

ISSN1680-0818



**АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ
ЖӘНЕ ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

**АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ
И ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

ЖУРНАЛ

1(91) • 2023

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

АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ПЕРИНАТОЛОГИЯ

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ И ПЕРИНАТОЛОГИЯ

1 (91) • 2023 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
Общественное объединение
«Общество инвалидов и социальной
адаптации»
г. Алматы, ул. Амангелды, 52а, оф.2
тел. +7 707 816 11 02

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИВЕТСТВЕННЫЕ СЛОВА

8

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНДУКЦИИ РОДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «ГЛАНДИН-Е2»

19

*Уразбаева Г.Г., Терликбаева А.Т., Аимбетова А.Р., Базылбекова З.О.
АО «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии»,
г. Алматы, Казахстан*

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

28

*Уразбаева Г.Г., Терликбаева А.Т., Каюпова Л.С., Курманова А.М., Салимбаева Д.Н.,
Захарьянова М.Б., Аязбеков А.К., Сагындыкова Б.Б., Ержигит М.
АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы, Казахстан*

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

33

*Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М., Даулетова М.Ж.
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр акушерства и гинекологии
г. Ташкент, Узбекистан*

АЙТВ-СТАТУСЫ ОҢ ӘЙЕЛДЕРДЕ ЖҮКТІЛІК АЛДЫ ДАЙЫНДЫҚТЫ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ

35

*Билибаева Ф.Ж., Оспанова Д.А.
«Қоғамдық денсаулық сақтау» Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы қ., Қазақстан*

ДОРОДОВЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК: ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АКТИВНОЙ ТАКТИКЕ

37

*Жұмабай Л.О., Калидинова А.Е., Бегниязова Ж.С., Омарова Г.К.
НАО «КазНМУ им С.Ж. Асфендиярова»
г. Алматы, Казахстан*

ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КЕЙБІР ФУНКЦИЯЛАРЫН ТӘЖІРБИЕСІ КЕҢЕЙТІЛГЕН МЕЙІРГЕРІНЕ БЕРУДІҢ ӨЗЕКТІ СҰРАҚТАРЫ

39

*Закирова Д.З.¹⁻³, Мамырбекова С.А.¹, Аязбеков А.К.²⁻³
¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті Алматы қ., Қазақстан
²Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ
³ШЖҚ «№3 Облыстық перинаталдық орталық» МКК
Түркістан қ., Қазақстан*

THE RESULTS OF THE USE OF AMNIOREDUCTION IN POLYHYDRAMNIOS

42

*Igamberdieva D.U., Yusupbaev R.B., Dauletova M.J.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center
for Obstetrics and Gynecology
Tashkent, Uzbekistan*

<u>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАТОГЕННОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ</u>	43
<i>Ильясов А.Б. Республиканский специализированный научно-практический центр акушерства и гинекологии г. Ташкент, Узбекистан</i>	
<u>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (обзор литературы)</u>	46
<i>Исенова С.Ш., Ли А.А., Сембаева Б.Ж. НАО «Казахский Национальный Университет им С.Д. Асфендиярова» г. Алматы, Казахстан</i>	
<u>АКУШЕРСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК</u>	49
<i>Калидинова А.Е., Жұмабай Л.О., Канигаева А.М., Аймаханова А.Ш., Омарова Г.К. НАО «КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова» г. Алматы, Казахстан</i>	
<u>ОСОБЕННОСТИ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И COVID-19</u>	51
<i>Каримова Л.А., Нишанова Ф.П. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии г. Ташкент, Узбекистан</i>	
<u>АНЕМИЯМЕН ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</u>	53
<i>Қуаныш С., Есжанова А.А., Мырзахметова С.Н. «Астана медицина университеті» КеАҚ Астана қ., Қазақстан</i>	
<u>POLYMORPHISM OF THE GENES RESPONSIBLE FOR THE FUNCTIONS OF THE ENDOTHELIAL SYSTEM IN PREGNANT WOMEN IN UZBEKISTAN</u>	55
<i>Mirzakhodjaeva D.B., Mavlyanova N.N., Nishanova F.P., Dauletova M.J. Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology Tashkent, Uzbekistan</i>	
<u>АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ САЛАСЫНДА ҚАЗАҚСТАН-БЕЛОРУСЬ АРАСЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРІБЕ АЛМАСУДЫ НЫҒАЙТУ</u>	57
<i>Наханова Ж.К. «Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан</i>	
<u>ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ИНДУКЦИИ РОДОВ В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ</u>	59
<i>Нурманова Р.Р., Юлдашбекова Д.К., Расилова А.М., Бегниязова Ж.С., Омарова Г.К. НАО «КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова» г. Алматы, Казахстан</i>	
<u>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАХОДКИ ПРИ КОВИД-19 (АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ)</u>	62
<i>Сапарғалиева А.Д., Ефименко И.Г. АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» г. Алматы, Казахстан</i>	

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТАХ ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ	69
------------------------------------------------------------------------	----

Черепкова Н. В. ^{1,2}, Ефименко И. Г. ², Кудрина Н. О. ¹

¹ КазНУ им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан

² АО НЦАГиП, Алматы, Казахстан

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК	71
------------------------------------------------------------------	----

Шарипова Х.К.

НАО «Медицинский университет Астаны», г. Астана, Казахстан

MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH SEVERE UTERO-FETUS-PLACENTAL DISTURBANCES	80
-----------------------------------------------------------------------------	----

Yusupbaev R.B., Babakhanova A.M., Dauletova M.J.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology

Tashkent, Uzbekistan

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	83
------------------------------------------------------------------------------------	----

Мамедалиева Н.М., Курманова А.М.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии,

г. Алматы, Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ БЕСПЛОДИИ	86
------------------------------------------------------------------------	----

Жалимбетова Ж.Ш., Ибраимов Б.А.

Корпоративный фонд «University Medical Center», г. Астана, Казахстан

АУЫЛДЫҚ АЙМАҚТА ТҮРАТЫН ҚЫЗ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЖЫНЫСТЫҚ ДАМУЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (Түркістан облысы)	87
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Нурхасимова Р.Г., Аязбеков А.К., Искакова Г.Ш.

Х.А.Ясауи атындағы ХҚТУ медицина факультеті Түркістан қ., Қазақстан

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ХАРАКТЕРОМ ИЗМЕНЕНИЯ АРОМАТАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ЯИЧНИКОВ И ГОРМОНАМИ ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ СПКЯ	99
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Садирова С.С.

“Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии”, г.Ташкент, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ	101
-----------------------------------------------------------------------	-----

Садуакасова Ш.М., Асанова С.М., Әбілхан Н.Б., Дәрібай Б.Д., Зиноллаева А.Н., Пай Д.И., Садовская М.В., Шоколова А.Д.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра акушерства и гинекологии г. Алматы, Казахстан*

ОТЧЁТ ПО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОМУ АУДИТУ ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2022 ГОД 103
Саматова Н.Е., Джаксалыкова К.К., Карин Б.Т.
НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРИИ ПО ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЮ В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ. ОПЫТ УЗБЕКИСТАНА 105
Файзырахманова М.М.
ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, г. Ташкент, Узбекистан

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАВАГИНАЛЬНОЙ NIFU ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ, СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И СИНДРОМА ШИРОКОГО ВЛАГАЛИЩА. 108
Khairusheva I., MD Apolikhina I.
Aesthetic surgery clinic «Tulip Medicine»

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДА ТҮРАТЫН ӘЙЕЛДЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІК ҚЫЗМЕТІНЕ КОРОНАВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ӘСЕРІ 119
Худайбергенова С.С., Нурхасимова Р.Г., Аязбеков А.К.
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ -түрік университетінің акушерия және гинекология кафедрасы Түркістан қ., Қазақстан

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ЭЛАСТИЧЕСКИХ ВОЛОКОН RS2018736 A456С ГЕНА *FBLN* В РАЗВИТИЯ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ 122
Шомиров Д.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии г. Ташкент Узбекистан

ПЕРИНАТОЛОГИЯ

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D КАК ПРИЧИНА И СЛЕДСТВИЕ МАКРОСОМИИ ПЛОДА 124
Аильбаева Н.М., Алимбаева А.Р., Гейнц Е.А., Танатаров С.З.,
Аильбаева Ш.М., Тайоразова Г.Б., Нигманова М.Ш.
НАО «Медицинский Университет Семей» г. Семей, Казахстан

BORN BY A REVOLUTION IN NEONATOLOGY. STABILIZATION OF PREMATURE CHILDREN BY THE METHOD (LISA) IN THE PERINATAL CENTER OF THE ZHAMBYL REGIONAL MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL 125
Alimukhamedov U.R., Tolykbaev T.ZH., Asanova L.KH., Khan L.M.,
Rustemov M.R., Khudaibergenov SH.A., Sultamuratova F.B., Sadykova A.ZH., Alimukhamedova D.K.
Zhambyl Regional Multidisciplinary Hospital, Taraz, Kazakhstan
Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology Almaty, Kazakhstan

