно ухудшается, нарастает полиорганная недостаточность.

Созван консилиум, совместно с нейрохирургами решено проведение оперативного лечения. На 26 сутки жизни ребенок транспортирован в АО «Национальный Центр Нейрохирургии».

На 27 сутки жизни в АО «НЦН» проведена операция: «Суперселективная церебральная ангиография. Эндovasкулярная частичная эмболизация аневризмиической мальформации вены Галена с помощью микроспиралей и эмболизирующего агента Onix». Через 12 часов после операции ребенок переведен в ОРИТН КФ «УМС», на 2 сутки после операции (28 сутки жизни) отменены кардиотонические препараты. На 4 сутки после операции (32 сутки жизни) ребенок экстубирован и переведен на респираторную поддержку СРАР, с 8 суток после операции (36 сутки жизни) респираторная поддержка прекращена, ребенок на самостоятельном дыхании с подачей увлажненного кислорода биназально. Кардиологом отменены дигоксин, эналаприл. Планируется 2 этап эндovasкулярной эмболизации.

**Выводы.** Поэтапная эндovasкулярная эмболизация является основным методом лечения АВМ, несмотря на высокую смертность в неонатальном периоде. Наиболее подходящий возраст 3-5 месяцев, однако допускается первый этап операции в более раннем возрасте при прогрессирующей сердечной недостаточности. Мы представили вам клинический случай, успешно проведенного 1 этапа эмболизации в возрасте 27 дней. Данный пациент является самым юным прооперированным ребенком в стране.

## ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Гулямова М.А., Ходжиметов Х.А., Рузметова Г.  
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

**Актуальность:** Одной из наиболее распространенных форм патологии беременности является артериальная гипертензия (АГ), в том числе существовавшая до беременности, частота встречаемости которой, по данным различных авторов, колеблется от 5 до 30% и не имеет тенденции к снижению

**Цель исследования:** Оценить клинические особенности течения периода ранней адаптации у новорожденных детей, родившихся от матерей с гипертензивными расстройствами

**Материалы и методы:** Обследовано 80 новорожденных, которые подразделены на 3 группы. В 1-ю (контрольную) группу – 20 детей от матерей с физиологически протекающей беременностью, во 2-ю - 30 новорожденных от матерей с хронической артериальной гипертензией и 3-ю - 30- детей от матерей, беременность которых осложнилась преэклампсией и эклампсией.

**Результаты:** При оценке состояния детей при рождении наиболее низкие ( $P < 0,001$ ) значения шкалы Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни отмечались у новорожденных в группе преэклампсии и эклампсия, что свидетельствует о более тяжелой перинатальной асфиксии. Респираторный дистресс-синдром различной степени тяжести встречался у 24 (80%) новорожденных 2-ой ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и у 27 (90%) младенцев 3-ей группы ( $P_{1-3}$ ,  $P_{2-3} < 0,001$ ). Дыхательная недостаточность (ДН) 1 степени была выявлена у 3 (15%) новорожденных 1-ой, у 8 (26,6%) - во 2-ой у 6 (20%) - в 3-ей группе. 2 степень ДН у детей первой групп не наблюдалось, во 2 группе - у 10 (33,3%), а в 3-ей у 12 (40,0%) новорожденных. 3-я степень ДН также была определена только у 6 (20%) детей во 2 группе и в 3-ей у 9 (30,0%) новорожденных.

У новорожденных первой группы почти все показатели были в пределах нормы, однако в группе новорожденных детей, родившихся от матерей с артериальной гипертензией при беременности наиболее чаще, наблюдался у новорожденных 2-ой группы в 46,6% случаев цианоз, а в 3-ей – у 60%. Желтуха была обусловлена в 3 случаях наличием ГБН и 8 TORCH инфекцией соответственно наблюдалась у 23,3% и 50% новорожденных детей. Преваляло багровость кожи, которая возможно обусловлена выраженным полицитемическим синдромом, который почти в 2 раза преваляло в 3-ей группе по сравнению со 2-ой. Ослабленное дыхания наблюдалось у 45% детей, которое чаще наблюдалось у детей, рожденных от матерей с преэклампсией и эклампсией составило 55,5%. Снижение сердечной деятельности, характеризующееся снижением частоты пульса менее 100, наблюдалось у 8 детей (10%). Снижение мышечного тонуса, полу флексия и поза лягушки была выявлена у 47,5%, 30% соответственно.

Количество детей в состоянии асфиксии родилось в 3,3 раза больше у новорожденных, от матерей с хронической артериальной гипертензией (35,7%), а у детей, рожденные от матерей, которых осложнилась тяжелой преэклампсией и эклампсией превысило в 5 раз (53,5%), чем у детей контрольной группы.

**Выводы.** Установлено, что новорожденные дети от матерей с гипертензивными расстройствами имеют недостаточность функции большинства органов и систем, что значительно затрудняет их постнатальную адаптацию. В группе детей от матерей с тяжелой преэклампсией нарушение процессов ранней неонатальной адаптации более выражено по сравнению с новорожденными от матерей с хронической артериальной гипертензией. Полученные данные позволяют сделать вывод, что исходное состояние здоровья матери, наличие у нее гипертензивных расстройств могут стать причиной высокого уровня патологии у новорожденных детей.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТА НУМЕТА G13E.

*Джақсалықова К.К.<sup>1</sup>, Чувакова Т.К.<sup>1</sup>, Карин Б.Т.<sup>1</sup>, Цубенко И.А.<sup>2</sup>, Адгамова А.А.<sup>2</sup>, Усманова У.У.<sup>2</sup>, Саматова Н.Е.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра неонатологии,

<sup>2</sup>ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2»,  
г. Нур-Султан, Казахстан

**Актуальность** исследования. Проведение адекватного парентерального питания новорожденных в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и отделения выхаживания недоношенных и патология новорожденных (ОВПН), особенно у сильно недоношенных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), а также детей с течением некротизирующего энтероколита, является важным составляющим звеном в ведении новорожденного для защиты от возможных осложнений и обеспечения адекватного роста и развития ребенка. Нумета G13E является современным препаратом для парентерального питания в виде эмульсий для инфузий, которая включает в себя липидные эмульсии, раствор аминокислот с электролитами и раствор глюкозы. Если в введении липидов нет необходимости, дизайн контейнера позволяет использовать препарат без раскрытия камеры с жировой эмульсией.

**Цель** исследования: изучить эффективность использования готового препарата для парентерального питания Нумета G13E у новорожденных детей и оценить его влияние на прибавку веса.

**Материалы и методы:** мы провели ретроспективное исследование истории развития новорожденных, где были отобраны группы контроля и сравнения. В контрольную группу вошли 20 историй новорожденных, которые получали препарат Нумета G13E в качестве частичного или полного парентерального питания в условиях ОРИТН и ОВПН с июня по август 2021г. в ГКП на ПХВ «МГБ №2». Для сравнения эффективности препарата были отобраны 20 историй новорожденных, получавших лечение с сентября по ноябрь 2021г., в таких же условиях, которые получали отдельные препараты Аминовент 10%, Смюфлипид 20% и Глюкозу (40%, 5%) в качестве парентерального питания, а также электролиты по необходимости. Основным критерием эффективности препаратов была прибавка массы тела. Следует отметить, что большинство детей, которые получали Нумету G13E, находились в условиях ОВПН, тогда как отдельное парентеральное питание было назначено в основном в условиях ОРИТН у нестабильных детей.

**Результаты** исследования: по результатам данного исследования мы установили, что набор веса был значительно лучше у детей, получавших Нумету G13E. Прибавка в весе у них составила в среднем + 28,2 грамм/в день, и к окончанию парентерального питания у 19 детей из 20 наблюдалась прибавка в весе. В то время как у детей, получавших отдельное парентеральное питание, наблюдалась убыль в массе тела: – 3,36 грамм/в день в среднем. Только у 14 из 20 детей на конец окончания парентерального питания всеми компонентами вес был больше, чем при рождении. Конец физиологической потери веса и начало набора при назначении Нуметы начинался раньше, уже на 3-6 сутки жизни; при отдельном назначении препаратов парентерального питания набор веса начинался на 6-7 сутки жизни. По электролитным изменениям в обеих группах отмечалась склонность к умеренной гиперхлоремии и гиперкалиемии. Умеренная гиперкальциемия также наблюдалась в некоторые дни в обеих

группах. Проблемы с уровнем гликемии (гипо/гипергликемия) чаще наблюдалась в группе, где назначались Аминомент 10%, Смофлипид 20% и Глюкоза (40%,5%).

**Выводы:** таким образом, при назначении препарата Нумета G13 мы обнаружили следующие преимущества:

- 1) хорошая прибавка веса у новорожденных;
- 2) удобство в использовании;
- 3) точность в расчете и экономия времени благодаря электронной программе расчета препарата;
- 4) готовый к использованию препарат уменьшает риск ошибок при разведении;
- 5) препарат включает в себя все необходимые электролиты: Ca<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, Mg<sup>+</sup>;
- 6) закрытая система обеспечивает стерильную линию и является важным звеном в профилактике возникновения инфекции.

Следует добавить, что при применении препарата Нуметы G13, необходимо защитить липидную эмульсию от света.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Абдуллаева Г.М., Глазбная И.М., Толькбаев Т.Ж., Калиева М.М. Клинический протокол. Парентеральное питание новорожденных // Рекомендован Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» сентября 2015 года, протокол № 10.

2. García H., Romano-Carro B., Miranda-Novales G., GonzálezCabello H.J., Núñez-Enríquez J.C. Risk Factors for Central LineAssociated Bloodstream Infection in Critically Ill Neonates // Indian J Pediatr. – 2019. – Vol. 86(4). – P. 340-346.

3. Авдеев А.В., Сергазы Ш.Д., Гуляев А.Е. Клинико – экономическая оценка эффективности применения препаратов Нумета при лечении нутритивной недостаточности у детей в условиях Республики Казахстан. Medicine. Алматы 2019. С. 16-23

4. Yu J., Wu G., Tang Y., Ye Y., Zhang Z. Efficacy, Safety, and Preparation of Standardized Parenteral Nutrition Regimens: Three-Chamber Bags vs Compounded Monobags-A Prospective, Multicenter, Randomized, Single-Blind Clinical Trial // Nutr Clin Pract. – 2017. – Vol. 32(4). – P. 545-551.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО И ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФТРИАКСОНА.

Изенов А.М.<sup>1</sup>, Кенжебаева К.А.<sup>2</sup>, Янцен И.А.<sup>1</sup>, Ауменов Б.Б.<sup>1</sup>, Уткина Г.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>КГП «Костанайская областная больница», г. Костанай, Казахстан,

<sup>2</sup>НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан.

**Аннотация.** Лекарственно-индуцированная гемолитическая анемия представляет собой иммуноопосредованное явление, приводящее к разрушению эритроцитов. В данном клиническом случае острый гемолиз является побочным эффектом терапии цефтриаксоном, связанный с высокой смертностью.

**Ключевые слова:** аллоиммунизация, эритробластоз плода, гемолитическая желтуха, терапия цефтриаксоном.

**Актуальность.** Гемолитическая болезнь плода и новорождённого (ГБН) – это иммуноопосредованная гемолитическая анемия, развивающаяся в случаях несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам, при этом антигенами являются эритроциты плода, а антитела вырабатываются организмом матери. [1].

**Цель исследования.** Провести клиничко-лабораторный анализ случая гемолитической болезни новорожденного с применением цефтриаксона.

**Материалы и методы исследования.** Разбор и анализ клинического случая ГБН по резус несовместимости.

**Результаты исследования.** Клинические проявления ГБН варьируют от незначительного пожелтения кожных покровов (субиктеричности) по шкале Крамера до самых тяжелых нарушений, приводящих к необратимым изменениям или даже смерти новорожденного. Проведен анализ и разбор истории болезни новорожденного от 6 беременности 5 родов с предварительным титром антител во время беременности. Из анамнеза известно, что беременность доношенная при сроке 37 недель с оценкой по шкале Апгар 8/8. Состояние ребенка при рождении расценивалось как удовлетворительное. Группа крови ребенка 0(I) первая Rh(-) отрицательная, группа крови матери 0(I) первая Rh(+) положительная. С первых суток пациент получал лечение при ГБН, которое включало инфузионную терапию с фототерапией.

При проведении лабораторных исследований в крови на стерильность на 3 сутки отмечался рост микрофлоры *Staphylococcus epidermidis* чувствительный к ceftriaxone, vancomycini. В динамике с учетом клиничко-лабораторных данных в лечении добавлена антибактериальная терапия цефтриаксоном. Через 12 часов ребенок переводится в ОРН с резким ухудшением состояния за счет нарастания желтушного синдрома (выраженной непрямой гипербилирубинемией до критических цифр 439 ммоль/л), неврологической симптоматики, метаболических и респираторных нарушений. В отделении реанимации новорожденных с учётом проведенного консилиума ребенок по тяжести состояния переводится на респираторную терапию методом ИВЛ, проводится коррекция лечения со сменой антибактериальной терапии на ванкомицин, интенсивная фототерапия непрерывным методом, операция заменного переливания крови, продолжается инфузионная терапия с учётом физиологической потребности жидкости. На шестые сутки в ОРН состояние ребенка тяжелое, в динамике стабильное. Ребенок экстубирован, дыхательная недостаточность купирована, иктеричность кожных покровов и слизистых за период наблюдения уменьшилась на фоне проведенного интенсивного лечения, метаболические

изменения стабилизировались. На восьмые сутки состояние средней степени тяжести, отмечается положительная динамика как клинически, так и лабораторно. Учитывая стабильное состояние, отсутствие потребности в респираторной поддержке, стабильную гемодинамику, для дальнейшего наблюдения и лечения ребёнок благополучно переводится в отделение патологии новорожденных.

**Выводы:**

1. В представленном клиническом развилась тяжелая гемолитическая болезнь, индуцированная цефтриаксоном.
2. Факторы, снижающие способность альбумина прочно связывать НБ: недоношенность, гипоальбуминемия, ацидоз, инфекции, гипоксия, гемолиз и лекарственные препараты, такие как: фуросемид, диазепам и цефтриаксон. [2]
3. Цефтриаксон вытесняет билирубин из альбумина и увеличивает риск развития ядерной желтухи. [3]
4. Эпидермальный стафилококк является наиболее частой причиной внутрибольничного сепсиса у новорожденных. Эмпирическая терапия должна включать ванкомицин в сочетании с аминогликозидом. [3]
5. Пока антитела матери не исчезнут из крови ребенка и его эритроциты не перестанут разрушаться ему приходится производить переливание крови неоднократно. [4]
6. Диагноз гемолитической болезни новорожденного ребенку был выставлен на основании клинических проявлений и лабораторных показателей. Течение заболевания было типичным для гемолитической болезни новорожденного, но осложнилось применением антибактериальной терапией. Скорость прироста билирубина и клиническая картина была такова, что потребовалась операция заменного переливания крови. Своевременная интенсивная терапия в отделении реанимации новорожденных позволила снизить темп прироста гипербилирубинемии и добиться благоприятного исхода для новорожденного.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Shabalov N.P Neonatologiya v 2 tomah. 6-e izdanie. Moskva 2019g. Tom2 p. 142.
2. R.Rooz, O. Gentsel-Borovicheni, G.Prokittle Neonatologiya, Prakticheskie rekomendatsii 2011g. p.351
3. Richard A. Polin, Alan R. Spitzer, Third edition ,2013 Fetal and Neonatal secrets. p 328-329
4. Richard A. Polin, Alan R. Spitzer, Moskva 2016, Sekretyi neonatologii i perinatologii. p. 358.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ТЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИИ В ПЕДИАТРИИ

*А.Ш. Налибаев<sup>1</sup>, М.Ж.Калиакбарова<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Научный центр педиатрии и детской хирургии*

*Отделение реанимации, интенсивной терапии и анестезиологии кардиохирургии*

*<sup>2</sup> Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова*

*Алматы, Казахстан*

**Актуальность.** В настоящее время гипергликемия является частым и распространенным явлением у детей в послеоперационном периоде после коррекции врожденных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения (ИК), развивается в 90% случаев и вызывается медиаторами воспаления и эндогенных гормонов стресса. Дети, перенесшие открытые операции в условиях ИК, часто получают пери- и интраоперационно глюкокортикоиды для ослабления системной воспалительной реакции и как следствие развивается гипергликемия. Отмечается высокая распространённость гипергликемии, особенно в группе с ИК<sup>[6]</sup>. Несмотря на частоту развития гипергликемии у кардиохирургических пациентов, данный вопрос остается актуальным.