CLINICAL CASE: EARLY NEONATAL SEPSIS IN A PREMATURE BABY WITH EXTREME LOW BODY WEIGHT 126
Alimukhamedov U.R., Tolykbaev T.ZH., Asanova L.KH., Khan L.M.,
Rustemov M.R., Khudaibergenov SH.A., Sultamuratova F.B., Sadykova A.ZH., Alimukhamedova D.K.
Zhambyl Regional Multidisciplinary Hospital Taraz, Kazakhstan
Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology Almaty, Kazakhstan

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ БЛАГОПОЛУЧИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.«UNO-NEO» УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МАТРАС <i>(литературный обзор)</i>	131
<i>Алимухамедов У.Р., Садыкова А.Ж. Толыкбаев Т.Ж., Султамуратова Ф.Б., Алимухамедова Д.К. АО Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Алматы, Казахстан</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МАНДИБУЛОФАЦИАЛЬНЫЙ ДИОСТОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО	137
<i>Битимирова А.О., Алибекова Б.А., Алимбаева А.Р. НАО «Медицинский университет Семей» г. Семей, Казахстан</i>	
НӨРЕСТЕЛЕР АРАСЫНДА ГЕМОЛИТИКАЛЫҚ АУРУДЫҢ КЕЗДЕСУ ЖИЛІГІ ЖӘНЕ СОҢЫ	140
<i>Имашева Н.А., Алибекова Б.А. КеАҚ «Семей медицина университеті» Семей қ., Қазақстан</i>	
НӨРЕСТЕДЕ МАРФАН СИНДРОМЫНЫҢ АЛҒАШ АНЫҚТАЛУЫ	141
<i>Имашева Н.А., Алибекова Б.А. КеАҚ «Семей медицина университеті» Семей қ., Қазақстан</i>	
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ	143
<i>Омаргазина Б.С. НАО «Медицинский Университет Астана», г. Астана, Казахстан</i>	
СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА TNF-А ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	146
<i>Сулейманова Л. И.¹, Камалов З.С.², Рахманкулова З.Ж.¹, Набиева У.П.² ¹Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан ² Институт иммунологии и геномики человека АН Республики Узбекистана</i>	
АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	147
<i>Тайоразова Г.Б., Алимбаева А.Р., Гейнц Е.А., Танатаров С.З., Аильбаева Н.М., Нигманова М.Ш., Аильбаева Ш.М. НАО «Медицинский Университет Семей», г.Семей, Республика Казахстан</i>	
СТАБИЛИЗАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ПО МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ LISA3A 2022 ГОД В ЖОМБ	149
<i>Толыкбаев Т.Ж., Туленбетова А.Г., Асанова Л.Х. Жамбылская областная многопрофильная больница, г. Тараз, Казахстан</i>	
НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ	150
<i>Толыкбаев Т.Ж., Худайбергенов Ш.А., Асанова Л.Х. Жамбылская областная многопрофильная больница, г. Тараз, Казахстан</i>	
МОЛНИЕНОСНАЯ ПУРПУРА НОВОРОЖДЕННЫХ. ДЕФИЦИТ ПРОТЕИНА С: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	152
<i>Тортаева Г.С., Букибаева Г.Т. Корпоративный фонд «University Medical Center», г. Астана, Казахстан</i>	

ПРИВЕТСТВЕННЫЕ СЛОВА:

ГИНИЯТ АЖАР

Министр здравоохранения Республики Казахстан



**Қайырлы күн құрметті әріптестер,
құрметті Конгреске қатысушылар!**

Елімізде ана мен бала денсаулығын сақтау медицина саласындағы ең өзекті, көкейкесті мәселе. Ұлт саулығы, ұрпақ амандығы аналардың денсаулығы мен өмір сүру сапасымен тікелей байланысты екені баршамызға мәлім. Сондықтан бүгінгі өткізіліп отырған шараның ана мен бала денсаулығын нығайту үшін маңызды екенін бәріміз де түсінеміз.

Уважаемые коллеги, уважаемые участники сегодняшнего конгресса от имени Министерства здравоохранения хочу приветствовать вас на I Международном конгрессе акушер-гинекологов Казахстана «Здоровье семьи – будущее Казахстана». Вопросы которые вы будете сегодня рассматривать и поднимать в рамках данного конгресса являются наиболее актуальными. В Казахстане меры государственной политики по охране здоровья матери и ребёнка являются одними из приоритетных задач и отражаются в стратегических документах, в государственных программах развития страны, в международных обязательствах.

В стране развиты инфраструктура и сеть организаций службы охраны здоровья женщин и детей, имеется географический доступ населения к медицинским услугам без существенных региональных различий и гарантированный государством бесплатный объём первичной специализированной медицинской помощи. В то же время за последние десять лет в стране построены всего шесть перинатальных центров. А остальные экспортируются двадцать и более лет. Министерством рассмотрен вопрос о строительстве 13 современных перинатальных центров. В этой связи на сегодняшний день, мы начали работу по разработке проектной и сметной документации. Так же в целях повышения уровня оказания медицинской помощи сельскому населению, реализуется национальный проект «Модернизация сельского здравоохранения», в рамках которого будут построены около 700 объектов ПМСП и акушерка появится уже в населённом пункте, где проживает 500 человек.

На протяжении последних лет в стране наблюдается рост рождаемости. Ежегодно рождаются более 400 000 детей. В Казахстане охват дородового наблюдения довольно высок. 99% беременных хотя бы один раз за время беременности проходят дородовое обследование у квалификационного медицинского персонала.

В рамках пандемии COVID-19, Казахстан как и большинство стран мира, столкнулся с различными проблемами, касающимися предоставления медицинских услуг населению; отмечался рост общей заболеваемости населения, в том числе женщины и детей; рост материнской и младенческой смертности. За прошлый год 2022 год нам удалось снизить материнскую смертность в 3 раза, младенческую смертность на 6% и на сегодня одним из наших главных направлений и задач является сохранение репродуктивного потенциала населения, снижение заболеваемости и смертности среди матерей и детей.

Также Министерством принимаются меры по обеспечению оздоровления и профилактики неинфекционных, инфекционных заболеваний, лечение реабилитации женщин и детей. В прошлом году мы вместе с вами усовершенствовали стандарты оказания акушерско-гинекологической помощи, педиатрической помощи, школьной медицины, организации проведения пренатального ультразвукового скрининга. Для улучшения качества пренатального скрининга в 20 регионах были созданы центры охраны плода, обучено более 200 специалистов по пренатальной диагностике. Под патронажем Министерства здравоохранения прорабатываются вопросы закупка оборудования для пренатального, офтальмологического, аудиологического скрининга. В 2022 году был запущен селективный скрининг новорожденных на 49 наследственных заболеваний обмена веществ, который успешно стартовал и будет проводиться повсеместно.

Продолжается работа по совершенствованию непрерывного профессионального обучения медицинских работников. В прошлом году только за счёт республиканского бюджета мы обучили более 1000 врачей, средних медработников по направлению охраны материнства и детства, в том числе и за рубежом - в Турции и Российской Федерации. Обучение за рубежом специалистов будет продолжено и в будущем. Бюджетную программу Министерства здравоохранения мы больше ориентируем на обучение и подготовку специалистов за рубежом в лучших мировых клиниках.

По поручению Главы государства К.Ж. Токаева с 2021 года осуществляется реализация специальной программы «Аңсаған сәби», в результате которой за 2 года 14000 женщинам стали доступны вспомогательные репродуктивные технологии, родилось более 4000 долгожданных детей. Данная программа также будет продолжена до 2025 года в рамках реализации Национального проекта «Здоровая нация».

Также по поручению главы государства идёт поддержка увеличения заработной платы медицинских работников. В прошлом году были пересмотрены тарифы и на медицинские услуги, так тарифы на роды был увеличен на 30%.

На сегодняшний день Министерством здравоохранения разрабатывается концепция по охране материнства и детства, реализация основных направлений концепции обеспечит к 2030 году формирование здорового образа жизни населения, также совершенствование системы здравоохранения, позволяющее оказывать доступную качественную медицинскую помощь женщинам и детям. Таким образом, Министерство, как и прежде, будет принимать активное участие в продвижение вопросов по улучшению службы родовспоможения и детства.

Надеюсь, что данный Конгресс внесет вклад на реализацию целей устойчивого развития на благо нашей страны. Желаю всем участникам Конгресса ярких впечатлений, интересных дискуссий и плодотворные работы. Всем желаю счастья и здоровья. Рахмет, за внимание!

КАЮПОВА НИНА АМИРОВНА

Заслуженный деятель Казахстана, д.м.н., профессор



Сегодня в нашей жизни, в жизни казахстанского общества огромное важное событие. Наш центр, как вклад в науку акушерско- гинекологической службы, проводит I Международный Конгресс.

Я посмотрела, что означает слово «конгресс». Конгресс — это латинское слово, означающее «широкое общение». Под эгидой Конгресса нам предстоит обсудить чрезвычайно жизненно важные вопросы для того, чтобы нам определиться, какой вклад акушеры-гинекологи Казахстана внесут в дальнейшее развитие, процветание и построение нового Казахстана, в реализацию тех задач и программных проблем, о которых говорит президент Казахстана, Касым-Жомарт Кемелевич Токаев.

Если оглянуться назад и посмотреть на летопись, в свое время наш Центр назывался Казахский научно-исследовательский центр акушерства и гинекологии, потом был переименован в Республиканский Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка, а сегодня это — Научный центр акушерства-гинекологии и перинатологии. Самые разнообразные формы общения мы проводили каждый год. Несмотря на трудности, которые были в 90-х годах, мы провели 10 съездов. Я говорю об этой летописи, потому что скоро мы будем отмечать 50-летие нашего Научного центра акушерства-гинекологии и перинатологии.

Профессия, конечно, наша очень сложная. Сегодня девиз нашего Конгресса это: «Здоровая семья — будущее Казахстана». Как сейчас сказала министр здравоохранения Ажар Гиниятовна, проблема охраны материнства и детства возведена в нашей стране в рамки государственной политики. Когда я была депутатом сената парламента, мы проводили парламентские слушания. В 2001 году парламентские слушания были посвящены состоянию и перспективам развития здравоохранения Казахстана, а в 2003 году были проведены парламентские слушания: «Охрана семьи, материнства и детства». Я вспоминаю, что в республиканском бюджете тогда была отдельная программа «Охрана материнства и детства», которая имела свое финансирование. Наше государство и правительство всегда уделяло особое внимание проблеме материнства и детства. Конечно, на сегодняшний день много проблем. В 2001 году был проведен Год семьи, и тогда мы выступали с инициативой, что стране нужен закон, оценивающий материнство как труд. Труд по рождению здорового ребенка, по его уходу и воспитанию, закон, который бы определил статус многодетных матерей. Я думаю, что все эти проблемы будут рассматриваться и решаться.

Говоря в целом о той грандиозной работе, которая проводило акушерско-гинекологическое сообщество в Казахстане, я хочу сегодня сказать о том, что самый главный вопрос — это был вопрос подготовки научных кадров.

С 1985 года по 2010 год, когда был диссертационный совет, в Казахстане было подготовлено 48 докторов наук. В то время, когда в 70-е годы, Торегельды Шарманович назначил меня главным акушером-гинекологом Министерства здравоохранения, первый вопрос, который он мне задал: «Какие проблемы в акушерстве и гинекологии?». Я ответила, что у нас всего 3 доктора наук и нам нужна подготовка кадров. И тогда началась интенсивная работа. С 1985 по 2010 год было подготовлено 48 докторов наук, из них 37 докторов наук — это сотрудники нашего Научного центра. 11 докторов наук — это сотрудники кафедр и из практического здравоохранения. Из 37 докторов наук — сотрудников кафедр и сотрудников Центра — 11 сотрудников. Если 37 пошли по специальности акушерство-гинекология, то остальные 11 пошли по специальности биохимия, патоморфология, цитология, медицинская генетика, анестезиология и реаниматология. То есть, шёл такой интенсивный напряженный творческий труд по подготовке научных кадров. Потому что без научного осмысления, без научно обоснованной программы мы не могли внедрять свои практические рекомендации в здравоохранение. Это был огромный труд, жизнь кипела. Это была творческая, деловая обстановка. Я уже не говорю о кандидатах медицинских наук, которые прошли через наш Центр и которые защищались вот здесь, в этом зале, на заседаниях и диссертационных советах. Это история, о которой мы должны говорить. Это всё то, что сделано и наработано нашими акушерами-гинекологами Казахстана.

Я всегда со всех трибун говорю о том, что самая святая специальность на свете, отвечающая за две жизни, это специальность акушера-гинеколога. И выбор профессии врача акушера-гинеколога, и служение ему — это основа всего. Потому что акушеры-гинекологи стоят и продолжают род человеческий. Поэтому, когда мы говорим о нашей службе, то мы с гордостью вспоминаем и своих учителей, и своих коллег, которые много-много лет работают. Но я всегда вспоминаю слова великого ученого Гиппократ, который в четвертом веке до новой эры написал про науку «о бабичьем деле и искусстве повивания». И каждый из нас служит этой науке. Медицина — это особая отрасль, которая требует к себе пристального внимания. Это отрасль, которая служит человеку, а не обслуживает. С этих позиций мы всегда подходим с чувством милосердия и сострадания ко всем нашим пациенткам, которые на сегодняшний день продолжают род человеческий и улучшают демографическую ситуацию в Казахстане.

Вместе с тем мне хотелось сказать об острой проблеме, которая сегодня стоит перед нашей службой. Такого у нас никогда не было. Я запросила статистические данные об обеспеченности врачами акушерами-гинекологами. На сегодня в Казахстане трудится всего 3800 акушеров-гинекологов. Меньше 4000 врачей акушеров-гинекологов у нас никогда не было. Если взять за основу показатель, который должен быть и который никто не отменял — это 12 врачей на 1000 родов. Но сегодня в Казахстане всего 9 врачей на 1000 родов. У нас есть области, где обеспеченность 5-7 врачей на 1000 родов. Это проблема, которая сегодня требует существенного изменения отношения к подготовке практических врачей. Если переложить, что нам необходимо 12 врачей на 1000 родов, то по Казахстану не хватает 1008 врачей. Когда их подготовить и где — это огромный вопрос, который требует, конечно, государственного подхода. Я уверена в том, что наша страна и наше государство будут уделять особое внимание нашей акушерско-гинекологической службе. Конечно, хотелось бы в первую очередь решить кадровый вопрос: подготовка научных кадров и подготовка врачей акушеров-гинекологов.

Я вас всех поздравляю с сегодняшним днем. С тем, что сегодня открылся I Международный Конгресс. На сегодняшний день должен состояться хороший диалог, профессиональный разговор о тех болях и проблемах, которые сегодня существуют. Тем более, что Гульфайруз Галымовна, как главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения, будет решать на уровне Министерства все вопросы. Я сегодня особо хочу трогательно сказать о Тамаре Курмангалиевне. Тамара Курмангалиевна — наш большой друг и профессионал. Она основатель

неонатологической службы Казахстана Я помню, когда ее кафедра базировалась на базе нашего Центра, когда мы были на Байзакова. Все неонатологи, которые есть на сегодняшний день в Казахстане, прошли школу Тамары Курмангалиевны. Удачи и здоровья, чтобы вы всегда оставались таким профессионалом и нежным человеком, истинным неонатологом. И второй человек, о котором я хотела бы сказать — Иван Абрамович Янцен. Бессленный акушер-гинеколог Костанайской области, который трудится честно. Я вам желаю здоровья, счастья. Столько пройдено с нами вместе, спасибо вам большое. Я вижу много новых лиц, и вы вливаетесь. Идет следующее поколение, которое достойно, чтобы трудиться и осчастливливать семьи. Как я уже сказала, девиз нашего Конгресса: «Здоровья семья — будущее Казахстана». Наша огромная акушерско-гинекологическая семья имеет много добрых традиций и много моментов, о которых, конечно, мы постараемся в своей летописи изложить. Я вас всех обнимаю и желаю вам всего хорошего, доброго. Удачи, успехов и не унывайте! Эти рожденные маленькие дети вас благодарят, и их родители. Это самое бесценное на свете.

АЛЬНАЗАРОВА АҚМАРАЛ ШАРИПБАЕВНА

Депутат Сената Парламента Республики Казахстан



**Қайырлы күн, құрметті әріптестер!
Қадірлі Қазақстанның елінің қонақтары!
Қазақстан еліне қош келдіңіздер!**

Бүгінгі бірінші халықаралық Конгрессының ашылуымен шын жүректен құттықтаймын!

Для меня большая честь, как для педиатра, находиться в кругу кореев нашего казахстанского здравоохранения, международных экспертов.