**Цель исследования.** Проведение анализа клинических показателей, у пациентов с врожденными пороками сердца на базе отделения реанимации и интенсивной терапии кардиохирургии (ОРИТА КХ) Научного центра педиатрии и детской хирургии г. Алматы. Для определения взаимосвязи между гипергликемией и течением послеоперационного периода.

**Материалы и методы.** На первом этапе исследовательской работы нами был проведен литературный обзор из базы данных Pubmed. При поиске статей использовались ключевые слова: hyperglycemia, cardiac surgery, children, intensive care. Были проанализированы статьи за последние 10 лет.

На следующем этапе нами был проведен ретроспективный анализ 117 историй болезни пациентов с врожденными пороками сердца, поступивших в реанимационное отделение кардиохирургии. В исследование были включены все дети, перенесшие радикальное и паллиативное лечение ВПС с января 2021 года по январь 2022 года. Критерии включения были определены: пациенты с верифицированными диагнозами «Врожденный порок сердца (ВПС). Транспозиция магистральных сосудов (ТМС)», «ВПС. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП)», «ВПС. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП)», «ВПС. Атрезия легочной артерии (АЛА)», «ВПС. Тетрада Фалло (ТФ)», «ВПС. Единственный желудочек сердца (ЕЖС)», «ВПС. Тотальный аномальный дренаж легочных вен (ТАДЛВ)», «ВПС. Двойное отхождение магистрального сосуда (ДОС)», женского и мужского пола, от 1 дня жизни до 2-х лет. Полученные данные прошли статистическую обработку в Microsoft Excel.

Уровень глюкозы крови определялся в предоперационный период, в начале и в конце операции, через 12 и 24 часов после операции. За гипергликемию взято значение 10 ммоль/л, а тяжелая гипергликемия определялась при уровне глюкозы крови - 12 ммоль/л или выше.

**Результаты и обсуждение.** Среди пациентов мужского пола составило n= 62 (53%), а женского пола n = 55 (47%). Пациенты были подразделены на 4 возрастные группы: 0-7 дней, 7-30 дней, 1 месяц - 1 год, старше 1 года. Распределение пациентов по возрасту выглядело таким образом: основную долю составила возрастная категория 1 мес.-1 год - 70 пациентов.

Средний вес составил  $6,68 \text{ кг} \pm 1 \text{ кг}$ . Среди врожденных пороков сердца лидирующим диагнозом является дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - 46 пациентов - 39,3%.

Операции проводились в плановом порядке в условиях ИК и контролируемой гипотермии. У всех детей проводилась кардиоплегическая остановка кустодиолом из расчета 50 мл/кг, все выжили. Среднее время ИК составило 104 минуты  $\pm 2$  минуты. До ИК всем осуществлялась гепаринизация под контролем активированного времени свертывания (АСТ). Интраоперационно ИК проводилась в условиях гипотермии до 20°C. В послеоперационном периоде все дети получали инотропную поддержку из расчета: дофамин 4% - 5 мкг/кг/мин, адреналин 0,18% - 0,05 мкг/кг/мин, симдакс - 0,1 мкг/кг/мин. Дозировка инотропной поддержки изменялась в зависимости от показателей гемодинамики.

За средний уровень глюкозы крови для определения гипергликемии было взято значение 10 ммоль/л, на основании измерений по анализу кислотно-щелочного состояния. Результаты показали, что в предоперационном периоде гипергликемия отмечалась у 5 пациентов (4,3%), а в конце операции у 100 пациентов (85,5%), снижаясь до 12% через 12 часов и до 5% через 24 часа. Коррекция гипергликемии проводилась по показаниям путем болюсного введения инсулина. Гипогликемия терапия осуществлялась у 1% пациентов в первые 24 часа после операции. Коррекция инсулином интраоперационно не проводилась. Гипогликемия в предоперационном периоде отмечалась у 1% пациентов.

В наших протоколах лечения не предусмотрена предоперационная гормональная терапия, однако в зарубежных источниках младенцы в возрасте до 1 месяца получают метилпреднизолон 10 мг/кг внутривенно за 12 и 2 часа до операции<sup>[9]</sup>. В нашей клинической практике, гормональная терапия была как в интраоперационном (после индукции, после окончания ИК), так и в послеоперационном периоде дексаметазоном в дозировке 0,5 мг/кг.

В ходе обработки данных, не было отмечено статистической корреляции между гипергликемией и диагнозом или типом оперативного вмешательства. Гипергликемия, которая нормализовалась через 24 часа после операции, не влияла ни на количество дней на ИВЛ, ни на продолжительность пребывания в ОРИТА. Лишь пациенты с предоперационной гипергликемией и тяжелой гипергликемией в послеоперационном периоде дольше находились в отделении реанимации и нуждались в длительной ИВЛ.

Исходя из полученных данных, гипергликемия встречается почти всегда после операции на сердце у детей, но в значительной степени является временным явлением даже без медикаментозной коррекции. Нами не выявлена прямая взаимосвязь гипергликемии с тяжелым послеоперационным течением. Также это отмечается в других исследованиях, где не был обнаружен неблагоприятный долгосрочный исход в результате интраоперационной гипергликемии. В одном из крупных ретроспективных исследований, послеоперационная гипергликемия была связана с повышенной смертностью, но интраоперационная гипогликемия (4 ммоль/л) была более сильным предиктором неблагоприятного исхода. В другом крупном одноцентровом исследовании, авторы пришли к заключению, что идеальный уровень глюкозы для детей после сложной операции на сердце составляет 6,1 – 7 ммоль/л.

**Заключение.** Наше исследование показало, что гормональная терапия была основным фактором развития гипергликемии у детей, перенесших кардиохирургическое вмешательство. Чаше гипергликемия фиксировалась в конце операции и самостоятельно нормализовалась в течение 12-24 часов у большинства детей без развития послеоперационных осложнений. У наблюдаемых нами пациентов раневой инфекции не было.

Гипергликемия у детей в отделении интенсивной терапии имеет несколько механизмов развития, включая гормонально-опосредованное усиление глюконеогенеза и гликогенолиз, подавление транспортеров глюкозы со сниженным периферическим потреблением глюкозы скелетными мышцами и клетками печени<sup>[7]</sup>. Бета-клетки поджелудочной железы высокочувствительны к быстрым физиологическим изменениям, поэтому такие факторы как

гипотермия, применение вазопрессоров и глюкокортикоидов могут привести к дальнейшей дисфункции этих клеток с развитием гипергликемии. Также имеются данные о том, что дети более уязвимы, чем взрослые к дисфункции бета-клеток поджелудочной железы.

В настоящее время обсуждается, перевешивает ли потенциальный положительный эффект глюкокортикоидов у кардиохирургических пациентов его побочный эффект в виде гипергликемии. Помимо этого, причиной повышения уровня глюкозы возможно использование аппарата ИК, что доказывает данные исследования.

Таким образом, наше исследование показало, что гипергликемия не приводит к тяжелому послеоперационному течению, так как почти во всех случаях (94%) уровень глюкозы нормализовался в течение 24 часов в большинстве случаев без гипогликемической коррекции инсулином. Несмотря на небольшую выборку пациентов (n=117), послеоперационные осложнения не отмечались и предполагаемые положительные эффекты глюкокортикоидов перевешивают неблагоприятный эффект – ятрогенную гипергликемию.

## ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

*Турсунбаева Ф.Ф., Насирова У.Ф.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан*

**Актуальность.** Перинатальное поражение центральной нервной системы является одним из наиболее частых диагнозов в неонатологии и в детской неврологии. Существует острая необходимость в продолжении исследований, касающихся разработок и проверки инструментов клинического скрининга для выявления степени тяжести ППЦНС.

**Цель:** оценить неврологический статус у недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС с различной степенью тяжести.

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 81 недоношенных детей. Их них: в 1-ю (основную) вошли 41 детей с гестационным возрастом 33+6-34+6 недели, во 2-ю группу - 40 детей с гестационным возрастом 35-36+6 недель. Проведена оценка состояния нервной системы по шкале Томпсон «Оценка тяжести поражения ЦНС», согласно которой, новорожденные с баллами 1-10 имеют легкую степень, 11- 14 - среднюю степень, 15-22 балла - тяжелую степень перинатального поражения ЦНС.

**Результаты:** Установлено, что недоношенные в 1 группе набрали в среднем  $10,6 \pm 0,4$ , во 2 группе –  $8,83 \pm 0,4$  баллов ( $P < 0,001$ ). В зависимости от выявленных клинических признаков, выделены три группы по степени тяжести поражения ЦНС. Легкая степень поражения ЦНС наблюдалась чаще у новорожденных детей 2 группы 72,5%. Среднетяжелая степень достоверно чаще ( $P \leq 0,05$ ) регистрировалась в 1 группе. Тяжелая степень отмечалась у 4,8% недоношенных детей 1 группы, во 2 группе тяжелая степень поражения ЦНС не регистрировалась. У детей 1-й группы средний балл по шкале Томпсон по оценке мышечного тонуса составил  $1,97 \pm 0,02$  балла, что достоверно выше, чем во 2 группе –  $1,87 \pm 0,06$  ( $P \leq 0,05$ ) балла. У недоношенных обеих групп в большинстве случаев отмечался гипотонус, который в 1 группе встречался в 95,1% случаях, а во 2 группе в 87,5%. Уровень сознания у детей 1 группы составил  $1,4 \pm 0,1$ , а во 2 группе -  $1,0 \pm 0,1$  ( $P \leq 0,05$ ). Судороги в 1-й группе составляли  $0,13 \pm 0,05$  и во 2 группе -  $0,10 \pm 0,04$  балла ( $P \leq 0,05$ ). Наиболее низкие средние баллы физиологических рефлексов отмечались у недоношенных 2-й группы, по сравнению с показателями 1 группы. По критериям оценки дыхания, средний балл в 1-й группе составил  $2,11 \pm 0,13$  баллов против  $1,28 \pm 0,2$  баллов во 2-й группе ( $P \leq 0,05$ ). Средние баллы по состоянию родничка составили в 1-й и во 2-й группах  $0,95 \pm 0,05$  и  $0,92 \pm 0,04$  баллов.

**Вывод.** Таким образом, нами установлено, что шкала оценки тяжести поражения ЦНС Томпсон обеспечивает раннюю диагностику степени тяжести ППЦНС и даёт возможность прогнозирования течения заболевания и формирования оптимальной тактики ведения больных новорожденных.

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С «ПОЗДНЕЙ НЕДОНОШЕННОСТЬЮ» В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

*Ходжамова Н.К., Очилова Ш.М., Тошова К.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Проблема рождения поздних недоношенных детей не теряет своей актуальности, поскольку у таких новорожденных остаются высокими заболеваемость и перинатальная смертность.

**Цель исследования:** изучить особенности состояния здоровья у детей с «поздней недоношенностью» в возрасте до 1 года

**Материалы и методы:** Нами было проведено клиническое исследование «поздних недоношенных детей - родившихся в срок 34 и 37 недель гестации на базе РПЦ и семейной поликлиники №30 г. Ташкента. Для выполнения поставленных задач было обследовано 80 детей с периода новорожденности до 1 года: из них основную составили – 60 поздних недоношенных детей, контрольную группу составили - 20 доношенных практически здоровых новорожденных детей.

Сбор данных проводился на основании результатов клинического и лабораторного обследования по специально разработанной карте с использованием стандартных учетных форм.

**Результаты исследования:** С целью изучения состояния здоровья нами проведен анализ уровня заболеваемости за первый год у поздних недоношенных детей. Рассмотрена динамика заболеваемости у поздних недоношенных детей по основным классам болезней.

Результаты наших исследований показали, что наибольший удельный вес патологии детей на первом году жизни представлен заболеваниями нервной системы. Среди них отмечается высокая распространенность перинатальных поражений нервной системы. Перинатальная патология во многом обуславливает формирование инвалидизации и снижение качества жизни детей. Исходы перинатального поражения нервной системы лишь в 20—30% случаев заканчиваются выздоровлением. Частота встречаемости болезней нервной системы у детей на первом году жизни  $58,3 \pm 3,8\%$  превосходит таковую у детей контрольной группы  $20,0 \pm 3,5\%$  ( $P < 0,001$ ).

Заболевания органов дыхания (пневмония, ОРВИ, бронхит, фарингит, назофарингит, синусит, ринит и др.) в структуре заболеваемости занимают второе место, почти в 1,5 раза превосходя распространенность болезней этого класса среди поздних недоношенных детей  $46,7 \pm 2,7\%$ , чем доношенных детей контрольной группы  $30,0 \pm 3,2\%$ ; ( $P < 0,001$ ). Среднее количество случаев зарегистрированных ОРЗ на 1 году жизни достоверно выше в основной группе, чем в группе контроля. Эта особенность объясняется, на наш взгляд, низкими показателями иммунологической реактивности поздних недоношенных детей.

Частота болезней крови и кроветворных органов (анемии различной этиологии, поздняя геморрагическая болезнь и др.) среди детей основной группы составила  $36,6 \pm 2,5\%$ , в контрольной группе —  $10,0 \pm 1,8\%$  ( $P < 0,001$ ). Данная патология чаще всего связана с недостаточным поступлением в организм ребенка необходимых веществ при искусственном вскармливании.

Расстройства питания (белково-энергетическая недостаточность, задержка развития, обусловленная белково-энергетической недостаточностью, гипокальциемия, гиповитаминозы, рахит и др.) встретились у поздних недоношенных детей на первом году жизни в  $25,3 \pm 2,8\%$  случаев, а в контрольной группе — встречалась у 2 детей в виде рахита в  $10,0 \pm 1,8\%$  случаях ( $P < 0,05$ ).

Заболевания органов пищеварения (диспепсия, грыжи, запоры, функциональная диарея и др.) в структуре заболеваемости детей основной группы первого года жизни оказались на одном из последних мест —  $21,0 \pm 1,9\%$ .

**Выводы:** Таким образом, в структуре заболеваемости поздних недоношенных детей в возрасте до одного года наиболее частыми оказались болезни нервной системы и органов дыхания. По всем нозологическим группам заболеваний у детей основной группы отмечалось достоверное различие с контрольной группой. Высокая частота перинатальных поражений ЦНС и дыхательных нарушений в неонатальном периоде оказывают негативное влияние на показатели распространенности болезней нервной системы и органов дыхания на первом году жизни.

## ДОСТОВЕРНОСТЬ СКРИНИНГА МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ГЕ- СТАЦИОННОГО СРОКА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДОППЛЕРА.

*Шукурлаева Ш.Ж., Хотамова М.Т.*

*Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сино,  
г. Бухара, Республика Узбекистан*

**Цель исследования** – достоверность скрининга маловесных детей для гестационного срока с помощью метода Допплера.

Одной из основных причин перинатальных осложнений, смертности и последующих неврологических заболеваний является нарушение роста плода. Так как маловесные дети могут быть и генетически маленькими, очень важно иметь точные диагностические методики. Определена достоверность измерения методом Допплера кровотока в артерии пуповины при сроке беременности в 28 и 34 недель. Обследовано 400 женщин в целях прогнозирования рождения маловесных детей и новорожденных с нарушением массо-ростового индекса. Чувствительность метода оказалась низкой (от 16,9 до 41,7%). Прогностическая ценность отрицательного скринингового теста оказалась неудовлетворительной.

**Вывод:** Таким образом, исследование кровотока в артерии пуповины методом Допплера в сроки беременности 28 и 34 недель не является информативным для диагностики и прогнозирования нарушений развития плода. Однако, отрицательные результаты не должны обесценивать данный метод как средство диагностики и прогнозирования дистресса плода при беременности высокого риска.

## ПУТИ СНИЖЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИКРЕПЛЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

*Аксултанова А.А., Елемесова Д.О., Ахатаева А.А. Галицкая Т.Н.  
Город Нур-Султан, НАО «Медицинский Университет Астана»*

**Актуальность:** Проблема акушерских кровотечений является одним из самых серьезных осложнений в акушерской практике. Кровопотеря и риск развития кровотечения выше при родоразрешении путем операции кесарева сечения по сравнению с родами через естественные родовые пути. Одной из серьезнейших причин массивных интраоперационных кровопотерь является наличие патологической плацентации у беременной женщины.

В акушерстве существуют различные способы лечения уже возникшего кровотечения во время операции, однако очень важным моментом является внедрение методов профилактики данного осложнения. С этой целью, нами предлагается распространить использование метода механической транзиторной ишемии матки во время оперативного вмешательства при патологии плаценты.

**Цель:** снизить объем интраоперационной кровопотери и улучшить исход оперативного вмешательства у женщин с патологическим прикреплением плаценты с помощью метода механической транзиторной ишемии матки.

**Задачи:** -определить преимущества предлагаемого метода во время операции и в послеоперационный период.

- оценить безопасность и простоту применения механической транзиторной ишемии матки.
- оценить риск тромбоэмболических осложнений при использовании данного метода.

**Материалы и методы:** На базе Перинатального центра МГБ№3 транзиторную механическую ишемию матки проводят с помощью наложения жгута в виде катетера Фоллея на внутренний сегмент матки с захватом её связок и проходящих в них сосудов после извлечения плода. Захват маточных и яичниковых сосудов осуществляется на матке одновременно без создания искусственных отверстий в широкой связке матки.

Для исследования нами были отобраны 20 историй женщин с патологией плаценты в диагнозе, в период с августа 2021 года по февраль 2022 года.

Были сформированы две группы по 10 историй в каждой – основную группу составили женщины которым применялся метод наложения жгута при оперативном вмешательстве.

В группу сравнения вошли женщины, которым применялись другие виды гемостаза.

Все женщины были сопоставимы по возрасту, по наличию экстрагенитальных заболеваний, имели высокий риск кровотечения и патологию плаценты в диагнозе, а так же хирургические вмешательства в анамнезе.

Всем женщинам проводился забор крови до операции и через 24 часа послеоперационного периода.

Во время операции кровопотеря оценивалась с помощью гравиметрического метода, подсчета салфеток и на основании показателей крови после операции по формуле Нельсона.

**Результаты:** В результате проводимого исследования выяснилось, что общая кровопотеря во время операции у женщин из основной группы в 1,2 раза меньше, чем общая интраоперационная кровопотеря у пациенток из группы сравнения. Объем кровопотери у рожениц, которым

проводилась временная механическая ишемия матки составил 81,5% от общей кровопотери женщин, которым данный метод не применялся.

До операции показатели крови у женщин из двух групп были соизмеримы между собой. Через 24 часа после кесарево сечения показатели гемограммы у женщин из группы сравнения снизились более значительно, чем у женщин из основной группы, что подтверждает большую интраоперационную кровопотерю.

Сравнительные показатели коагулограммы до и после операции свидетельствуют о том, что у женщин, которым применялась временная механическая ишемия матки риск тромбоэмболических осложнений минимальный.

**Вывод:** Резюмируя проведенное исследование, мы пришли к заключению, что

-данный метод механической транзиторной ишемии матки технически прост в применении, безопасен и экономически выгоден

-снижает объем общей кровопотери во время операции у женщин с патологическим прикреплением плаценты;

-не повышает риск тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде;

-может использоваться не только как метод профилактики кровотечения, но и как способ остановки развившегося маточного кровотечения.

-снижение объема интраоперационной кровопотери благоприятно влияет на послеоперационный период у женщины, может привести к более раннему улучшению состояния и сокращению проведенных койко-дней в стационаре.

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ.

*Әлибек З.А., Святова Г.С., Муртазалиева А.В.  
АО “НЦАГиП”, Г.Алматы, Казахстан*

**Актуальность.** Синдром Шерешевского-Тернера – является хорошо изученным хромосомной патологией с частотой – 1:2000-1:2500 живорожденных девочек. Хромосомные аномалии при данном синдроме проявляются в виде отсутствия одной из двух хромосом X: делеции части одной хромосомы X или транслокации в пределах одной хромосомы X, также возможны различные мозаичные варианты, когда хромосомный набор частично сохранен [1].

Клинические проявления синдрома Тернера - многообразны. Частыми клиническими проявлениями являются: низкий рост, дисгенезия гонад и врожденные аномалии различных органов. Коррекция внешних аномалий проводится в случае значимого косметического дефекта (крыловидная складка шеи) или при нарушении функции органа (выраженный птоз) [1]. Одну из самых главных проблем – низкорослость, решают с помощью терапии гормонами роста с раннего детства. Отсутствие собственного пубертатного развития характерно для пациенток с СШТ, хотя у 30% девочек, преимущественно с мозаичным вариантом кариотипа, может отмечаться частичный собственный пубертат, и у единичных пациенток возможна самостоятельная беременность [2]. В остальных случаях женщины с синдромом Тернера – бесплодны и только при использовании донорской яйцеклетки могут забеременеть [3].

Но несмотря на разнообразия клинических проявлений, качество жизни и прогноз ребенка с синдромом Шерешевского-Тернера достаточно благоприятный.

Однако, встречаются случаи с тяжелыми клиническими проявлениями данного синдрома. И в данной статье описан клинический случай у новорожденной с синдромом Тернера со множественными врожденными пороками развития из Атырауской области.

**Цель исследования:** актуализировать сведения о синдроме Тернера, описать клинический случай тяжелого проявления этого заболевания.

### **Клинический случай**

Пробанд ♀, на момент осмотра 10 месяцев, от 3 беременности: на фоне выраженного маловодия, СЗРП, анемии. От 2 срочных родов в сроке 37-38 недель. Вес при рождении - 2646,0 грамм, рост – 49,0 см, с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. До 14 суток находилась в ОРИТН с диагнозом: МВПР. ВПР ССС. ДМПП. ДМЖП. ОАП, умеренный клапанный стеноз легочной артерии. ВПР ЖКТ. Эктопия ануса.

Была переведена в детскую больницу на 24-е сутки жизни с диагнозом: некротическая флегмона подключичной области справа.

На УЗИ в сроке 19 недель было выявлено - расширение «Сильвиева водопровода» в головном мозге плода. В сроке 29 недель - множественные врожденные пороки развития: ВПР ЦНС. Арахноидальная киста в средней черепной ямке. Комбинированный ВПР ССС у плода: крупный перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки. Декстрапозиция аорты, не исключается двойное отхождение магистральных сосудов из правого желудочка сердца плода, дилатация правого предсердия, персистирующая левая верхняя полая вена, гипертрофия миокарда желудочков сердца плода, умеренный перикардит. Маловодие.

**Семейный анамнез.** Матери пробанда – 29 лет, со слов соматически здорова. Отцу пробанда – 35 лет, со слов соматически здоров. Старшая сестра - 8 лет, здорова.

**Фенотипически:** на момент осмотра рост – 63,0 см, вес – 4500,0 гр. БЭН 3 степени. Кожные покровы бледные, сухие, с участками атопического дерматита, чешуйками, расчесами. Короткая шея, утолщенная шейная складка, плоское переносье, низкорасположенные ушные раковины, поперечная ладонная складка, широкое пупочное кольцо, пупочная грыжа.

Кариотип: 45, X0 – моносомия по X-хромосоме, простая форма (г. Алматы, «ЦММ»).

В феврале семья была консультирована в НЦПидХ, где были направлены на госпитализацию по порталу на дообследование и лечение.

При мультидисциплинарном обследовании специалистов были выставлены следующие диагнозы: синдром Шерешевского-Тернера. ВПР ССС. Вторичный ДМПП. Киста прозрачной перегородки, умеренная гидроцефалия. Гипертензионный синдром. Синдром мышечной дистонии. ЗПМРР. ВПР ЖКТ. Атрезия ануса с ректопромежностным свищем. Пупочная грыжа. Ихтиоз связанный с X-хромосомой.

В настоящий момент ребенку 1 год, находится на паллиативном лечении, так как имеются опасения неблагоприятного исхода при оперативном вмешательстве.

**Заключение:** Случай, описанный в данной статье, показывает, что синдром Тернера может иметь также и тяжелое течение. Проблематичным вопросом является то, что тяжесть и течение синдрома Тернера нельзя спрогнозировать пренатально. Поэтому стоит помнить не только о благоприятном течении данного синдрома, но и то, что он может быть сочетанным со множественными пороками развития и иметь неблагоприятный исход.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. [https://pediatrajournal.ru/files/upload/mags/299/2009\\_4\\_2461.pdf](https://pediatrajournal.ru/files/upload/mags/299/2009_4_2461.pdf)
2. <https://www.endocrincentr.ru/sindrom-shereshevskogo-ternera>
3. [https://umedp.ru/articles/sindrom\\_ternera\\_pervichnaya\\_ovarialnaya\\_nedostatochnost.html](https://umedp.ru/articles/sindrom_ternera_pervichnaya_ovarialnaya_nedostatochnost.html)

## ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИНЫ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН С COVID-19.

*Амангелді Қ.М.*

*Научный руководитель: Галицкая Т.Н.*

*НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан*

**Актуальность:** Среди возможных рисков развития осложнений после перенесенной инфекции COVID-19 в отечественной и зарубежной литературе отмечены послеродовые кровотечения. Инфицирование SARS-CoV-2 вызывает ряд патофизиологических реакций, значительно влияющих на систему гемостаза. Физиологические изменения в иммунной, сердечно-сосудистой и дыхательной системах, состояние гиперкоагуляции при беременности, предполагают большую уязвимость по отношению инфекции COVID-19, что может привести к коагулопатии в акушерстве, как причина массивных кровотечений. Массивные акушерские кровотечения в послеродовом периоде возникают по причине гемокоагуляционных нарушений, как следствие срыва компенсации в системе гемостаза, развившейся на фоне акушерской и экстрагенитальной патологии. При диагностике ДВС-синдрома большое значение имеет информация об исходном состоянии женщины, когда может иметь место влияние сопутствующей патологии на гемостатические показатели.

Проблема кровотечений в акушерстве, по-прежнему, остается нерешенной. Из тех женщин, которым удается сохранить жизнь, многие лишаются дальнейшей репродуктивной функции, вследствие радикальных хирургических вмешательств.

**Цель исследования:** Изучить факторы риска и механизмы развития акушерских кровотечений в родах у женщин с COVID-19. Рассмотреть методы родоразрешения и объёмы оперативных вмешательств.

**Материалы и методы исследования:** Материал исследования: истории родов на базе многопрофильной городской больницы №3 города Нур-Султан.

Методы исследования: ретроспективный анализ причин массивных кровотечений у женщин с COVID-19. Отобраны истории родов 6 женщин, подробно изучено история болезни, история родов, акушерско-гинекологический анамнез, возраст, сопутствующая экстрагенитальная патология, исходы через комплексную медицинскую информационную систему (КМИС).

### **Результаты исследования:**

По Перинатальному центру №3 г. Нур-Султан прошло 18 случаев оргоуносящих операций, из них 6 случаев у COVID-19 инфицированных пациентов, что составляет 33,3%. Все женщины повторнородящие. Коронавирусная инфекция во всех случаях: 4 случая средней степени, 2 случая тяжелой степени. Степень неблагоприятного исхода может зависеть от акушерских и экстрагенитальных заболеваний каждой отдельной женщины.

Было установлено, что 66,6% родильниц, изученных нами, имели анемию, 50% заболевании почек, 33,3% эндокринной заболевании, в 50% женщин заболевания органов дыхания, гестационный сахарный диабет 16,6%, тромбоцитопения 16,6%.

Возраст родильниц, включенных в исследование, составляет от 30 до 44 лет: 30-39 лет – 5 родильниц, старше 40 – 1 родильница.

По срокам беременности распределились следующим образом: до 37 недель 3 – 50%, более 37 недель 3 – 50%.

Роды через естественные родовые пути – 1 случай (16,6%), коорый был осложнен на 9 сутки коагулопатическим кровотечением. Путем кесарева сечения – 5 случаев (83,3%).

Плановое кесарево сечение – 3 (60%), показаниями явились предлежание плаценты, плацентарное нарушение плода, ЭКО индуцированная беременность.

Экстренное кесарево – 2 (40%) по поводу ПОНРП сопровождались перинатальными потерями в обоих случаях.

Операционный и послеродовой (послеоперационный) периоды были осложнены коагулопатическим кровотечением с признаками ДВС синдрома в 5 случаях, истинное приращение – 1 случай, из них релапаротомии проводилась в 2 случаях, лапаротомия в 1 случае.

Объем оказанного хирургического гемостаза по 6 случаям:

экстирпация матки + лигирование ВПА слева и справа в 6 случаях, по поводу неэффективности перевязки маточных артерий по О'Лири и наложения компрессионных гемостатических швов на матку в 4 случаях.

Размах объема общего кровотечения у рожениц варьировал от 1700 до 2500 мл.

Все 6 беременных женщин получили низкомолекулярный гепарин – клексан 0,4 п/к с клиренсом креатинина 30 мл/мин до родов и продолжили после родов по поводу основного заболевания COVID-19.