В Казахстане делается очень многое в плане охраны здоровья материнства и детства, вообще в целом в здравоохранении. 2022 год прошел под эгидой «Год ребенка». 2021 год был объявлен Главой государства «Годом молодежи». И за последние 3 года Правительством предпринимаются беспрецедентные меры по повышению заработной платы медицинских работников. Сегодня она в 2 раза выше средней заработной платы в экономике страны. Вместе с тем, конечно, есть задачи, которые нам необходимо решать. И сегодня, используя площадку этого Конгресса, нам очень интересен услышать опыт наших экспертов в данной сфере из зарубежных стран, потому что все мы сталкиваемся с проблемами, которые характерны для наших стран и отдельно в каждой стране есть свои особенности. Министерство здравоохранения уделяет огромное внимание строительству и масштабному обновлению объектов ПМСП страны, как основы здравоохранения, строительству перинатальных центров из средств республиканского бюджета. Работа в этом направлении ведется. Сегодня в стенах Парламента находится законопроект по повышению статуса медицинских работников и о социальном и профессиональном страховании. Буквально вчера Глава государства поручил качественно отработать этот законопроект. В этом плане мы будем дальше работать.

Я хочу действительно оживить слова Нины Амировны Каюповой, потому что вопросы кадрового дефицита уже носят хронический, перманентный характер. Несмотря на ежегодное увеличение грантов, на увеличение заработной платы, мы именно в сфере детства и родовспоможения наблюдаем постоянный дефицит кадров. Здесь действительно нужны дополнительные меры по поддержке, по мотивации, по подготовке медицинских кадров. Я думаю, нам нужно сейчас посмотреть опыт других стран и пересмотреть штатное расписание.

В службе родовспоможения чрезмерная нагрузка не способствует никак задержке наших кадров в этой отрасли. Есть другие механизмы. Мы сегодня с Министерством здравоохранения, с Парламентом Республики Казахстан совместно отработаем и, по поручению Главы государства, в этом законопроекте будут предусмотрены дополнительные меры.

Одними из вопросов, которые сегодня мы должны будем обсудить, это вопросы доступности медицинской помощи. С 2020 года в РК запущена система обязательного медицинского страхования. Все-таки есть слои населения, для которых помощь остается недоступной, среди них есть женщины фертильного возраста, поэтому прежде, чем полноценно говорить о плановом оздоровлении, планировании семьи и т.д. нам еще предстоит сделать немало работы.

В целом, репродуктивное здоровье девочек и подростков тоже не сходит с повестки дня как Министерства здравоохранения, так и Парламента. Мы тоже проводили, буквально 2 декабря, Правительственный час, где заслушали в целом проблемы системы здравоохранения и направили в Правительство свои предложения и рекомендации.

Сама я педиатр, у меня мама – акушер-гинеколог. И сегодня, находясь в вашей аудитории, я просто считаю своим долгом поддерживать в целом службу, поддерживать наших специалистов, моих коллег. Я хочу склонить голову перед Тamarой Курмангалиевной, моим научным руководителем. Нина Амировна, Вы сами, действительно, мама всей службы акушерства и гинекологии. Поэтому и в этом зале, и в этой аудитории сегодня сидят специалисты своего дела, которые действительно посвятили свою жизнь, в ущерб здоровью, в ущерб семье, в ущерб воспитанию детей, но посвятили свою жизнь служению здоровью. И когда вопрос стоит действительно о жизни и матери, и ребенка мы должны сделать все, чтобы не терять женщину от управляемых причин, не терять детей, и максимально прийти к тем показателям, которые достойны нашего населения.

Поэтому, уважаемые коллеги, я хочу еще раз вас поздравить и хочу надеяться на то, что это будет хорошей традицией. Международный первый конгресс... Пусть будет второй, десятый, пятнадцатый. И каждый год мы на этих площадках будем делиться и опытом, и теми достижениями, которые наши страны сегодня имеют. Каждому из нас есть, что сказать. Вместе с тем, я думаю, что сегодня будет полезно друг друга нам послушать. А Парламент со своей стороны и я, как сенатор, готова, уважаемые коллеги, всегда открыта, всем вашим предложениям. Хочу выразить большую благодарность коллективу нашего Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии за организацию. Еще раз хочу поблагодарить всех гостей, которые нашли время приехать. Очень насыщенная программа. И всем гостям, еще раз, добро пожаловать в Казахстан! Хочу пожелать плодотворной работы! Спасибо большое!

СКЕНДЕРА СЫЛА

Представитель ВОЗ – Руководителя Странового офиса ВОЗ в Казахстане



Құрметті халықаралық акушер-гинекологтар конгресінің қатысушылары! Дені сау отбасы-Қазақстанның болашағы!

Сіздерге Қазақстандағы Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының елдік кеңсесі атынан хабарласу мен үшін үлкен мәртебе. Сонымен қатар денсаулық сақтау министрлігі мен ұлттық акушерлік, гинекология және перинатология орталығына маңызды шараға қатысуға шақырғаны үшін ДДСҰ атынан үлкен алғысымды білдіргім келеді. Қазақстан ұзақ жылдар бойы әйелдер мен жаңа туған нәрестелердің денсаулығын жақсартуға қаражат салды. Бұл елде аналар мен балалардың денсаулығын жақсарту ісінде айтарлықтай прогреске қол жеткізілді. ДДСҰ осы сәттіліктің бір бөлігі мақтан тұтады. Дегенмен COVID 19 әлемнің көптеген елдеріндегі денсаулық сақтау жүйелеріне қауіп төндірді. Бұл конгресс аналарға, жаңа туған нәрестелерге қажеттілік туындаған кезде және қажет болған жағдайда, жоғары сапалы тиімді қызметтерді ұсынуға, негізгі дәлелді мәселелерді талқылауға және қарастыруға тамаша мүмкіндік болып табылады. Барлық адамдардың денсаулығы мен әл-ауқаты – ДДСҰ-ның жүрегі әрі мандаты мен күнделікті жұмысы. ДДСҰ Қазақстан Үкіметіне аналар мен жаңа туған нәрестелерге күтім жасаудың тиісті аспектілерін шешуде қажетті кәсіби және техникалық қолдау көрсетуді жалғастырады. Осы маңызды іс-шараға қатысушыларға жемісті пікірталас, интерактивті, ынтымақтастық, сондай-ақ, денсаулық сақтау жүйесін одан әрі жетілдіру және аналар мен жаңа туған нәрестелерге күтім жасаудың негізгі аспектілерін шешу бойынша нақты ұсыныстан әзірлеу қажет деп білемін. Тағы да үлкен алғысымды айтамын!

СУХИХ ГЕННАДИЙ ТИХОНОВИЧ

*Директор ФГБУ НМНЦАГиП им. академика В.И. Кулакова,
академик Российской Академии Наук*



Уважаемые и дорогие коллеги!

Для меня это огромная честь, от имени единственного Национального центра акушерства-гинекологии и перинатологии имени академика Кулакова в нашей стране, приветствовать I Международной Конгресс акушеров-гинекологов Казахстана с замечательным названием «Здоровье семьи — будущее Казахстана».

Я хочу сказать, что ваш Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии был основан очень давно, в 1975 году. Он хорошо нам известен, как и многие наши коллеги, которые работают сейчас там и руководят процессом. И мы понимаем, что это большое событие для Казахстана — классический международный формат этого Конгресса. Потому что это междисциплинарных широких форм событие, где будут обсуждаться вопросы акушерства, гинекологии, репродукции, эндокринологии. Очевидно, наука гинекологии и смежные области, которые поддерживают нас — это генетика, молекулярная биология, биохимия, то есть все процессы, которые существуют в нашей стране — блестяще развиваются в Казахстане. Мы с большим удовольствием наблюдаем за широким, каноническим, социальным, профессиональным развитием наших казахских друзей, и для нас огромная честь, что мы взаимодействуем, и бывшие страны Советского Союза, сейчас страны СНГ, в широком плане будут присутствовать на этом Конгрессе. Я очень рад, что вы смогли пригласить профессора Зубкова, профессора Ленишкину, Анну Александровну и нашего замечательного Андрея Евгеньевича Донникова, руководителя одной из крупнейших лабораторий генетики и молекулярной биологии нашего института. Я думаю возможно показать нашу сопряженность, наши достижения в области неонатологии, реанимации для неонатологии и широкий подход к суперсовременным методам диагностики и слежения развития плода. Радуемся успехам репродуктологов в Казахстане и мы с большим энтузиазмом встречаем наших коллег, когда они приезжают на курсы повышения квалификации в рамках G8 и других программ.

Хочу сказать, что мы любим вас. Мы помним вас. Я чувствую всегда нас единой семьей и мечтаю, чтобы конгрессов было больше, как и связи в телемедицинских консультациях, в обращениях за помощью, за лучшим обменом нашими достижениями и компетенциями. Поэтому Конгресс — это большое событие, но только один из штрихов нашей продолжительной и, надеюсь, большой и плодотворной истории. Пусть замечательные вещи, идущие от Советского Союза в будущее, будут нашим общим делом, симпатией и платформой для наших взаимоотношений. С огромным чувством бесконечной симпатии, благодарности и уважения, ваш Геннадий Сухих.