Нас интересуют все случаи изменения гемостаза: гиперфибриногенемия повышение уровня Д-димера, удлинение протромбинового времени, снижение количества тромбоцитов, лимфоцитов и лейкоцитов, повышение содержания интерлейкина 6, ферритина отмечается не у всех пациентов с инфекцией COVID-19. Механизмы развития массивных кровотечений могут носить дифференцированный характер. Основные факторы по нашим случаям: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты с приращением, атония матки на фоне COVID-19 и экстагенитальной патологии. В акушерстве, в связи с осложненным течением беременности, родов и послеродового периода, наиболее часто возникают условия для формирования активирующих триггеров, при которых физиологическая адаптация свертывания крови может существенно нарушаться и вызывать срыв компенсации гемостатической функции крови (предлежание, ПОНРП) и возможные сложности применения антикоагулянтной терапии при COVID-19 во время беременности.

Сразу несколько групп исследователей указали, что коагуляционный профиль у пациентов с COVID-19 отражает выраженную гиперкоагуляцию, но не коагулопатию потребления или ДВС. И все же характерна нестабильность гемостаза и возможность спровоцировать геморрагические осложнения, к примеру, хирургическим вмешательством (показания со стороны беременной и показания со стороны плода).

В акушерстве возникновение массивных акушерских кровотечений возможно при переходе II фазы ДВС в III при гестозе (по старой классификации), осложнившимся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что характерна для нашей исследуемой группы (2 случая ПОНРП).

Как и в наших исследуемых группах в дебюте заболевание была гиперфибриногенемия, однако в следствии присоединения инфекционного процесса, который мы видим по данным СРБ и симптоматике описанных в историях болезни, процесс перешел в ДВС уже во время операции и после родов как следствие массивное кровотечение, с последующей оргоуносящей операцией.

**Выводы:** Исследование доказало что COVID-19 при беременности связано со значительно высоким риском тяжелых осложнений, как в нашем случае – ПОНРП ,послеродовые массивные кровотечения.

Беременные с COVID-19 значительно хуже переносят акушерские кровотечения, взаимно осложняя друг друга, они на порядок повышают риск материнской смертности.

При COVID-19 активация свертывающей системы происходит значительно раньше, повышая риск тромбогеморрагических осложнений, из числа 6 случаев разбора коагулопатическое кровотечение с признаками ДВС-синдрома встречается 4 случая – исход потеря репродуктивной функции. Высокий риск коагулопатии отмечается у женщин с патологиями такими, как анемия, гестационный диабет, ожирение, заболевания почек, гестационная тромбоцитопения.

## КОРОНОВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯМЕН ГЕМОГЛОБИНИ ТӨМЕН ЖҮКТІ ӘЙЕЛЕРДІҢ АУЫРУ ЖИІЛІГІ.

*Амирбекова Ж.Т., Аяпберген С.С., Исмаилова К.К., Сапарбекова Ж.С.*

*Ғылыми жетекші: Жылқайдар Г.М.*

*Қарағанды Мемлекеттік Университеті, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы*

**Кіріспе.** Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша темір тапшылығы анемиясы диагнозы қойылған жүкті әйелдердің саны жыл сайын 20 миллионға жетеді. Көптеген елдерде темір тапшылығы анемиясының деңгейін төмендетуге бағытталған алдын алу бағдарламалары ұйымдастырылған, бірақ осыған қарамастан, темір тапшылығы анемиясының деңгейі төмендемейді, керісінше, оның 12 есе ұлғаю үрдісі байқалады. Темір тапшылығы анемиясының маңызы барлық жүйелер мен органдардың жұмысына, сондай-ақ жүктілікке, босануға, босанғаннан кейінгі кезеңдерге және ұрыққа теріс әсер етеді. [1]

Жүкті әйелдердегі қандағы гемоглобиннің мөлшері өте маңызды, себебі жүктілік кезінде темірге деген қажеттілік артады, ал организмге түсетін темірдің мөлшері бұл қажеттілікті жауып үлгермейді. Гемоглобиннің I және III-ші триместрде 110 г/л-ден аз және II-ші триместрде 105 г/л-ден аз төмендеуін жүктілік гемодилюциясымен ғана емес, сонымен қатар темір тапшылығымен байланысты патологиялық деп санаған жөн. [2]

Жүктілік кезінде ағзада пайда болатын иммундық, жүрек-тамыр және тыныс алу жүйелеріндегі өзгерістер тұмаудың және басқа да респираторлық вирустық инфекциялардың, соның ішінде коронавирустық инфекцияның (COVID-19) жоғары қаупін тудырады. Сонымен қатар, коронавирустық инфекция жүктілік патологиясын едәуір күшейтеді. Коронавирустық инфекция эритроциттердің жойылуын және анемияның пайда болуына әсер етуі мүмкін. Керісінше, анемия - коронавирустық инфекцияның ауыр ағымына әкелуші факторлардың бірі болып саналады. [3]

Халықаралық ғалымдар тобы анемия мен темір метаболизмінің биомаркерлерін бағалау үшін жүйелі шолу және мета-анализ жүргізді. [4] Авторлар 189 зерттеудің мета-анализіне 57 563 коронавирустық инфекциямен ауырған пациенттердің деректерін енгізді. Барлық жастағы коронавирустық инфекциямен ауырған пациенттерде гемоглобин мен ферритиннің біріктірілген орташа деңгейі 129,7 г/л құрады, гемоглобин деңгейі егде жастағы пациенттерде, қант диабеті, артериялық гипертензиясы және басқа да қосалқы аурулары бар адамдарда, сондай-ақ қарқынды терапия және реанимация бөлімшелеріне жатқызылған пациенттерде төмен болды.

**Зерттеу мақсаты.** Біздің жұмысымыздың мақсаты – гемоглобині төмен жүкті әйелдердің коронавирустық инфекциясының жиілігін анықтау.

**Материалдар мен әдістер.** Біз Саран қаласының орталық ауруханасында жүктілік бойынша есепте тұрған жүкті әйелдердің 230 медициналық картасын зерттедік. Медициналық карталар кездейсоқ таңдап алынды. Қосу критерийі болып коронавирустық инфекциямен ауыратын әйелдер және олардың алғашқы тексерудегі жалпы қан талдауы нәтижелері болды.

Жүкті әйелдердің деректерін зерттеу кезінде мынадай факторлар ескерілді: жүктілік мерзімі, әйелдердің жасы, жүктілік паритеті, жүктілікке дейінгі контрацепция түрлері, экстрагенитальды аурулар, дене салмағының индексі, емдеу мақсатында қандай препараттар алғаны.

Нәтижелерді статистикалық өңдеу Windows операциялық ортасында Microsoft Excel 2007 стандартты пакеттерін қолдана отырып жүргізілді

**Нәтижелері.** Біз зерттеген жүкті әйелдердің арасында I триместрде (0-13 апта) – 59 әйел, II триместрде (14-27 апта) – 132 әйел, III триместрде (28-40 апта) – 39 әйел бар. Жүкті әйелдердің

жасы 20-дан 39 жасқа дейін: оның ішінде 169 әйел – 20-дан 29 жасқа дейін, 51 әйел – 30-дан 39 жасқа дейін. 230 әйелдің 65-і ғана прегравидарлық дайындықтан өткен.

Жүктілікке дейін 125 әйелде барьерлік контрацепция, 26 әйелде жатыршілік контрацептивтер, 31 әйелде гормоналды контрацепция, 48 әйелде жыныстық қатынас ұзу арқылы қорғанған. Жүкті әйелдердің медициналық карталарын зерттеу кезінде 124 әйелдің темір тапшылығы анемиясынан басқа қатар жүретін аурулары бар екендігі анықталды, мысалы: созылмалы пиелонефрит – 44, созылмалы гастрит – 30, миопия – 24, созылмалы артериялық гипертензия – 12, гестациялық артериялық гипертензия – 9, аяқтың варикозды тамырлары – 5. Жүктілік бойынша Д-есепке қою кезінде дене салмағының индексіне назар аударылды. 230 әйелдің 17-інде дене салмағының тапшылығы (ДСИ<18,5), 179 әйелде – норма (ДСИ 18,5-24,9), 15 әйелде артық дене салмағы (ДСИ 25,0-29,9), 8 әйелде – бірінші дәрежелі семіздік (ДСИ 30,0-34,9), 11 әйелде – екінші дәрежелі семіздік (ДСИ 35,5-39,9) дәрежелері анықталды.

Қанның жалпы талдауында бастапқы зерттеуде гемоглобин көрсеткіші 168 әйелде норма шегінде (110 г/л жоғары), 62 әйелде нормадан төмен. 46 әйелде гемоглобин көрсеткіші 109-100 г/л шегінде, 16 әйелде 99-70 г/л шегінде, 70 г/л-ден төмен көрсеткіштер ешкімде анықталған жоқ. Жүкті әйелдерде коронавирустық инфекциямен ауырған кезде жалпы қан анализінде гемоглобин көрсеткіші 153 әйелде норма шегінде (110 г/л-ден жоғары), 77 әйелде нормадан төмен (110 г/л-ден төмен).

56 әйелде гемоглобин көрсеткіші 109-100 г/л шегінде, 21 әйелде 99-70 г/л шегінде, 70 г/л төмен көрсеткіштер ешкімде анықталған жоқ. Гемоглобині төмен барлық әйелдер амбулаториялық деңгейде тексерілді, жалпы қан анализі бойынша тиісті диагноз қойылды, анемияға қарсы терапия тағайындалды. Анемияны емдеу үшін әйелдер Ранферон12, Гинотардиферон, Феркайл, Тотема, Феррум лек, Мальтофер, Ферлатум фол сияқты препараттарды қабылдады.

**Қорытынды.** Коронавирустық инфекциямен ауыратын жүкті әйелдердің деректерін зерттеу кезінде гемоглобині төмен жүкті әйелдердің коронавирустық инфекциямен ауыру жиілігі анықталды. Төмен гемоглобині бар жүкті әйелдердің коронавирустық инфекциямен ауыру жиілігі 33% құрады, бұл төмен гемоглобині бар жүкті әйелдердің коронавирустық инфекциямен ауыру жиілігі төмен байланыста екенін білдіреді, яғни коронавирустық инфекцияның қан көрсеткіштерінің өзгеруіне әсер етуі дәлелсіз.

Жүктілік кезінде гемоглобиннің мөлшері төмендеуі мүмкін екенін есте ұстаған жөн, өйткені темірдің бір бөлігі өсіп келе жатқан ұрықты, плацентаны қамтамасыз етеді және оның өмірлік белсенділігін қамтамасыз етеді. Сондықтан коронавирустық инфекция және темір тапшылығы анемиясы бар жүкті әйелдер ерекше көзқарасты қажет етеді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Петров Ю.А., Горяева А.Э. Железодефицитная анемия у беременных.// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований № 5-1.2018г. 240-244бет.
2. Доброхотова Ю.Э., Бахарева И.В. Железодефицитная анемия беременных: профилактика и лечение. // РМЖ. Мать и дитя №2(1). 28.02.2018 г. 59-64 бет.
3. О.А. Громова, И.Ю. Торшин, Ю.О. Шаповалова, М.А. Курцер, А.Г. Чучалин. COVID-19 и железодефицитная анемия: взаимосвязи патогенеза и терапии. // Акушерство гинекология репродукция том 14 № 5. 2020 г. 644-655 бет.
4. Д.И. Трухан, С.Н. Филимонов, Н.В. Багишева. Клиника, диагностика и лечение основных гематологических и эндокринных заболеваний. // Новокузнецк. 2021 г. 70 бет.

## БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.

*Балтабек Г.Т., Маханов Ж.М., Майкутова Ж.Б., Балташева Н.Т.*

*Научный руководитель: Ажетова Ж.Р.*

*НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан*

**Актуальность:** По данным первой в истории совместной оценки показателей мертворождаемости, опубликованной ЮНИСЕФ, Всемирной организацией здравоохранения и Отделом народонаселения Департамента Организации Объединенных Наций по экономическим и социальным вопросам, почти 2 миллиона младенцев в год, рождаются мертвыми, что соответствует 1 мертворождению каждые 16 секунд.

Согласно Российским данным в 2020 году перинатальная смертность незначительно возросла за счет мертворождаемости, составив 7,25 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (в том числе 5,67 мертворожденных).

В Казахстане за прошлый год было зарегистрировано 10259 беременных инфицированных COVID-19 и болеющие пневмонией, что составило 5% из всего количества. В акушерском блоке МГБ №3 г. Нур-Султан за 2021 год было всего 5288 родов, из них 490 роды с COVID-19, мертворождений зафиксировано 35 случаев, из них 34 – антенатально, 1 случай интранатально.

**Цель исследования:** оценить влияние коронавирусной инфекции (COVID-19) на перинатальные исходы, а именно антенатальную гибель плода в акушерском блоке МГБ №3 г. Нур-Султан за 2021 год.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 34 историй мертворождений за 2021 год на базе акушерского блока МГБ №3 г. Нур-Султан. Беременные были разделены на три группы. 1 группу (основная) составили беременные перенесшие ПЦР подтвержденный COVID-19, 2-я группа беременные вероятно зараженные COVID-19 (2), 3-я группа беременные с отрицательным результатом ПЦР на COVID-19. Была разработана специальная анкета, согласно которой, проанализированы, анкетные данные, анамнез жизни, экстрагенитальные заболевания, акушерский анамнез, течение беременности по триместрам, заболевание коронавирусной инфекцией в зависимости от срока беременности, характер течения болезни, осложнения и исходы в зависимости от триместра беременности, полученное лечение. Анализированы исход и осложнения настоящей беременности.

**Результаты исследования и обсуждение:** Средний возраст в группах составил (основная) –  $30,6 \pm 2,5$  лет. Проведя анализ течения беременности были выявлены ПЦР подтвержденных случаев 63,6% (21), вероятно зараженные COVID-19 6,1% (2), с отрицательным результатом ПЦР на COVID-19 30,3% (10 случаев). Экстрагенитальные заболевания были выявлены во всех трех группах. Артериальной гипертензией страдали 15% (5) в основной группе. Пиелонефрит был выявлен у 10 человек (30,3%), из них у ПЦР подтвержденных 18,1% (6) беременных. Гипотиреоз был выявлен у 5 беременных 15%, из них у ПЦР подтвержденных в 12% (4) случаях, железодефицитная анемия в 78,8% (26) случаях, из них у ПЦР подтвержденных в 54,5% (18). Гестационный сахарный диабет был выявлен в одном ПЦР подтвержденном случае, что составило 2,9% (1). Ожирением страдали 18% (6) беременных, из них у ПЦР положительных 12% (4). Инфекции передающиеся половым путем выявлены в 60,6% (20), из них у ПЦР подтвержденных в 48,4% (16) и другие ЭГЗ составили 45,4% (15).

Доля оперативных родов составила 43,4% (14), из них ПЦР положительных 31% (10), самопроизвольные роды 57,6% (19), из них 39,4% (13) у ПЦР положительных.

По паритету родов повторнородящих 78,8% (26) случаев, из них 51,5% (17) у ПЦР положительных, первородящих 21,2% (17), из них 18,1% (6) составили беременных ПЦР положительные. Многорожавшие составили 9% (3) случаев, из них 2 случая (6%) у ПЦР подтвержденных беременных.

По патологии плода ЗВУР отмечались у 26,5% (9) беременных, из них в 23,5% (8) случаев у ПЦР подтвержденных. По осложнению беременности маловодие составило 23,5% (8), из них в 20,5% (7) ПЦР положительные беременных. Многоводие составило 8,8% (3), из них 5,8% (2) у ПЦР подтвержденных.

Преэклампсия была выявлена в 27,3% (9), из них 24,2% (8) случаев у ПЦР положительных беременных. ПОНРП составило 33,3% (11), из них 24,2% (8) беременные с ПЦР положительным результатом.

По сроку гестации от 22 недель до 33 недель 6 дней выявлено 67,7% (22), из них 44,4% (15) беременных с ПЦР положительным. От 34 недель до 36 недель 6 дней 17,6% (6), из них 11,7% (4) случая у ПЦР подтвержденных, от 37 недель и более 14,7% (5), из них 11,7% (4) случаев у ПЦР положительных беременных.

По характеру околоплодных вод: окрашенные кровью околоплодные воды были обнаружены в 33,3% (11) случаев, из них 21,9% (7) у ПЦР подтвержденных, меконий выявлен в 42,4% (14), из них у ПЦР положительных 36,2% (12), светлые воды в 24,3% (8), из них 12% (4) у ПЦР положительных.

По весу плода: менее 500 грамм 5,9% (2) случаев у ПЦР подтвержденных. От 500 грамм до 999 грамм – 38,2% (13), их них 23,5% (8) случаев у ПЦР положительных. От 1000 грамм до 1499 грамм 11,8% (4), из них 5,9% (2) с ПЦР положительным. От 1500 грамм до 1999 грамм 14,7% (5) у ПЦР положительных. От 2000 грамм до 2499 грамм 11,8% (4), из них 8,8% (3) случая ПЦР подтвержденных. От 2500 грамм и более 17,6% (6), из них 11,7% (4) у ПЦР положительных.

Дефект плаценты в 15,1% (5) случаев, из них 9% (3) у ПЦР положительных беременных.

Гистология плаценты во всех 21 случаях выявлены серозно-гнойный плацентит (виллузит, интервеллизит, базальный париетальный децидуит), острое расстройство плацентарного кровообращения в 67,7% (23) у ПЦР подтвержденных.

**Выводы:** Беременные женщины с COVID-19 по сравнению с женщинами без COVID-19 чаще рожают раньше срока и могут иметь повышенный риск мертворождения.

Инфекция COVID-19 была связана с более высокой частотой (и суммарной долей) преждевременных родов, преэклампсии, кесарева сечения и перинатальной смерти.

## ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ. КОРОНАВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯМЕН БАЙЛАНЫСТЫ КӨПТЕГЕН АҒЗАЛАР ДИСФУНКЦИЯСЫ БАР ЖҮКТІ НАУҚАСТА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬДЫ МЕМБРАНАЛЫ ОКСИГЕНАЦИЯНЫ СӘТТІ ҚОЛДАНУ.

*Жумекенова М.С. Кабдушева З.Б.*

*Ғылыми жетекшісі: кафедра доценті Шарипова Х.К.*

*«Астана медицина университеті» КЕАҚ №1 акушерлік және гинекология кафедрасы,  
Нұр-Сұлтан қ.*

**Өзектілігі:** Жүкті әйелдер мен босанған әйелдер коронавирустық инфекцияның ауыр ағымды қауіп топтарына кіреді, бұл ана мен ұрық үшін қолайсыз нәтижеге әкелуі мүмкін. Жүктілік кезіндегі тыныс алу жүйесінің физиологиясының өзгеруіне байланысты коронавирустық инфекция аясында пайда болған көп ағзалық дисфункцияны жүргізудің стандартты әдістері әрдайым қолданыла бермейді. Бұл мақалада COVID-19-мен байланысты көп ағзалық дисфункциясы бар жүкті әйелде экстракорпоральды мембраналық оксигенацияны қолданудың клиникалық жағдайы (ауыр жедел респираторлық стресс синдромы (PaO<sub>2</sub>/F iO<sub>2</sub> 94), азот шығару функциясының бұзылуымен бүйрек функциясының бұзылуымен бүйректің жедел зақымдануы), сондай-ақ уақтылы босандыру, бұл емдеу нәтижесінде қолайлы жағдайға әкелді.

**Түйінді сөздер:** коронавирустық инфекция COVID-19, жүктілік, босанғаннан кейінгі кезең, шұғыл кесарь тілігі, экстракорпоральды мембраналық оксигенация.

**Кіріспе:** Коронавирустық инфекция-бұл SARS-CoV-2 вирусымен шақырылған, әртүрлі клиникалық көрінулермен сипатталатын, асимптоматикалық ағымнан жедел респираторлық дистресс синдромына (ЖРДС) дейін, сонымен қатар ары қарай көптеген ағзаның дисфункция синдромының дамуымен сипатталатын жедел инфекциялық ауру. Коронавирустық пневмониямен ауыратын науқастарда жартысына жуығы респираторлық дистресс синдромын дамиды және бұл науқастардың 60% -дан 80% -ға дейін ОАРИТ жағдайында емдеуді қажет етеді. Жүкті әйелдер үшінші триместрде коронавирустық инфекцияны жұқтыру қаупі жоғары. Пациенттердің осы тобында ауру ағымының ауыр түрлерінің жиілігі, емдеуге жатқызу, өкпені жасанды желдету (ӨЖЖ) және экстракорпоральды мембраналық оксигенация (ЭКМО) қажеттілігі жоғары, сондай-ақ мерзімінен бұрын босану және жаңа туған нәрестелердің реанимация бөлімшесіне түсу қаупі артады. Жүкті әйелдерде ЭКМО қолдану сипаттамасы клиникалық жағдайлардың аз санымен шектеледі, өйткені бұл әдіс қан кету және/немесе тромбоздық асқынулар қаупін арттырады деп саналады. Дегенмен, белгілі бір жағдайларда ЭКМО қажеттілігі жоғары.

**Зерттеудің мақсаты:** коронавирустық инфекция фонында көп ағзалар функциясы бұзылған жүкті науқасты емдеу кезінде экстракорпоральды мембраналық оттегімен қамтамасыз ету технологиясын қолданудың тиімділігі мен қауіпсіздігін көрсету.

**Материалдар мен әдістер:** осы мақаланы жазу үшін экстракорпоральды мембраналық оттегімен қамтамасыз ету әдісінің тиімділігі мен қауіпсіздігін ретроспективті бағалау үшін COVID-19 фонында дамыған көп ағзалық дисфункциясы бар жүкті науқастың туу тарихының медициналық жазбалары пайдаланылды.

**Зерттеу нәтижесі:** Біздің ғылыми зерттеуде COVID-19 фонында дамыған көп ағзалық дисфункциясы бар босанған әйелде вено-венозды экстракорпоральды мембраналық оксигенация сәтті қолданылды. ЭКМО сәтті қолданылғаннан кейін Нұр-Сұлтан қаласы №2 қалалық

ауруханадан әйел қалыпты жағдайда шығарылды. Қазіргі уақытта Жанұя поликлинаикасында қаралады. Әйелдің де және баланың да жағдайы қазіргі уақытта қалыпты.

**Қорытынды:** қазіргі уақытта ауыр жағдайда жүкті әйелдерді емдеуде экстракорпоральды терапия әдістері нақты дәлелдемелік базаның болмауына байланысты шектеулі деңгейде қолданылады. Біз бұл клиникалық жағдайда жүкті, босанған әйелдерде ауыр жағдайда сәтті емдеу әдісі ретінде ЭКМО процедураларының қауіпсіздігі мен тиімділігін көрсетуге тырыстық.

## ЖАТЫР МОЙНЫ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ҚАЗАҚСТАН ҮШІН ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІ СКРИНИНГТІК ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ОҒАН ҚАРСЫ ВАКЦИНАЦИЯСЫ

*Қайып Б.Н., Советхан А.С., Мыртай Д.Е., Хамидуллина З.Г.  
«Астана медициналық университеті»,  
Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы*

**Өзектілігі:** Жатыр мойны қатерлі ісігі бүкіл әлемде әйелдер арасында төртінші орында. 2018 жылы бүкіл әлемде жатыр мойны қатерлі ісігінің 568847 жаңа жағдайы және 311365 өлім тіркелді. Алайда, жатыр мойны қатерлі ісігін адам папилломавирусына қарсы вакцина (HPV) арқылы алдын алуға болады, ал уақтылы скрининг қатерлі ісік ауруының алдын алады және қатерлі ісік ауруы мен өлім-жітімді едәуір төмендетеді. Адам папилломавирусы (HPV) 99,7 пайыз жатыр мойны обырының негізгі себебі болса, 0,03 пайызды жатыр мойнының нейроэндокринді ісігі және себебі анықталмаған ісіктер құрайды. Көп жағдайларда жатыр мойны обыры шамамен 70% адам папилломавирусының (HPV) 16 және 18 генотипті инфекциямен байланысты. Қазақстан бойынша жылына 1700 ауру тіркелсе, жылына 600 әйел осы аурудан көз жұмады. Қазақстанда екіншілікті профилактика скринингтік бағдарлама іске қосуына қарамастан аурушылықтың жоғарғы дәрежесі сақталуда және өзекті болып қала беруде.

**Зерттеудің мақсаты:** Жалпы Қазақстандағы әйелдер популяциясында және жатыр мойны қатерлі ісігі анықталған әйелдерде HPV қандай типтерінің таралуын анықтау. Қоғамдық денсаулыққа және экономикаға тиімді біріншілікті және екіншілікті алдын алу шараларын ұйымдастыру.

**Материалдар мен әдістер:** Жатыр мойны обырының скринингтік ерте диагностикалау әдістері және адам папилломавирусына қарсы вакцинациялауға қатысты зерттеулер PubMed, Lancet, және Elsevier Scopus сияқты мәліметтер базасы арқылы жүргізілді. Деректер базасын HPV, cervical cancer, LSIL, HSIL, ASCUS, Gardasil 4, Gardasil 9, Cervarix, Cocolin іздеу кілт сөздері арқылы жүргізілді. Жүйелі әдебиетке шолу және метанализ жасалды.

**Зерттеу нәтижелері:** Нұр-Сұлтан қаласындағы зерттеудегі пациенттердің жалпы саны 18 жастан 59 жасқа дейінгі 140 әйелді құраған. Үлгілер 2015 жылдың желтоқсаны мен 2016 жылдың сәуірі аралығында Нұр-Сұлтан қаласындағы университеттік медициналық орталықта (УМС) гинеколог кабинетіне келген барлық пациенттерден Папаниколау жағындысы нәтижелері жиналған. Үлгілерді жинау және талдау (микроскопия және ПТР) сол күні жүргізілген.

Оң үлгілер арасында HPV түрлерінің таралуы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 және 59 HPV болып табылатын он екі HPV генотиптері ПТР көмегімен табылған. HPV генотиптеу арқылы талданған 140 үлгінің ішінде HPV вирусы 61 сынамада (жалпы санның 43,6%) анықталған. ПТР көмегімен HPV ДНҚ генотиптеуі 61 оң HPV үлгісінің ішінде ең көп кездесетін HPV 16 (18,4%) және HPV 18 (9,22%), одан кейін HPV 33, 51 және 52 (әрқайсысы шамамен 5%) түрлері болғанын көрсеткен. 59, 39, 31, 45 және 58 типті HPV типтері үлгілердің жалпы санының кемінде 2% - ында анықталған, ал шамамен 1% немесе одан аз оң үлгілер 35 және 56 типті HPV болған.

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты зерттеуіне жатыр мойны қатерлі ісігі диагнозы қойылған науқастарды қатыстырған. Жалпы, 97 үлгінің 77-сі (79,4%) HPV типтеріне оң тәтиже көрсетті. Нәтижелер: HPV 16, HPV 18 69/77 (89,6%), 3/77 (3,9%) және 6/77 (7,8%). Үлгілердің көпшілігінде (98,7%) HPV бір типімен инфекция анықталды. Бірақ бұл пайыздық көрсеткіштер бұдан да жоғары көрсеткіштерді көрсетуі мүмкін еді, өйткені зерттеуге қатысқан 20 (20,6%) науқастың HPV зерттеу нәтижелері болмаған.

Батыс Қазақстан әйелдер популяциясында және жатыр мойны қатерлі ісігі қойылған науқастарда HPV 5 жетекші түрі анықталды: 16 (26,4%), 31 (10,1%), 51 (9,4%), 52 (9,0%), 6 (7,9%). HPV-нің ең көп таралуы 18-29 жас тобында (42,9%) байқалды және жасы ұлғайған сайын төмендейді. Өйткені адам популяциясының 85% HPV тараған және ол алғашқы жыныстық қатынаста жұғады.

Табысы төмен көптеген елдерде ұйымдасқан скринингтік бағдарламалары жоқ, тек оппортунистік скрининг жасалады. Скринингтің ең көп таралған әдісі-цитология, дегенмен кейбір жоғары табысты елдерде адам папилломавирусына (HPV) тестілеу негізгі скрининг ретінде немесе цитологиялық скринингпен бірге қолданады. Ең соңғы еуропалық ұсыныстар мен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы қазір HPV тестілеуді жатыр мойны қатерлі ісігі скринингінің негізгі құралы ретінде ұсынады. Қазақстанда 2008 жылдан бері жатыр мойны обырын ерте анықтау мақсатында скринингтік бағдарлама жұмыс жасайды. Скринингті тұрғылықты жері бойынша емханада немесе тіркелген жері бойынша МСАК ұйымдарында 30 жастан 70 жасқа дейін тегін жүргізеді. 30 қазандағы 2020 жылғы № ҚР ДСМ-174/2020 бұйрығына сәйкес жағындыны цитологиялық зерттеуге (Pap-тест) дәстүрлі әдіспен (бір шыны) немесе сұйық цитология әдісі (бір контейнер) арқылы жүргізіледі.

АҚШ-тағы аурулардың алдын алу жөніндегі жұмыс тобы USPSTF 21-29 жас аралығындағы әйелдерде жатыр мойны цитологиясын қолдана отырып, әр 3 жыл сайын жатыр мойны обырына скрининг жүргізуді ұсынады. USPSTF 30 жастан 65 жасқа дейінгі әйелдерде әр 3 жыл сайын тек жатыр мойны цитологиясымен, әр 5 жыл сайын тек HPV тестілеуімен немесе әр 5 жыл сайын HPV тестілеуімен қоса цитологиялық зерттеу (котестілеу) ұсынады. USPSTF 21 жасқа дейінгі әйелдерде және жатыр мойны обырының даму қаупі жоғары емес 65 жастан асқан әйелдерде және жатыр мойнын алып тастаумен гистерэктомиядан кейінгі әйелдерде жатыр мойны обырына скрининг жүргізбеуге кеңес береді.

Котестілеудің артықшылықтары фондық және ісік алды ауруларға нақты диагноз қоюға, предикация жасауға және цитологиялық зерттеудің нәтижелерін сұрыптауға көмек береді. Мысалы: егер тек цитологиялық скринингтен ASCUS шықса біз жағындыны 6-12 айдан соң қайта алуымыз керек, ал скрининг котестілеу болса цитологияда ASCUS HPV тестілеу теріс болса әйел скринингке 5 жылдан соң келсе болады, өйткені CIN1-0,43%, жатыр мойны қатерлі ісігі- 0,05%, яғни пайда болу қатері өте төмен. Солай скринингтің интервалын 4 жылдан 5 жылға ұзартуға болады. Осылайша әйелдер үшін болатын жағымсыз салдардың қаупін және негізсіз диагностикалық және емдік процедуралардың санын азайта аламыз.