ШОРАНОВ МАРАТ ЕДИГЕЕВИЧ

*Ректор Казахского национального медицинского университета
им. С.Д. Асфендиярова*



Қазақстан акушер-гинекологтарының І Халықаралық Конгрессінің делегаттары!

Биыл өтіп жатқан Қазақстанда ана мен бала денсаулығын сақтауға арналған ең ауқымды іс-шаралардың біріне сіздерді қарсы алуға рұқсат етіңіздер!

Өткізілетін орны ретінде отандық медицинаның флагмандарының бірі болып табылатын акушерлік гинекология және перинатология ғылыми орталығы таңдалғаны көңіл қуантады. Бұл жерде босанған әйелдерге, сырқаттың ең ауыр жағдайларына тап болған гинекологиялық науқастарға жәрдемдеседі. Жыл сайын басқа жерлерде емдей алмайтын 7000 астам ең қауіпті дерті бар науқастарға жоғары мамандандырылған көмек көрсетіледі. Реанимация бөлімінде және дене салмағы өте төмен 350-ге жуық жаңа туған нәрестелер емделеді.

Уважаемые делегаты I Международного Конгресса акушеров-гинекологов Казахстана «Здоровья семьи – будущее Казахстана»!

В своей деятельности Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии внедрил новейшие научные технологии, центр является мощной базой для обучения специалистов в области акушерства и гинекологии, в том числе для резидентов Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Надо сказать, что акушерство и гинекология является одной из самых престижных медицинских специальностей, тем более что студентов здесь обучают ведущие специалисты с многолетним опытом, чьи доклады будут сегодня представлены на Конгрессе.

КазНМУ постоянно стремится подготовить лучших специалистов, давая нашим выпускникам самые оптимальные условия для получения максимального количества практических знаний. Всего же за последние 3 года КазНМУ выпустил 89 акушер-гинекологов.

Также хотелось бы отметить интересный факт именно сегодня 30 марта в Соединенных Штатах Америки и в Австралии отмечают День доктора. 30 марта 1842 американский хирург Кроуфорд Уильямс Лонг впервые в мире применил анестезию для удаления раковой опухоли из тела пациента. Наверное, нам всем, собравшимся в сегодняшнем Конгрессе, не нужно объяснять насколько важна анестезия в сфере акушерства и гинекологии.

Охрана здоровья матери и ребенка всегда является основным приоритетом и направлением развития отечественного здравоохранения. Внимание главы государства, правительство и всей медицинской общественности направлены на снижение репродуктивных потерь, улучшение состояния здоровья женщин, включая матерей, детей. Наша страна имеет уникальный опыт внедрения технологии экстракорпорального оплодотворения. И сегодня Казахстан претендует

на лидирующие позиции, ведь за прошедшие годы более 30000 семей смогли обрести шанс на воспитание своих детей. При этом услуги экстракорпорального оплодотворения предоставляется нашим гражданам совершенно бесплатно в рамках государственной программы «Аңсаған сәби».

Для каждого из нас нет на свете никого дороже матери. Наши самые заветные ценности прочно связана с понятием «мать земля, мать родина». Особое значение сегодня имеет наша народная мудрость «Отец воспитывает сына, мать воспитывает нацию». Будущее нашего народа зависит от воспитания подрастающего поколения. «Материнская любовь – это залог успехов наших детей» говорил на праздничном мероприятии, посвященном международному женскому дню Глава государства Қасым-Жомарт Кемелевич Тоқаев. Нашей страной уделяется большое внимание благополучие матерей, детей. А цель людей в белых халатах максимально бережно заботиться о здоровье наших поколений, будущих поколений. Для этого доступны все наиболее современные технологии. В этой связи хочу поблагодарить партнеров конгресса и другие медицинских организации, которые поддерживают нас сегодня в данном мероприятии. Ведь именно благодаря инновациям, разрабатываемым медицинскими компаниями, мы имеем сегодня возможность максимально эффективно внедрять новые технологии и доносить их до самых нуждающихся пациентов.

Сегодня отечественное здравоохранение реализует национальный проект «Здоровая нация», который является правопреемником государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан и включает конкретные достижимые задачи до 25 года. Реализация национального проекта будет способствовать повышению доступности медицинской помощи, сохранению здоровья беременных женщин и укреплению здоровья детей, охвату реабилитации детей с ограниченными возможностями, а также укреплению кадрового потенциала. Нам необходимо сформировать новое отношение к здоровью, как данные на всю жизнь ценностей.

Құрметті әріптестер, бүгінгі конгресс – алға қойған мақсаттарымызға жетуге маңызды қадам. Сонымен қатар ана мен бала денсаулығын сақтау саласындағы өзекті мәселелерді шешудің жаңа тәсілдерін іздестіруге зор үлес қосарына да сенім мол. Барлық қатысушыларға нәтижелі жұмыс пен табыс тілеймін! Сау-саламат болыңыздар!

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНДУКЦИИ РОДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «ГЛАНДИН-Е2»

*Уразбаева Г.Г., Терликбаева А.Т., Аимбетова А.Р., Базылбекова З.О.
АО «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии»,
г. Алматы, Казахстан*

Основным приоритетом акушерства является бережное родоразрешение, перинатальная охрана плода, снижение показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, уменьшение частоты родового травматизма для матери и новорожденного [1,2,3].

Американская ассоциация акушеров-гинекологов регламентирует применение индуцированных родов только в случае, если риск родоразрешения для матери и плода ниже, чем пролонгирование беременности [4].

При развитии осложнений гестационного процесса (прогрессирующее течение преэклампсии, перенашивание беременности), наличии соматических заболеваний выжидательная тактика не может считаться оправданной, если она приводит к материнской и перинатальной заболеваемости. В связи с развитием методов диагностики нарушений состояния плода актуальным является проблема досрочного прерывания беременности в интересах плода. Рост числа соматической патологии и акушерских осложнений во время беременности диктует необходимость в индукции родов [5,6,7].

Элективное родоразрешение путем индукции родов является вмешательством в естественный ход развития беременности и родов. Индукция родов – одна из самых распространенных процедур в современном акушерстве, ее частота за последние десятилетия увеличилась вдвое благодаря развитию перинатологии и, в частности, методов мониторинга состояния плода. В настоящее время каждая пятая беременная и 30-40% женщин, рожаящих естественным путем, проходят эту процедуру [8,9].

При отсутствии биологической готовности к родам плановое родоразрешение путем родовозбуждения может носить неэффективный характер, что приводит к возрастанию частоты акушерских осложнений: гипоксии плода, родового травматизма для матери и новорожденного, оперативного родоразрешения. Расширение показаний к абдоминальному родоразрешению ведет к увеличению числа женщин репродуктивного возраста с рубцом на матке, возрастанию частоты патологии плаценты (приращение и предлежание плаценты) и акушерских кровотечений [10,11,12].

Снижение частоты осложнений в родах возможно путем определения готовности организма беременной к родам, медикаментозной подготовки родовых путей, программированного родоразрешения у беременных группы высокого риска и с осложненным течением гестации.

Одним из условий для развития спонтанной родовой деятельности и правильной ее регуляции имеет готовность шейки матки, а также чувствительность миометрия к воздействию контрактильных веществ. Развитие родовой деятельности на фоне отсутствия биологической готовности к родам, нерациональное применение утеротонических препаратов приводит к формированию акушерских осложнений [10,11,12].

Многолетнее изучение существующих в настоящее время методов преиндукции и индукции родов позволило сформулировать показания, противопоказания, способы введения препаратов, тактику оказания помощи беременной при развитии осложнений [13,14,15].

Индивидуальный персонифицированный подход к рациональной подготовке беременных к родам при наличии акушерских показаний с использованием современных методов, благоприятно влияющих на биологическое созревание шейки матки и индукции родовой деятельности, способствует бережному родоразрешению через естественные родовые пути, снижает частоту оперативного родоразрешения, материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [13].

Основными физиологическими предпосылками и реализующими механизмами для нормального течения родового процесса в настоящее время можно считать:

а) сократительную деятельность миоцитов – гладкомышечных клеток, обладающих свойством спонтанной сократительной активности и способностью сокращаться под влиянием большого количества биологически активных веществ;

б) морфофункциональную перестройку архитектоники миометрия и сосудистой сети матки, особенно венозной, с образованием так называемого венозного синуса или «кавернозного тела»;

в) структурные изменения соединительной ткани, особенно шейки матки и нижнего сегмента [1].