Котестілеуді 30 жастан бастау қажет өйткені HPV ол алғашқы жыныстық қатынаста жұғады. Егер біз 21 жастан HPV тестілеуді бастасақ әйелдерде оң нәтиже көрсету пайызы жоғарылатып өз кезегінде негізсіз диагностикалық шараларды көбейтеді. HPV жұқтырған әйелдердің 90%-да вирустар 1 жылдың ішінде элиминацияға ұшырап кетеді. HPV оң әйелдің барлығында ісік алды немесе жатыр мойны ісігімен ауырады деген тұжырым жоқ. Ісік алды және жатыр мойны ісігі тек HPV персистенциясы бар әйелдерде пайда болады. HPV персистенциясы деп тек 2 жылдың ішінде 12 ай аралық сайын бір типті HPV анықталған жағдайда айтады.

Біріншілікті алдын алу 2013 жылы Қазақстанның Атырау, Павлодар облыстары мен Астана, Алматы қаласында қыздарды ерікті түрде HPV-ға қарсы вакцинациялау пилоттық жобасы іске қосылған болатын. Алайда, вакцинацияға қарсы ауқымды науқанның нәтижесінде екпе егу тоқтатылды.

2019 жылдың қазан айында ЮНИСЕФ-тің қолдау арқасында Өзбекстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі 9 жастағы қыздарға адам папилломавирусына (HPV) қарсы вакцина енгізді. Бұл ұлттық иммундау күнтізбесіндегі 13-ші вакцина. Ресми мәліметтер бойынша, халық арасында вакцина туралы кейбір жаңсақ түсініктерге қарамастан, Өзбекстанда HPV вакцинасының алғашқы дозасын иммундау қазіргі уақытта 95% - дан асады. Осы мақсатқа жету үшін денсаулық сақтау министрлігі, Санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық агенттігі және оның аймақтық бөлімшелері ЮНИСЕФ пен ДДҰ қолдауымен ақпараттық науқан өткізді. Бұл ата-аналардың, мұғалімдердің және медициналық қызметкерлердің HPV-ге қарсы иммундаудың маңыздылығы, сондай-ақ HPV-нің кейбір түрлерімен инфекцияның салдары туралы хабардар болуына ықпал етті.

	CERVARIX	GARDASIL 4	GARDASIL 9	CECOLIN
Валенттілігі	2 бивалентті HPV 16,18	4 квадривалентті HPV 6,11, 16,18,	9 валентті HPV 6,11,16,18, 31, 33, 45, 52 және 58	2 бивалентті HPV 16,18
Қазақстанда тіркелуі	Тіркелген РК-БП-5№010155	Тіркелген РК-БП-5№014205	Тіркелген	Тіркелмеген
Өндіруші	ГлаксоСмитКляйн Байлоджикалз С.А., Бельгия	Мерк Шарп және Доум Корп., Уэст Пойнт, АҚШ	Мерк Шарп және Доум Корп., Уэст Пойнт, АҚШ	Innovax, Хіамен, Китай
Клиникалық зерттеулер	Зерттелген Аяқтаған	Зерттелген Аяқтаған	Зерттелген Аяқтаған	Интервещионды зерттеудің 3 фазасында аяқталуы 15.01.2024 жылы
Бағасы:	3 дозаға 262 \$	3 дозаға 360 \$	3 дозаға 586 \$	1 дозасы 47,7 \$

Cecolin HPV 16 және 18-ге қарсы алғашқы қытайлық вакцина 2019 жылдың 31-ші желтоқсанында Қытайдың азық-түлік және дәрі-дәрмек басқармасы лицензиялаған. Церварикс сияқты тиімділігі бар Cecolin вакцинасы 9-14 жас аралығындағы қыздарға екі дозалы режим үшін бекітілген, өйткені оның иммуногенділігі жас әйелдер үшін үш дозалы режимнен төмен емес екендігі дәлелденді. Cecolin вакцинасының клиникалық сынағының үшінші фазасында қабынудан туындаған жағымсыз реакциялар оның ішінде жергілікті ауырсыну, қызару, ісіну, дене температурасының көтерілуі, IgG анти-HPV-16 және анти-HPV-18 жоғарылауы вакцинациядан кейін иммундық реакцияның күшті екенін көрсетеді деп тұжырымдайды.

Билл және Милинда Гейтс қорының қаржыландыруымен Үндістандағы жасөспірім қыздардағы адам папилломавирусына (HPV) қарсы төртвалентті вакцинаның үш және екі дозасын салыстыруға арналған рандомизирленген зерттеу Үндістан үкіметінің сынақтарында HPV вакцинациясы тоқтатылғаннан кейін когорттық зерттеуге айналды. Бұл когорттық зерттеудің қайта қаралған мақсаты вакцинациядан кейінгі 10 жыл ішінде HPV 16 және 18 тұрақты инфекциясынан қорғау үшін бір дозалы вакцинаның тиімділігін үш және екі дозаның тиімділігімен салыстыру болды. Вакцинацияланған қатысушылар 2009 жылдың 1 қыркүйегінен 2010 жылдың 8 сәуіріне дейін (вакцинацияның тоқтатылған күні) іріктеліп алынды және орташа ұзақтығы 9,0 жылға созылды. 4348 қатысушы үш дозаны қабылдады, 4980-де екі доза (0 және 6 ай), ал 4949-да бір дозаны қабылдағандар болды.

Соңғы қорытынды ретінде бағаланған қатысушылар арасында HPV 16 және 18 тұрақты инфекцияларына қарсы вакциналардың тиімділігі 95,4% (95% CI 85,0-99,9) бір дозалы дефолт когортында (2135 әйел бағаланды), 93,1% (77,3-99,8) екі дозада (1452 әйел) құрады. HPV вакцинасының бір дозасы екі немесе үш дозада берілетін генотиптері бар жатыр мойны обырының 70% - ға жуық жағдайына алып келетін HPV 16 және 18 типті тұрақты инфекциялардан қорғауды қамтамасыз етеді.

**Қорытынды:** 9-14 жас аралығындығы қыздарға вакцинация және 5 жылда бір рет котестілеу цитология + HPV скринингі Қазақстандағы жатыр мойны обырының алдын-алудың ең тиімді стратегиясы. Қазақстанда жатыр мойны қатерлі ісігіне HPV 16, 18 типтері 89,6% себеп болады. Бізге 16,18 типке қарсы бивалентті вакцинаның өзі нәтижелі болмақ яғни тек 9 валентті вакцина алуымыз керек деген қағиданы жояды. Қазақстанға Gardasil 4 вакцинасының 1 дозасы немесе Қытайлық Cecolin вакцинасының 2 дозасы экономикалық тиімді болады. ДДҰ мен ЮНИСЕФ көмегі арқылы Қазақстанда HPV қарсы вакцинаны ұлттық күнтізбеге енгізу, вакцинациялық науқанды бастау үшін халыққа ақпараттандыру жұмыстарды жүргізу, БАҚ және телевизия арқылы вакцинацияның тиімділігін түсіндіру қажет. HPV қарсы вакцинаны ұлттық күнтізбеге енгізу бұл болашаққа салынған инвестиция іспеттес және 15-20 жылдан соң елімізде бұл HPV вирусының толық элиминациясына алып келіп, жатыр мойны обырына кететін қаржыны үнемдейді.

## ЖАҢА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕДЕГІ НЕОНАТАЛЬДЫ МИАСТЕНИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Қасен Л.Х., Святова Г.С., Муртазалиева А.В.

“Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы” АҚ, Алматы, Қазақстан

**Өзектілігі.** Миастения - бұл жүйке-бұлшықет арасындағы импульстің берілуінің бұзылуымен және бұлшықет әлсіздігі және патологиялық шаршаумен сипатталатын аутоиммундық ауру. Миастенияның негізгі патогенетикалық факторы - бұл постсинаптикалық бұлшықет мембранасы рецепторларының аутоантитенелерімен бұғатталуынан туындаған аутоиммундық реакция [1].

Миастенияның таралуы тұрақты түрде өсіп келеді және қазіргі уақытта 100000 тұрғынға шаққанда 10-24 жағдайды құрайды. Ауру кез-келген жаста көрініс береді. Педиатриялық пациенттердің үлес салмағы 9-15% құрайды [2]. Балалық шақта миастенияның ювенильді түрі жиі кездеседі. Миастениямен ауыратын аналардан туылған нәрестелердің шамамен 5-20% -ында плацентарлы тосқауыл арқылы анандан ацетилхолин рецепторларына антитенелердің берілуіне байланысты транзиторлы неонатальды миастения дамиды [1].

Транзиторлы неонатальды формасы жалпы бұлшықет гипотензиясы, булбарлы бұзылулар, птоз, амимия, окуломоторлы бұзылулар түрінде клиникалық көріністер береді. Клиникалық көрінісі жиі полиморфты симптомдармен көрінеді. Жалпыланған және жергілікті бұлшықет әлсіздігі, тыныс алу жеткіліксіздігінің белгілері, апноэ эпизодтары, сондай-ақ бет дисморфизмі, артрогипоз, сколиоз сияқты эмбриональды зақымдану белгілері де болады [3].

**Зерттеудің мақсаты.** Клиникалық жағдайға сүйене отырып, миастенияны сипаттау, дифференциальды диагностикасын жасау.

**Материалдар мен әдістер:** Қыз жынысты нәресте, өмірінің алғашқы күндері, неонатальды миастения клиникалық жағдайы. Клинико-неврологиялық, зертханалық және генетикалық зерттеулер қолданылды.

Нәресте 10.02.2021 ж. өмірге келді. Салмағы-2980 грамм, бойы-52 см, бас шеңбері-36 см, кеуде шеңбері – 35 см, Апгар шкаласы бойынша- 6/7 балл. Нәрестенің жалпы жағдайы тыныс алу жүйесінің бұзылысына, естің тежелуі түріндегі неврологиялық симптоматикаға байланысты ауыр. Жартылай флексия қалпы. Дене тұрқы-қалыпты, тері асты шел-май қабаты дамыған. Кеуде торы цилиндр формалы, тыныс алу кезінде қабырғааралық бұлшықет пен көкеттің әлсіздігіне байланысты кеуденің ішке тартылуы байқалады. Диагнозы: Тыныс алу жеткіліксіздігі III-ші дәреже, церебральды ишемия II-ші дәреже, тежелу синдромы. Динамикада нәрестенің жағдайы өте ауыр, ОЖЖ көшірілді. Антитене титрін анықтау өткізілген жоқ. Креатинфосфокиназа (КФК), лактат және қан электролиттері – қалыпты.

**Неврологиялық статус:** нәресте тежелген, өздігінен қозғалу белсенділігі күрт төмендеген. Дизэмбриогенез стигмасы аздап байқалады. Бас-ми нервтері: көз алмасы қалыпты формада, қарашықтары ерекшеліксіз, екеуінде де фотореакция сақталған. Мимикалық қозғалысы симметриялы. Тіл бұлшықетінің тонусы төмендеген, симметриялы. Оральды автоматизм рефлекстері тежелген. Бұлшықет тонусы диффузды түрде төмендеген, симметриялы гипорефлексия. Патологиялық қозғалыс белсенділігі жоқ.

**Нәресте анасының ауру тарихынан:** 20 жастан бастап миастенияның көріністері байқала бастаған. Сол жылдан бастап диспансерлік бақылауда тұрады. Аяғындағы әлсіздік сезімі, птоз, шайнаудың қиындауы, тағам қабылдағанда шашалу, тыныс алудың қиындауы, заттардың екі еселеніп көрінуі байқалған. Кейінірек қосымша симптомдар: құлау, аяқтың ауыруы, күлген кезде афония, мимиканың бұрмалануы пайда болған. Қазіргі кезде өз еркімен жүріп-тұруы динамикада нашарлауда. Науқастың шағымдарын, анамнезін, аспаптық-зертханалық зерттеу әдістерін ескере отырып 20 жасында “Миастения, жалпы формасы” диагнозы қойылды.

*Неврологиялық статусы:* Неврологиялық статусы. Жүйке-бұлшықет зақымдануының ауыр түрі, жағдайы ауыр. Санасы анық. Байланысқа түседі, сұрақтарға дұрыс жауап береді, нұсқауларды орындауға тырысады. Интеллект сақталған. Эмоциялары адекватты. Жағдайы пассивті. Аксиальды бұлшықеттердің әлсіздігіне байланысты басын нашар ұстайды. Басми нервтері: көзалмасы бұлшықеттерінің әлсіздігіне байланысты көз қозғалысы шектелген, сыртқы офтальмоплегия. Бет бұлшықеттерінің әлсіздігі-мұрын-ауыз үшбұрышы тегістелген, аузын ашуы, тілін сыртқа шығаруы қиындаған. Бұлшықет әлсіздігі аяқтарда басым байқалады қолда 3,0-3,5 балл, аяқта 2-2,5 балл. Қолына сүйеніп отырады, өздігінен жүрмейді, орнынан тұрмайды. Арқамен немесе ішпен жатады, аунамайды. Есту қабілеті зардап шекпеген, булбарлы бұзылулар-дауыстың мұрындық реңі, дауыстың күші төмендеген-дисфония, дисфагия, дизартрия элементтері.

*Зерттеу қорытындысы.* Анамнезін, аурудың сипаты мен ағымын, зерттеу деректерін негізге ала отырып нәрестеге диагноз қойылды: Неонаталды транзиторлы миастения. Тыныс алу жеткіліксіздігінің III-ші дәреже, церебральды ишемия II-ші дәреже, тежелу синдромы. Нәресте жағдайының ауырлығын ескере отырып, санавиация көмегімен Нұр-сұлтан қаласындағы “Ұлттық ғылыми Ана мен бала орталығына” ауыстырылды. Нәресте мамандандырылған стационарлық емдеуді қажет етеді.

*Түйін.* Келтірілген клиникалық жағдайларға сүйенетін болсақ миастения- жүйке-бұлшықет зақымдануымен жүретінауыр аутоиммунды ауру болып табылады. Аурудың пайда болуында генетикалық фактор үлкен рөл атқаратынын көріп отырмыз. Бұл ауруды толық емдеу мүмкін емес болса да, ерте анықтап, ем жүргізу, ауыр асқынулардың алдын алуға көмектеседі. Миастения диагнозы қойылған науқастар әрқашан аурудың ағымын бақылап, невролог дәрігер кеңесіне ретті түрде бару керек.

#### ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Лобзин С.В «Миастения. Диагностика и лечение», 2015.-С.10-15.
2. Гузева В.И., Чухловина М.Л. Клинические рекомендации по диагностике и лечению миастении у детей. В книге: Детская неврология. Выпуск 1: клинические рекомендации/ под ред. В.И. Гузевой. – М.: ООО «МК», 2014. – С. 101-127.
3. Санадзе А.Г. Миастения. В кн.: Аутоиммунные заболевания в неврологии. Под. ред. Завалишина И.А., Пирадова М.А., Бойко А.Н., Никитина С.С., Спирина Н.Н., Переседовой А.В. Клиническое руководство. – Т.2. – М.: РООИ «Здоровье человека», 2014. – С. 99-128.

## ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

*Куланбаева А.У., Сейткерим Ш.С., Хамидуллина З.Г.  
НАО «Медицинский университет Астана,  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан*

**Актуальность:** Проблема организации и проведение психологической подготовки беременных к родам, возрастанием количество, нарушений регуляции родовой деятельности, преждевременные роды, увеличение акушерского травматизма, связано с недостаточной информированностью женщин о беременности и процессе родов от квалифицированных медицинских специалистов. Усугубляет нарушения психо- эмоциональной состояние беременных и доступность информации в просторах интернете, интенсивный темп жизни, высокий уровень стрессовых факторов влияющие на организм беременной.

Проблема сохранения здоровье матери и ребенка имеет большое медико-социальное значение, из чего следует необходимость особого внимания к качеству профилактической помощи. К подготовке беременных подходить комплексно использовать психологические методики воздействия на сознание, и применением физической подготовки, специальными упражнениями для укрепления мышц тазового дна. Этот подход на сегодняшний день помог бы уменьшить количество осложнений в родах, как акушерского травматизма, оперативных вмешательств и на степень медикаментозной нагрузки, испытываемой женщиной и плодом во время беременности и в родах. Значимость дородовой подготовки определяется и необходимостью профилактики послеродовых эмоциональных расстройств у рожениц в послеродовом периоде.

**Цель работы:** Цель психопрофилактической подготовки - устранить страх перед родами и другие отрицательные эмоции, возникающие во время беременности, закрепить представления о родовом акте как о физиологическом и безболезненном процессе, привить новое положительное чувство, связанное с предстоящими родами и материнством.

Метод заключается в том, чтобы путем воздействия, через медитации и видео уроки создать более правильные функциональные взаимоотношения между корой головного мозга и подкорковыми образованиями снизить возбуждения в подкорковых центрах и уравновесить процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга. Правильное формирование доминанты беременности и родов.

Исходя из выше написанного исследование проводилось и уроки проводились онлайн формате, через социальные сети (инстаграм, телеграм, ютуб каналы). Привлекались беременные Казахстана, число женщин, записавших на первый урок, составлял 800 женщине, на вебинаре присутствовали 380. продолжили обучение 120 беременных. Планируется каждый месяц проводить курсы онлайн формате 120-150 беременных. Первично проведено анкетирование.

В исследование приняли участие 120 беременных с разными сроками, слушательницы курса подготовке к родам чаще являются женщины в возрасте от 26-35лет (48%): доли 21-25летних -30%, 36-42 летних -20%, женщин в возрасте до 21 года – 2%.

Среди участвующих в исследование были женщины с разными уровнем образования, профессиональным и социальным статусом. У 65% женщин эта беременность -первая. 30% женщин имеют -1 ребенка и 5% женщины ждали 3-го,4-го ребенка.

**Материалы и методы исследования:** специально составленный google опросник. Сайт на платформе тильда [www.legkierody.kz](http://www.legkierody.kz), закрытая платформа с видеуроками и медитациями.

**Результаты исследования:** таким образом, течение и безопасность родового акта, уровень болевых ощущений во многом определяются настроением женщины, степенью ее психологиче-

ской готовности к родам, к материнству. Ее поведением, владениям эффективными приемами самообезболивания. Эти навыки позволяют повысить комфортность прохождения женщины через роды, снижают родовой травматизм матери и ребенка.

**Выводы:** разработать единую онлайн платформу подготовки к родам в Республике Казахстан. Внедрить стандарты подготовки к родам для акушер-гинекологов, врачей ВОП, акушерок, на уровне ПМСП, МГБ акушерских стационаров.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ С МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ

*Оспанова Е.Д., Святова Г.С., Муртазалиева А.В.*

*АО «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии» г. Алматы, Республика  
Казахстан*

### **Актуальность.**

Мезенхимальная дисплазия плаценты (МДП) — редкое состояние, связанное с необычной аномалией стволых ворсинок плаценты, характеризующееся плацентомегалией, кистозной дилатацией и образованием везикул, сосудистыми аномалиями. В 1991 году, эту патологию описали G. Moscoso и соавт., как гиперплазию стволых ворсин у беременных с высоким уровнем  $\alpha$ -фетопротеина в сочетании с крупной плацентой и ультразвуковыми признаками частичного пузырного заноса, а также с отсутствием признаков пролиферации трофобласта при гистологическом исследовании. M. Arizawa и соавт., определили распространенность данной патологии — 0,02% (7 случаев среди 30758 плацент более чем за 21 год).

**Цель исследования.** Провести клиничко-морфологический анализ случая мезенхимальной дисплазии плаценты у беременной находящейся под наблюдением в АО «НЦАГиП».

**Материалы и методы исследования.** Разбор и анализ клинического случая мезенхимальной дисплазии плаценты у беременной находящейся под наблюдением в АО «НЦАГиП».

**Результаты исследования.** Основная причина МДП в настоящее время неизвестна. Некоторые предполагают, что это врожденные пороки развития мезодермы. Эта теория основана на наблюдениях мезенхимальных стволых гиперплазий ворсин. Ультразвуковая диагностика способствует выявлению характерных особенностей этого патологического состояния и позволяет провести дифференциальную диагностику с частичным пузырным заносом. Это в свою очередь имеет большое клиническое значение, потому что беременность при мезенхимальной дисплазии плаценты может иметь благоприятный исход для матери и плода. Некоторые случаи МДП обусловлены триплоидией, хотя в большинстве зарегистрированных наблюдений плоды имели нормальный кариотип 46XX/46XY. Из описанных в литературе случаев соотношение женского и мужского кариотипа плодов составляет 3,6:1. По данным ряда авторов, данная патология плаценты часто сочетается с пороками развития плода и имеет неблагоприятный исход. Клиническими проявлениями МДП могут быть задержка внутриутробного роста плода, антенатальная гибель, некоторые хромосомные аномалии, в частности — синдром Беквита—Видемана, транзиторный неонатальный сахарный диабет, отцовская однородительская дисомия 6, трисомии 13 и синдром Клайнфельтера.

### **Клинический случай.**

Пациентки Ш., 37 лет. Беременность повторная, в анамнезе неразвивающаяся беременность и срочные оперативные роды, по поводу слабости родовой деятельности.

В поликлинике по месту жительства ей сделали УЗИ обследование в сроке 14 недель 4 дня, где было обнаружена молярная плацента, мезенхимальная дисплазия плаценты? Частичный пузырный занос? Гипоплазия носовых костей.

В целях уточняющей диагностики она была направлена в НЦАГиП и ей сделали УЗИ экспертного класса. По данным УЗИ экспертного класса, проведенного в сроке 15 недель беременности, выявили наличие диффузного утолщения плаценты, множественных кистозных полостей, занимающих большую часть плаценты, имеющие существенные отличия от частичного пузыр-

ного заноса: в виде отдельных округлых анэхогенных структур с ровными четкими контурами, гладкой внутренней поверхностью. Архитектоника сосудистой сети не нарушена, топография плацентарных сосудов соответствует строению нормальной сосудистой сети плаценты. Извитые, расширенные сосуды стволовых ворсин определяются при доплеровском картировании, что соответствует наличию мезенхимальной дисплазии плаценты и исключает наличие пузырного заноса и молярной беременности. На основании УЗИ экспертного класса был проведен консилиум, в котором указано, что данная патология не является абсолютным показанием для прерывания беременности при сроке более 12 недель.

В сроке 15 недель беременности был проведен плацентоцентез. Результат цитогенетического исследования ворсин плаценты: 46, XY - хромосомной патологии не обнаружено.

На базе НЦАГиП был осуществлен пренатальный консилиум по итогам которого, учитывая результаты всех проведенных обследований, срок беременности 15 недель 1 день, нормальный кариотип плода, отсутствие прямых медицинских показаний для прерывания беременности и наличие вероятности рождения здорового ребенка, а также высокий риск осложнений при проведении медицинского аборта, было рекомендовано пролонгирование беременности и дальнейшее наблюдение в женской консультации по месту жительства.

По данным УЗ скрининга 2 триместра, который поводился в 19 недель и 5 дней беременности была установлена низкая плацентация, эхопризнаки мезенхимальной дисплазии плаценты и гиперплазия плаценты.

По данным УЗИ 3 триместра которая была проведена на 31 недели беременности было обнаружено: ЗВРП, эхопризнаки, гипохондроплазии и эхопризнаки микрогнатии.

В сроке беременности 36 недель 2 дня беременная Ш., поступает в приемный покой НЦАГиП с отхождением околоплодных вод, с диагнозом - ЗВУР, дородовый разрыв плодных оболочек, послеоперационный рубец на матке после операции кесарево сечение. Было показано родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Родился мальчик с массой тела 1270 грамм, ростом 41 см., с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Общее состояние ребенка при рождении тяжелое за счет перенесенной внутриутробной гипоксии, респираторных нарушений, дыхательной недостаточности 2-1 степени на фоне недоношенности и ЗВУР.

Фенотипически: правильного телосложения, сниженного питания. Признаки недоношенности: голова относительно большая, конечности короткие, кости черепа податливые, тонкая морщинистая кожа, подкожно-жировой слой истончен, ушные раковины мягкие, ногти тонкие, не доходят до конца ногтевого ложе, пупочное кольцо расположено ближе к лону. Мышечный тонус, рефлексы врожденного автоматизма снижены. Голова округлой формы. Большой родничок 2,0 x 2,0 см, не напряжен. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. Симптом «белого пятна» не более 3 секунд. Подкожно-жировой слой истончен. Тургор мягких тканей снижен. Видимые слизистые розовые чистые. Грудная клетка цилиндрической формы. Дыхание самостоятельное нерегулярное. При осмотре генетиком были дополнительно выявлены: миотония, микрогнатия, воронкообразная грудная клетка.

На основании осмотра был выставлен предварительный диагноз: Стигмы дизэмбриогенеза. Гипохондроплазия?

В связи с этим было рекомендовано: 1. Цитогенетическое исследование лимфоцитов периферической крови (кариотип). 2. Молекулярно-генетическое исследование панель «Заболевание соединительной ткани» в ТОО «ЦММ» – патологических мутаций, отвечающих за болезни соединительной ткани обнаружено.

## **Выводы.**

1. Наиболее значимым методом диагностики МДП в настоящее время можно считать лучевой, в частности, УЗИ. Ультразвуковая картина МДП достаточно характерна и заключается в диффузном утолщении плаценты, множественных кистозных полостях, занимающих часть

плаценты или всю ее площадь. Кистозные полости при МДП имеют существенные отличия от частичного пузырного заноса: размеры кист позволяют дифференцировать их в виде отдельных округлых анэхогенных структур с ровными четкими контурами, гладкой внутренней поверхностью. Морфологическая основа кистозных включений в плацентарной ткани — резкий отек стволовых ворсин с образованием полостей. Архитектоника сосудистой сети не нарушена, топография плацентарных сосудов соответствует строению нормальной сосудистой сети плаценты. Извитые, расширенные сосуды стволовых ворсин могут четко определяться при цветовом доплеровском картировании.

2. При подозрении на частичный пузырный занос в отсутствие аномалий развития плода можно предполагать мезенхимальную дисплазию плаценты, пролонгирование беременности возможно. Несмотря на данные литературы, при мезенхимальной дисплазии плаценты уровень  $\beta$ -ХГЧ не всегда соответствует норме для данного срока гестации, а уровень  $\alpha$ -фетопротеина не всегда имеет высокие значения.

3. Для течения беременности при МДП характерно формирование плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного роста плода. Но не только наличие структурных изменений в плаценте определяет формирование осложнений беременности. Ведение беременности, определение сроков и методов родоразрешения должны проводиться по акушерским показаниям, с учетом сопутствующей экстрагенитальной и акушерской патологии.

4. При удовлетворительном состоянии плода и в отсутствие противопоказаний у матери возможно ведение родов через естественные родовые пути.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Moscoso G., Jauniaux E., Hustin J. Placental vascular anomaly with diffuse mesenchymal stem villous hyperplasia: a new clinico-pathological entity? // *Pathol Res Pract.* 1991; 187 (2-3): 324-328.

2. Arigita M., Illa M., Nadal A., Badenas C., Soler A., Alsina N., Borrell A. Chorionic villus sampling in the prenatal diagnosis of placental mesenchymal dysplasia // *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 36: 644-646.

3. Arizawa M., Nakayama M. Suspected involvement of the X chromosome in placental mesenchymal dysplasia // *CongenitAnom (Kyoto).* 2002; 42: 309-317.

4. Kaiser-Rogers K.A., McFadden D.E., Livasy C.A., Dansereau J., Jiang R., Knops J.F. Androgenetic/ biparental mosaicism causes placental mesenchymal dysplasia // *J Med Genet.* 2006; 43: 187-192.

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19

*Саркулова Ж.Н., Назарбаев А.К., Токшилыкова А.Б.*

*НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,  
Областной перинатальный Центр, г.Актобе, Казахстан*

Актуальность. Коронавирусная инфекция (COVID-19) это серьезная угроза для здоровья населения во всем мире. К воздействию патогенных инфекционных агентов и развитию тяжелой инфекции особенно уязвимы беременные женщины, что, в свою очередь, может привести к более высокой заболеваемости и смертности матери и плода. КОВИД-19 – новая инфекция и еще многое предстоит выяснить. И это определяет нас к необходимости проведения систематического анализа лечения, диагностики, ведения этих больных. В этой статье мы рассматриваем наиболее часто допускаемые ошибки при ведении и лечении беременных с тяжелым течением COVID-19.

Беременные относятся к группе особо высокого риска по развитию тяжелых форм COVID-19, особенно страдающие хроническими заболеваниями легких, печени, почек, БА, заболеваниями ССС, артериальной гипертензией, СД, ожирением, перенесшие онкологические заболевания, и должны находиться под амбулаторным динамическим наблюдением, так как у них отмечается:

- быстрое развитие дыхательной недостаточности,
- повышенный риск развития невынашивания, респираторного дистресс синдрома и преждевременных родов,
- высокий риск развития перинатальных осложнений,
- у беременных с COVID-19 возможно внезапное развитие критического состояния на фоне стабильного течения заболевания.

**На амбулаторном уровне наиболее часто допускаемыми ошибками при ведении и лечении беременных с тяжелым течением COVID-19 являются:**

- не достаточная или отсутствие информации у беременных женщин о симптомах COVID-19 и правильных действиях при их появлении,
- медицинским персоналом проведение не достаточной разъяснительной работы по профилактике COVID-19 у беременных,
- не достаточное соблюдение самими беременными женщинами правил карантина: без необходимости не посещать многолюдные места, ношение масок при посещении поликлиник и общественных мест, соблюдение социальной дистанции, строгое соблюдение правил личной гигиены,
- зачастую со стороны медицинского персонала имеет место формальный и не адекватный дистанционный мониторинг за состоянием беременных на амбулаторном уровне, например мониторинг  $SpO_2$  должен проводиться не только в покое, но и при нагрузке (ходьба по комнате в течение 6 мин),
- не своевременно решается вопрос о переводе беременных на более высокий уровень регионализации,
- несвоевременно проводятся КТ легких на фоне отрицательной динамики течения заболевания. Кроме того, одними из факторов, способствующих к дальнейшему прогрессированию воспалительного процесса у беременных являются такие факторы, как:
  - длительное не обращение пациентов за медицинской помощью, самолечение на амбулаторном уровне, приводящие к позднему обращению в поликлинику уже в средне-тяжелом и тяжелом состоянии,
  - недооценка состояния пациентов на амбулаторном уровне при дистанционном мониторинге, приводящая к поздней госпитализации,
  - запоздалая или даже поздняя диагностика пневмонии, которая может привести к прогрессированию процесса с присоединением осложнений и несвоевременному началу лечения.