К сроку доношенной беременности в ткани шейки матки начинают происходить сложные биохимические и гистохимические процессы, приводящие к изменению структуры органа. Процесс размягчения и укорочения шейки матки принято называть «созреванием» шейки матки. Адаптивная морфофункциональная реконструкция шейки матки во время беременности и последующих родов соответствует основному биологическому закону -соответствие структуры и функции. Соединительная ткань шейки матки представлена коллагеновыми и эластиновыми волокнами, между которыми располагается рыхлая соединительная ткань. Принципиально важными изменениями морфоструктуры шейки матки перед родами являются процессы деградации его коллагенового остова, меняющие механические свойства ткани. В процессе созревания шейки матки происходит деструкция коллагеновых волокон под действием коллагеназы и простагландина E₂, которые активно синтезируются после 38 недели гестации. Разрушенные коллагеновые волокна становятся в 2-3 раза более растяжимыми [14,15]. Гладкомышечная ткань в соединительнотканной части шейки матки находится в составе сосудов либо в виде редко разбросанных отдельных гладкомышечных клеток. Сосудистая система соединительнотканной части шейки матки имеет принципиальные особенности: помимо обычных для любого органа компонентов системы кровоснабжения - артерий, артериол, капилляров, венул и вен – формируется система сообщающихся между собой сосудов синусоидального типа – лакун. До наступления беременности данная система не функционирует; при гестации, особенно к доношенному сроку, регистрируется активация внутритканевого кровообращения с депонированием крови в венозных лакунах [14].

Ряд исследователей [14,15,16,17] показали, что в основе адаптивной трансформации шейки матки перед родами лежат изменения в соотношении между клеточным составом шейки матки. Кроме того, в соединительной ткани шейки матки увеличивается процесс гидратации, что также способствует изменению консистенции шейки матки.

В современном акушерстве одной из наиболее часто применяемых процедур является индукция родов. Частота индуцированных родов составляет от 15 до 30% от общего количества родов [18,19].

По данным американского и канадского национальных статистических центров, доля индуцированных родов в Северной Америке составляет более 20% [20].

В настоящее время разработаны показания и противопоказания для преиндукции и индукции родов, методы их проведения [1,13,14,15,17]. Проведение преиндукции родов предусматривает:

1. Наличие четких медицинских показаний, когда ожидаемый положительный эффект превосходит потенциальные риски, наличие стратегии проведения преиндукции и индукции родов.

2. Оценка степени зрелости шейки матки.

3. Соблюдение этапности подготовки шейки матки к родам и родовозбуждения.

4. Методологический подход.

5. Лечебное учреждение, уровень стационара — стационар второго уровня и выше (высококвалифицированные врачебные кадры, наличие оборудования для динамического контроля функциональных показателей женщины и плода).

6. Наличие информированного согласия женщины на преиндукцию и индукцию родов.

7. Четкое следование прописанных методик и алгоритмов по преиндукции и индукции родов в сроке доношенной беременности.

Наиболее распространенным методом оценки состояния шейки матки является пальпаторный. Зрелость шейки матки определяется по шкале Bishop (оригинальная шкала 1964 г. 12 баллов и модификация Burnett 1966 г. 15 баллов), шкале Burnhill в модификации Е.А. Чернуха, Г.Г. Хечинашвили и т.д. В 1966 г. J. Burnett была предложена модификация оригинальной шкалы, именно эта шкала наиболее распространена в мировом акушерстве и оценивает следующие параметры: раскрытие наружного зева, длину шейки матки, консистенцию шейки матки, положение шейки матки относительно проводной оси таза, расположение предлежащей части (относительно седалищных костей). Оценка зрелости шейки матки по шкале Bishop является мануальной, следовательно, главным и серьезным недостатком ее является субъективность интерпретации результатов мануального обследования. Чувствительность метода составляет 23%, специфичность — 88,2%, а модифицированной шкалы — 62% и 82% соответственно [1,14,19].

Для объективного описания состояния шейки матки и оптимизации тактики преиндукции родов был предложен новый метод оценки – эластография (ультразвуковое и ядерно-магнитно-резонансное исследование) [14]. В 2007 г. было опубликовано первое сообщение о применении эластографии у беременных женщин для оценки шейки матки. Метод основан на возможности ткани деформироваться под приложенным давлением: соответственно, более мягкая ткань легче деформируется, чем твердая, при приложении одинакового усилия. Группой исследователей на примере преиндукции родов с помощью гигроскопических расширителей в сочетании с пероральным приемом мифепристона была показана высокая эффективность эластографии в определении эффективности преиндукции родов [21,22].

Методы, способствующие созреванию шейки матки, получили широкое распространение в современном акушерстве.

Подготовка шейки матки с целью индукции родов простагландинами, согласно данным литературы, происходит за счет генерации маточных сокращений существенная роль при этом принадлежит простагландинам, которые способны стимулировать сокращения миометрия и приводить к созреванию и раскрытию шейки матки и высвобождению окситоцина из гипофиза матери и созданию низкого порога возбудимости по отношению к окситоцину [15]. Известно, что уровень простагландинов в периферической крови, моче и амниотической жидкости может повышаться в последнюю неделю беременности и достигать наивысших уровней до и во время родов. У простагландинов (ПГ) серии E имеются некоторые положительные свойства: расширение мелких артерий различных органов, снижение артериального давления (ПГЕ₂), улучшают кровоснабжение головного мозга, почек, печени, конечностей, повышение клиренса креатинина, повышение гломерулярной фильтрации, снижение повышенной способности тромбоцитов к агрегации, обусловленной беременностью, улучшение микроциркуляции. [15]. В настоящее время незрелость шейки матки встречается у каждой пятой роженицы, травматические повреждения неподготовленной (несозревшей) шейки матки отмечаются у каждой четвертой, что и является одним из показаний для проведения родовспомогательных мероприятий. С целью достижения оптимальной готовности организма к родам начиная с 70-десятых годов прошлого столетия нашли свое применение синтетические аналоги простагландинов E₂, представленные динопростомом [1,17,18,23].

Компоненты, вызывающие сокращение гладких мышц, были обнаружены в 1930 году Курзроком Р. в семенной жидкости человека, в 1936 году У. фон Эйлер ввел термин «простагландины», которым обозначил активный компонент семенной жидкости [24]. В 1957 году Бергстромом С. и Шеввалю Я. была выявлена природа простагландинов, им удалось выделить два вещества из семенных желез барана, одно из которых было названо простагландином F(PGF₂), из-за его способности растворяться в фосфатном буфере, - простагландином E (PGE₂), за способность растворяться в эфире. Простагландины-группа биологически активных веществ, относящихся

к ненасыщенным жирным кислотам, продуцируемым клетками различных органов и тканей, исключая эритроциты. Основным источником простагландина в матке у небеременной женщины является эндометрий, а во время беременности простагландины образуются в плаценте, децидуальной ткани и в амнионе [9,12]. Синтез простагландинов в организме регулируется гормонами эстрадиолом и прогестероном, а также катехоламинами [10].

Динопростон (простагландин E2) вырабатывается плацентой и плодными оболочками. Показано, что динопростон повышает в ШМ продукцию эластазы, коллагеназы, гиалуроновой кислоты, уменьшает количество дерматана сульфата, что способствует укорочению и раскрытию ШМ. Одновременно динопростон воздействует на мембранные кальциевые каналы и содержание циклического аденозинмонофосфата, способствуя активации сокращений миометрия. Следовательно, динопростон ускоряет созревание ШМ и активацию схваток. В исследовании *in vivo* продукция простагландина E2 (динопростона) проходила со скоростью 0,3 мг/ч в течение 12 часов. По оценкам, подготовка ШМ к родам с помощью динопростона считается эффективным и безопасным методом.

С момента открытия простагландинов – биологически активных веществ прошло почти 100 лет, создано и успешно применяются многочисленные препараты и синтетические аналоги простагландинов E2, среди которых вагинальный гель с динопростолом, применяемый для индукции родов – одной из наиболее часто используемых в современном акушерстве процедур, которая позволяет снизить частоту кесарева сечения и улучшить исходы родов. Однако эффективность и безопасность методов индукции родов различаются [2].

Методы преиндукции родов делятся на механические и фармакологические, комбинированные [25,26].

1. Медикаментозные методы: антигестагены (мифепристон), аналоги простагландина E1 (мизопролол), аналоги простагландина E2 (динопростон).

2. Механические методы (отслойка нижнего полюса плодного пузыря, амниотомия, ламинирии или гигроскопические дилататоры, катетер Фолея, двухбаллонный катетер).