Плановые посещения медицинского учреждения должны быть отложены у женщин, которые находятся в самоизоляции на дому во время беременности и в послеродовом периоде, в

случая подозрения или лабораторно подтвержденного COVID-19. Необходимые консультации желательно проводить по телефону, в режиме он-лайн, по аудиовидеозвонку. Отсроченные посещения медицинского учреждения должны быть перенесены на период после завершения самоизоляции.

Начиная с поликлиник и скорой помощи должна быть четко отработана схема маршрутизации больных с подозрением на COVID-19. Зачастую имеют место не обоснованные перетранспортировки больных между провизорными и инфекционными стационарами.

#### **При госпитализации в стационар часто имеют место:**

- при госпитализации также допускаются недооценка степени тяжести у беременных, рожениц и родильниц с подозрением на COVID-19, вследствие чего наблюдается поздний перевод в ОРИТ с прогрессированием процесса, с присоединением осложнений и не своевременным началом интенсивной терапии в полном объеме, с адекватной оксигенотерапией, подключением полноценной симптоматической терапии, что значительно снижает прогноз заболевания,

- не проводится полноценный мониторинг состояния пациента с адекватным измерением сатурации крови, диуреза (врачами не всегда берется во внимание частота встречаемости острого почечного повреждения при COVID-19 – до 29% случаев), температуры тела, состояния водного, электролитного, белкового баланса организма, - зачастую имеют место проведение неадекватных режимов оксигенотерапии, поздний перевод на неинвазивную вентиляцию легких, на искусственную вентиляцию легких,

Кроме того, в стационаре наблюдаются не проведение своевременных консилиумов, консультаций необходимых профильных специалистов (кардиологов, эндокринологов, терапевтов, неврологов, нефролога, психолога и других). Целью таких консилиумов является принятие верных решений, выбор индивидуальной стратегии для конкретного больного. В ходе дискуссии врачи разных профилей решают проблемы, на которых специализируются обсуждают критические проблемы диагностики и лечения. Окончательное решение по ведению больного принимается с учетом всех обсуждений, различных мнений и советов.

Наш опыт показывает, что работа многопрофильной бригады может достаточно повысить эффективность диагностики и лечения COVID-19 в ОРИТ.

Зачастую имеет место, когда решение о проведении досрочного родоразрешения принимается не своевременно при относительно стабильном состоянии, а уже на фоне прогрессирования критического состояния беременной женщины и без достаточной стабилизации состояния, вследствие чего родоразрешение ухудшает состояние и исходы.

Запоздалое принятие решения о срочном и безотлагательном родоразрешении принимается тогда, когда уже не остается достаточного времени и для применения дополнительных методов обследования.

**Таким образом,** особенностями тяжелого течения COVID-19 у беременных, являются высокая частота заболеваемости, более агрессивное течение воспалительного процесса, увеличение тяжелых форм на более ранних сроках заболевания, быстрое прогрессирование пневмонии до субтотальной и тотальной (независимо от наличия сопутствующей патологии).

Инфекция может вызвать у беременных такие осложнения, как ДВС, ПОНРП, возникновение спонтанного пневмомедиастинума, не связанного с ИВЛ, дисфункции различных органов и систем, выкидыши, задержку развития плода, преждевременные роды, оперативные роды и др.

Факторами, снижающими смертность могут являться следующие положения:

- эффективность стабилизационных мер, которые влияют на остроту заболеваемости и его выраженность или его тяжесть (изоляция и карантин),
- коронавирус становится менее опасным,
- вирус мутирует и также снижается его вирусная нагрузка,
- улучшение диагностики и лечения
- появление новых препаратов
- расширение знаний о вирусе, обмен опытом.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Schnettler WT, Al Ahwel Y, Suhag A. Severe acute respiratory distress syndrome in COVID-19-infected pregnancy: obstetric and intensive care considerations. *Am J Obstet Gynecol* 2020;2:100120.<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100120>.
2. Абдурахманов И.У., Умурзаков Ш.Э., Жамилова Г.К., Сатарова А.А., Айдаров З.А. COVID-19 И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) // *The Scientific Heritage*. 2021. №68-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/covid-19-i-komorbidnaya-patologiya-obzor-literatury>.
3. Клинический протокол «Коронавирусная инфекция (COVID-19) у беременных, рожениц и родильниц» от 05 августа 2021 года. Протокол №146.

## ЖҮКТІЛЕРДЕГІ SARS-COV-2 ВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯСЫНДА АНГИОТЕНЗИНГЕ-АЙНАЛДЫРУШЫ 2 ФЕРМЕНТІНІҢ (ACE2) ПАТОГЕНЕЗІНЕ РӨЛІ ЖӘНЕ ПРЕЭКЛАМПСИЯҒА БАЙЛАНЫСЫ

*Советхан А., Қайып Б., Мырзабекова А.Ж.*

*«Астана медицина университеті», Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы*

**Өзектілігі:** 2020 жылы пандемияға алып келген коронавирустық инфекцияның қоздырғышы - SARS-CoV-2 вирусы болып табылады. Бұл β-коронавирустарға жататын және 2002-2003 жылдары ауыр жедел респираторлық синдромның өршуіне себеп болған SARS-CoV вирусына генетикалық ұқсас вирус. Атап айтқанда, SARS-CoV-2 инфекциясы адам ағзасына ангиотензинге-айналдырушы ACE2 ферментімен байланысу арқылы жасуша ішіне енеді. Коронавирустық инфекцияның бүкіл әлемге кең таралуына байланысты, ACE2 ферментінің қызметі мен коронавирустық инфекциядағы рөлін толық зерттеу үлкен жаңалықтарды ашуға көмек беретіні сөзсіз. ACE2 ферментінің негізгі қызметі ангиотензин I-ді ангиотензин 1-9-ға, содан кейін ангиотензин II-ні ангиотензин 1-7-ге айналдыруы болып табылады. Ангиотензин 1-7 ол вазодилатациялық және қабынуға қарсы функцияларды атқарады. Физиологиялық жүктілік кезіндегі өзгерістер мен асқынған жүктілік кезіндегі метаболикалық және тамырдағы өзгерістер COVID-19-ды клиникалық көрінісін нашарлатуы мүмкін. Жүктілік кезде ACE2 ұрықжолдастан көптеп экспрессияланады. ACE2-нің ұрықжолдастан көптеп экспрессиялануы нәтижесінде жүкті әйелдерде SARS-CoV-2 инфекциясының асқыну қаупі жоғарлауы мүмкін. SARS-CoV-2 –мен ACE2 байланысқаннан кейін ағзадағы ACE2 деңгейі айтарлықтай төмендейді. Соның салдарынан ангиотензин 1-7 деңгейі төмендеп, бұл вазоконстрикцияға, қабынуға және преэклампсияда пайда болатын прокоагулопатиялық өзгерістерге әкелуі мүмкін. Бірақ ғалымдардың зерттеуі бойынша жүктілік кезде ACE2 ферментінің ұрықжолдастан көптеп экспрессиялануы есебінен ангиотензин II-ні ангиотензин 1-7-ге айналдырып, ол жүкті әйелдерде SARS-CoV-2-тің жеңіл ағымда өтуіне көмек береді деген тұжырымдамалар бар. Бұл алынып отырған ғылыми шолу жүктілік кезіндегі SARS-CoV-2 мен ACE2 –нің өзара байланысын ашады.

### **Зерттеудің мақсаты:**

Ангиотензинге-айналдырушы 2 ферменттің (ACE2) жүктілік кезде ұрықжолдастан көптеп экспрессиялануы, сонымен қатар оның белсенділігінің жоғарылауы SARS-CoV-2 инфекциясының ұрықжолдасқа енуіне және жүкті әйелдерде преэклампсиялық асқынулар тудыруы мүмкін бе? Әлде ACE2 ферменттің көптеп экспрессиялануы жүктілердегі SARS-CoV-2 инфекциясының жеңіл ағымда өтуіне ықпал жасайды ма? Осы сұрақтарға дәлелді медициналық ақпараттар арқылы шолу жасап, соған сүйене отырып қорытынды шығару.

### **Материалдар мен әдістер:**

Жүктілік кезіндегі COVID-19-ға қатысты зерттеулер мен COVID-19-дан туындаған иммундық жүйенің өзгерістерін талдау PubMed, Scopus, Lancet, BJOG, BMJ, және Google Scholar сияқты мәліметтер базасы арқылы жүргізілді. Деректер базасын іздеу COVID-19, SARS-CoV-2, pregnancy, ACE2, Ang 1-7, preeclampsia, placenta кілт сөздері арқылы жүргізілді.

Ана мен бала бөлімі, акушерлік бөлім, Vall d’Hebron университеттік ауруханасы, Барселона автономды университеті, Испания ғалымдары Манель Мендоса және оның әріптестері перспективалық бақылау зерттеу жұмысын жүргізген. Зерттеуге 1 ұрықты 20 аптадан жоғары COVID-19 оң нәтижелі 42 әйел іріктеліп алынған. Ол әйелдерді COVID-19 жеңіл дәрежелі және ауыр дәрежелі COVID-19 деп 2 топқа бөлді. Преэклампсияға күдікті әйелдерде жатыр артерияларының пульсация индексі (UtAPI) және ангиогендік факторлар (еритін fms-тәрізді тирозинкиназа-1/плацентарлы өсу факторы [sFlt-1/PlGF]) бағаланды. Негізгі қорытынды көрсеткіштері:

Гипертония, протеинурия, тромбоцитопения, бауыр ферменттері деңгейінің жоғарылауы, аномальды UTAPI және sFlt-1/PlGF жоғарылауы сияқты преэклампсиямен байланысты белгілердің болуы .

### **Зерттеу нәтижелері:**

34 әйелде жағдай ауыр емес деп тіркелген, ал 8 жағдай ауыр COVID - 19 ретінде тіркелген. Алты (14,3%) әйелде преэклампсия белгілері болған, олардың алтауы да covid-19 (75,0%) ауыр жағдайларына жатқызылған. Алайда, аномальды sFlt-1 / PlGF және UTAPI тек бір жағдайда ғана көрінген. Ауыр пневмониядан жызылған соң 2 әйелде преэклампсияға ұқсас синдром жойылған және олар жүктілікті жалғастырған. Ауыр covid-19 формасы бар жүкті әйелдерде преэклампсияға ұқсас синдром дамуы мүмкін, оны sFlt-1/PlGF, UTAPI бағалауы арқылы шын преэклампсиядан ажыратуға болады. Медицина қызметкерлері ауыр COVID - 19 болған кезде преэклампсияға ұқсас синдром болатыны туралы және оны шын преэклампсиядан ажырата алып, преэклампсияға күдікпен жүктілікті әйелдерді мұқият қадағалап отыруы керек деп Испания ғалымдары қорытындылады. Бірақ бұндай қорытындыға бразилия ғалымдары қосылмайтынын жеткізді Біріншіден, біз COVID-19 преэклампсияда байқалатын қабынулық белгілерді шақыра алады деп келісетін болсақ та, екі ауру да жүйелік қабынумен байланысты деп саналады, 2,3 бұл негіздеме екі әйелдің клиникалық ағымын ғана байланысты, бірақ төрт әйелдің жағдайына емес. Екіншіден, преэклампсияның барлық жағдайлары бірдей емес. Ерте және кеш басталатын преэклампсияның өзіндік ерекшеліктері бар, осы екі жағдайдың патогенезі әртүрлі, ал UtAPI және sFlt-1/PlGF сияқты маркерлер ерте басталған преэклампсияның белгісі болуы мүмкін , бірақ кеш басталған преэклампсияныкі емес. 4 Сондықтан, қолда бар дәлелдерге сүйене отырып, біз бұл маркерлерді COVID-19 инфекциясы жағдайында преэклампсияны алып тастау үшін қолдануға болады деп санамаймыз. Жазылып шыққан екі әйел екінші триместрде болды (20-24 апта) және ауыр пневмония болды, сондықтан оларда преэклампсия/HELLP тәрізді жағдайға болуы мүмкін (гемолиз, бауыр ферменттерінің жоғарылауы және тромбоциттердің төмендеуі ). COVID-19 қабыну жағдайымен байланысты болуы мүмкін. Қалған босанған әйелдерде тек осы маркерлер бойынша преэклампсияны жоққа шығаруға болмайды, өйткені олардың гестациялық мерзімі едәуір жоғары болды (28, 30, 36 және 37 апта гестациялық мерзімі).

**Қорытынды:** Жүкті әйелдер көбінесе SARS-CoV-2 инфекциясын жеңіл және орташа ағымда өткізген. Асқынған әйелдерде олардың гестационды гипертензия, гестационды қант диабеті, семіздік сияқты қосымша аурулары болған. SARS-CoV-2 инфекциясы кезінде ACE2 ферментінің патогенезіне өте маңызды қызмет атқарады. Ол жүктілік кезде ұрықжолдастан көптеп экспрессиялануы жүктілік уақытындағы гипертензияның алдын алып, гемодинамиканы, гомеостазды, физиологиялық процесстерді реттеп отырады. Бірақ бұл ACE2 ферменті SARS-CoV-2 ұрықжолдасқа кірер қақпа болып және анадан балаға инфекция тікелей берілуі әбден мүмкін , сонымен қатар ұрықжолдас мембранада ACE2 және TMPRSS2 коэкспрессиясының аз туралы мәлімет бар, бірақ бұл жоғарыда айтылған тұжырымды жоққа шығара алмайды. Егерде SARS-CoV-2 ұрықжолдасқа жұқса онда жүктілік кезінде неше түрлі асқыналарға алып келеді түсік, преэклампсия ұқсас синдромға, баланың құрсақ ішілік дамымауына, мерзімінен бұрын босану сияқты ауыр асқынысқа алып келуі мүмкін.

SARS-CoV-2 жұқтырған жүкті әйелдерде преэклампсияға ұқсас белгілердің пайда болын аңғардық оларға протеинурия, бауыр ферменттерінің жоғарылауына, тромбоцитопения, және қабынуға қарсы маркерлердің жоғарылауы жатады. Сондықтан шынайы преэклампсияны диагностикалау өте қиын болуы мүмкін. Жоғарыда көрсетілген зерттеулерге сүйеніп PlGF, sFlt-1 және sFlt-1/PlGF осы зерттеулер арқылы SARS-CoV-2 кезінде пайда болған преэклампсияға ұқсас синдромды шынайы преэклампсиядан дифдиагностика жасап екі жағдайда өздеріне сай тактиканы жүргізуіміз қажет. ACE2 толық зерттеу болашақта SARS-CoV-2 инфекциясында үлкен жаналықтарды ашады деген сенімдеміз.