Механизм действия простагландина E2:

- является тканевым регулятором метаболизма на уровне эффекторных клеток.
- регулирует процесс выделения норадреналина из адренергических окончаний, активизирует симпатoadреналовую систему матери.
- увеличивает проницаемость сосудистой стенки, вызывает миграцию из материнского кровотока в шейку матки нейтрофилов и интерлейкина-8, повышает синтез коллагеназы, усиливает деградацию коллагена, что способствует созреванию шейки матки.
- оказывает стимулирующее влияние на гладкомышечные клетки миометрия и релаксирующее воздействие на нижний маточный сегмент.
- активизирует синтез простагландина F2a.
- потенцирует действие окситоцина.

При анализе результатов клинических исследований выделено три варианта развития событий на фоне преиндукционной подготовки родовых путей мифепристоном:

1. развитие физиологической родовой деятельности (68,7%);
2. отсутствие развития спонтанной родовой деятельности, что требовало в последующем применения комбинированных методов индукции родов;
3. развитие предвестниковых болей, что требовало адекватной обезболивающей терапии в условиях операционно-родового блока и применения комбинированных методов индукции родов.

Использование мифепристона является эффективным методом подготовки к родам, в большинстве случаев вызывает полное «созревание» шейки матки, что является залогом успеха спонтанной и индуцированной родовой деятельности. Клиническими исследованиями доказана безопасность применения препарата: не вызывает гиперстимуляцию сократительной

деятельности матки и не оказывает негативного влияния на состояние плода и новорожденного. Снижается частота родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Изучена эффективность и дана оценка исхода родов при преиндукции медикаментозным методом (пероральный приема мизопростола в дозировке 50-75 мкг). У 89,3% беременных после проведения первого цикла преиндукции удалось достичь созревания шейки матки, у 38,4% – началась спонтанная родовая деятельность. У 9,1% потребовалось проведение повторного тура преиндукции и последующая индукция родов. 27,4% женщин были родоразрешены в экстренном порядке путем операции кесарево сечение ввиду угрожающего состояния плода. Преиндукция оказалась безуспешной у 20,8% беременных [27]. Данные по применению мизопростола с целью преиндукции позволяют отметить некоторые преимущества перорального дискретного введения мизопростола перед его вагинальным введением. Эффективность данного метода составила 100% [18].

Исследование исхода родов у пациенток, нуждающихся в преиндукции, показало эффективность комбинированного введения гигроскопических осмотических расширителей и приема антигестагенов. При этом у беременных в диапазоне зрелости шейки матки 3-4 балла достаточно использования гигроскопических осмотических расширителей. Осмотическое расширение цервикального канала более эффективно как по сравнению с цервикальным баллоном, так и по сравнению с интрацервикальным введением геля, содержащего простагландин E₂ у беременных с изначальной степенью зрелости шейки матки не превышающей 2 балла. Частота кесарева сечения у пациенток, которым применялись гигроскопические осмотические расширители в сочетании с антигестагенами в 5 раз меньше чем у беременных после введения простагландина E₂, в 4,5 раза меньше чем у пациенток с интрацервикальным баллоном и в 4 раза меньше по сравнению с применением гигроскопических осмотических расширителей в монотерапии [21].

Значительное количество исследований отмечает высокую эффективность применения комбинированных методов подготовки шейки матки: механические-ламинарии, катетер Фоллея в сочетании с мифепристоном [28,29]. В 1967 г. M. Embrey и B. Mollison описали способ подготовки шейки матки с помощью катетера Фоллея. В 1991 г. была опубликована статья J. Atad и соавт. в которой описывалось применение двухбаллонного цервикального катетера для подготовки шейки матки к родам (Atad Ripener Device, ARD), в котором был также предусмотрен ход для инсталляции простагландинового геля в шейку, препятствующий его попаданию в полость матки или вытеканию из влагалища. Было показано, что при подготовке шейки матки двойным баллонным катетером по сравнению с препаратами простагландинов чаще происходят самопроизвольные роды через естественные родовые пути, меньше кровопотеря, а также чаще происходит родоразрешение через естественные родовые пути в течение 24 ч от начала подготовки шейки матки. Помимо этого, двухбаллонные катетеры обладают потенциальным преимуществом перед аналогами простагландина ввиду малой вероятности гиперстимуляции матки. Среди механических методов ВОЗ рекомендовано использование именно цервикального двухбаллонного катетера [30,31,32].

Исследованиями доказана высокая эффективность комбинированного использования гигроскопических расширителей в сочетании с мифепристоном по сравнению с отдельным введением геля ПГЕ₂ [14,21].

Широкомасштабные рандомизированные исследования вагинальных простагландинов (ПГЕ₂ и PGF_{2α}) для стимуляции родов в срок с участием 11487 женщин позволили доказать, что вагинальные простагландины увеличивают вероятность вагинальных родов в течение 24 часов. При этом частота оперативного родоразрешения не увеличивается. Схемы применения простагландинов с низкими дозами были одинаково эффективны, как и схемы с высокими дозами (1615 женщин) [33].

В исследованиях Келли и соавторов, вошедшем в Кокрановский систематический обзор, по применению вагинального простагландина E₂ (ПГ-E₂) или F_{2α} (ПГ-F_{2α}), было проведено

37 наблюдений, в которых сравнивали ПГ-Е2 с плацебо. Из них два исследования с участием 384 женщин рассматривали первичный исход — вагинальные роды в течение 24 часов. Эти исследования продемонстрировали, что ПГ-Е2 снижает вероятность неудачных родов через естественные родовые пути в течение 24 часов по сравнению с плацебо (36/199 по сравнению с 183/185; относительный риск [ОР] 0,19, 95% доверительный интервал [ДИ] от 0,14 до 0,25; КНЛ = 2). [34].

Тридцать четыре испытания с участием 6399 женщин сравнили частоту кесарева сечения и продемонстрировали сходную частоту между группами ПГ-Е2 и плацебо. В четырнадцати испытаниях, включавших 1259 женщин, сообщалось, что гиперстимуляция матки с изменениями ЧСС увеличивалась при вагинальном введении ПГ-Е2 по сравнению с плацебо (28/642 против 3/617; ОР 4,14, 95% ДИ от 1,93 до 8,90; КННВ = 65). Кроме того, 13 испытаний с участием 3636 женщин показали, что гиперстимуляция без изменений ЧСС также увеличивалась (26/1846 по сравнению с 7/1790; ОР 2,48, 95% ДИ от 1,17 до 5,26; КННВ = 174) [34].

Авторы провели анализ подгрупп участников исследования, у которых шейки матки были неблагоприятными для индукции. Не было различий в риске кесарева сечения между вагинальным ПГЕ2 и плацебо в подгруппе женщин с неблагоприятными шейками матки (22 испытания, 2173 женщины, 225/1093 против 254/1080, ОР 0,87, 95% ДИ от 0,75 до 1,02) [34].

Четыре исследования (n = 198) показали, что использование цервикального ПГ-Е2 превосходило плацебо в снижении числа женщин, у которых не наступили вагинальные роды в течение 24 часов (44/100 против 71/98; ОР 0,61, 95% ДИ 0,47). до 0,79; КНЛ = 4). В 27 исследованиях, включавших 3734 женщины, наблюдалась незначительная тенденция к снижению риска кесарева сечения у женщин, получавших цервикальный ПГ-Е2 (344/1941 против 360/1793; ОР 0,88; 95% ДИ от 0,77 до 1,01) [35].

По сравнению с плацебо наблюдалась незначительная тенденция к меньшему количеству кесаревых сечений среди женщин, получавших цервикальный ПГ-Е2 (27 исследований, 3716 женщин, 343/1931 против 359/1785, ОР 0,88; 95% ДИ, 0,77–1,01). В 26 исследованиях с участием 3586 женщин, у которых шейка матки была неблагоприятной для индукции, не было различий в частоте кесарева сечения между женщинами, получавшими интрацервикальный и интравагинальный ПГ-Е2 [35].

По сравнению с плацебо наблюдалась незначительная тенденция к меньшему количеству кесаревых сечений среди женщин, получавших цервикальный ПГ-Е2 (27 исследований, 3716 женщин, 343/1931 против 359/1785, ОР 0,88; 95% ДИ, 0,77–1,01) [35].

Вагинальный и цервикальный ПГ-Е2 более эффективен в сравнении с окситоцином в обеспечении вагинальных родов в течение 24 часов [36].

Общая эффективность препарата, содержащего простагландин – E₂ с целью индукции родовой деятельности у беременных с соматической патологией составила 70,3%, у 87,14% произошли физиологические роды [37, 38].

При интравагинальном введении препарата, содержащего простагландин E₂ с целью индукции родов у 56,2% роды произошли после 1 тура введения препарата, у 18,75% - после 2 тура, у 25% после 3 тура. В 12,5% преиндукция родов оказалась безэффективной. Указанные исходы были сопоставимы с физиологическими родами [39, 40, 41].

Результаты обзора литературы за 2001-2022 г. свидетельствуют, что использование вагинального геля с динопростеном имеет сопоставимую эффективность по сравнению с другими методами преиндукции/индукции родов. Вагинальный гель с динопростеном имеет меньшую частоту побочного эффекта «тахисистолия», чем система с мизопростолом. По сравнению с механическими методами ее использование сочетается с меньшей частотой применения окситоцина. Применение вагинального геля с динопростеном показало эффективность 77,8 % (по частоте развития родов или созревания шейки матки). Побочных эффектов, требующих прекращения индукции родов, в исследовании не зарегистрировано [42].

Ряд авторов, целью исследования которых явилась клиническая оценка эффективности различных методов подготовки шейки матки к родам, доказали, что применение препаратов, содержащих простагландин E₂, оказался высокоэффективным средством для подготовки шейки матки к родам. Использование препарата, содержащего простагландин E₂, в 56,7% случаев для подготовки родовых путей потребовалось введение одной дозы, в 40% случаев потребовалось дополнительное введение препарата [43].

В настоящее время в Казахстане сертифицирован к применению препарат, содержащий Динопростон 2 мг, вагинальный гель, применяемый для созревания шейки матки в процессе подготовки к родам, при отсутствии или ее недостаточной готовности. Преимуществами применения данного препарата является минимальная инвазивность при применении, возможность точного дозирования (3 грамма геля, находящегося в шприце-дозаторе, содержащем 2,0 мг действующего вещества – динопростона), многолетний опыт применения. Исследования по эффективности и безопасности применения вышеназванного препарата для преиндукции и индукции родов ранее не проводились и представляют несомненный научно-практический интерес.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Н.М. Миляева, В.В. Ковалев. Преиндукция и индукция родов: теоретические и практические аспекты. Метод. рекомендации для врачей / ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России. - Екатеринбург : Издательство УГМУ, 2016. -32 с. - ISBN 978-5-89895-767-4
2. Баев О.Р. Преиндукция родов: теоретические и практические аспекты. XII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя-2021»
3. Соловьева А.В., Кузнецова О.А., Смирнова Т.В. Индукция родов: курс на эффективность и безопасность (обзор мировых данных) // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 10, № 3. С. 86-91
4. Boulvain M, Kelly AJ, Irion O: Intracervical prostaglandins for induction of labour [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, 3
5. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: v.2.0. – М., 2017
6. Медикаментозная подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение. Клинические рекомендации, 2015 г., коллектив авторов – ФГУ «НЦАГи П им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ, ГБУЗ МО НИИ акушерства и гинекологии, ФГБУ НИИОММ МЗ РФ, ФГБУ ФМИЦ имени В.А. Алмазова МЗ РФ
7. Благодарный Г.В., Мозговая Е.В. Оценка эффективности и безопасности методов родовозбуждения с применением простагландина E₁. Журнал акушерства и женских болезней. - 2017.-Т.66.-№1. - С. 9-20
8. Soliane Quitolina Scapin, Vitória Regina Petters Gregório, Vânia Sorgatto Collaço, Roxana Knobel. // Texto & Contexto-Enfermagem. – 2018. – Vol.27, Iss.1. doi: 10.1590/0104-07072018000710016
9. Васильев С.А., Пересада О.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Семенчук В.Л., Виктор С.А. Индукция родов: тенденции в мировой практике. Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь, Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск//Медицинские новости. - 2021. - №5. - с. 9-14
10. Березовская К.Е., Петров Ю.А., Купина А.Д. // Здоровье и образование в XXI веке. – 2019. – № 6.
11. Alhazmi A., et al. // Egyptian J. Hospital Med. – 2018. – Vol.73. – P.6767–6772.
12. Boulvain M., Senat M.V., Perrotin F., et al. // Lancet. – 2015. – Vol.385 (9987). – P.2600-2605.
13. Баев О.Р. Преиндукция родов: теоретические и практические аспекты. XII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя-2021».

14. Соловьева А.В., Кузнецова О.А., Смирнова Т.В. Индукция родов: курс на эффективность и безопасность (обзор мировых данных) // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2022. Т. 10, № 3. С. 86-91.
15. Абрамченко В.В. Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии, Петрозаводск, Интел тек, 2003, с 159-167
16. Jannet D., Afiark N., Abankwa A., Carbonne B et al. Termination of 2nd and 3rd Trimester pregnancies with mifepristone and misoprostol – *Eu.r J. Obstet. Gynecolok. Reprod. Biol.* -1996.- Vol.70.-P.159-163
17. Медикаментозная подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение. Клинические рекомендации, 2015 г., коллектив авторов – ФГУ «НЦАГи П им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ, ГБУЗ МО НИИ акушерства и гинекологии, ФГБУ НИИОММ МЗ РФ, ФГБУ ФМИЦ имени В.А. Алмазова МЗ РФ
18. Благодарный Г.В., Мозговая Е.В. Оценка эффективности и безопасности методов родовозбуждения с применением простагландина E₁. *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2017. - Т.66. - №1. – С. 9-20
19. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М. Триада - Х., 2003
20. Наумов А.Д., Подгурская К.В., Кришталь В.С., Косинец М.В. Сравнительный анализ способов подготовки шейки матки к родам и исход родов. Особенности применения мефипрестона для подготовки матки к родам. *Молодой ученый*, 2016 год, № 10 (114), с. 517-520
21. Брега Е.С., Приходько А.М., Баев О.Р., Пекарев О.Т. Медикаментозные и механические методы подготовки шейки матки. Совместное применение. XII Международный конгресс по репродуктивной медицине, Москва, 21-24 января 2019 г., 231 с
22. Брега Е. С. «Сравнительная характеристика эффективности методов преиндукционной подготовки шейки матки к родам». Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н., г. Москва, 2021
23. М.А. Саидова, С.Д. Юсуфи, З.Х. Рафиева, З.Т. Мухиддинова. Использование простагландинов в акушерской практике (Обзор литературы) *Научно-медицинский Журнал «Вестник Авиценны» ТГМУ им. АбуалиибниСино*, №4, 2016 г, стр 83
24. Габидуллина Р.И., Шамсутдинова Л.Г. К вопросу о применении простагландина E₂ у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения. *Российский Вестник акушера-гинеколога*, 2013; 13(2): 48-52
25. Мохначев А.В., Беспалова О.Н., Баклейчева М.О., Коган И.Ю. Современные подходы к оценке зрелости шейки матки и преиндукции родов при доношенном сроке беременности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020; 20(5):26-32
26. Баев О.Р., Румянцева В.П., Кан Н.Е., Тетруашвили Н.К., Тютюнник В.А., Ходжаева З.С., Адамян Л.В., Сухих Г.Т. Клинический протокол «Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждению» *Акушерство и гинекология*, № 4/2, 2012
27. Базуева А.С., Закирова С.Б., Майоров А.А., Майоров В.А., Далбаева Б.Ж. Преиндукция: Оценка эффективности исхода родов // *Интернаука: электрон. научн. журн*. 2023. № 6(276)
28. Буржигитова А.М., Болотских В.М. Комбинированные методы подготовки шейки матки к родам у беременных с отсутствием биологической готовности организма к родам при тенденции к перенашиванию. *Журнал акушерства и женских болезней*, 2021 г.
29. Wang H., Hong S., Liu Y. et al. Controlled-release dinoprostone insert versus Foley catheter for labor induction: a meta-analysis // *J. Matern. Fetal Neonatal Med*. 2016. Vol. 29. No 14. P. 2382–2388
30. Мохначев А.В., Беспалова О.Н., Баклейчева М.О., Коган И.Ю. Современные подходы к оценке зрелости шейки матки и преиндукции родов при доношенном сроке беременности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020; 20(5):26-32
31. Liu Y.-R., Pu C.-X., Wang X.-Y., Wang X.-Y. Double-balloon catheter versus dinoprostone insert for labour induction: a meta-analysis // *Arch. Gynecol. Obstet*. 2019. Vol. 299. No 1. P. 7–12
32. Diguisto C., Le Gouge A., Arthuis C. et al. Cervical ripening in prolonged pregnancies by silicone

double balloon catheter versus vaginal dinoprostone slow release system: the MAGPOP randomised controlled trial // PLoS Med. 2021. Vol. 18. No 2. P. e1003448

33. Thomas J., Fairclough A., Kavanagh J., Kelly A. Вагинальные простагландины (ПГЕ₂ и PGF₂α) для стимуляции родов в срок. Version published, 19.09.2014

34. Kelly AJ, Malik S, Smith L, Kavanagh J, Thomas J: Vaginal prostaglandin (PGE₂ and PGF₂α) for induction of labour at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, 2

35. Boulvain M, Kelly AJ, Irion O: Intracervical prostaglandins for induction of labour [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, 3

36. Kunt C, Kanat-Pektas M, Gungor ANC, Kurt RK, Ozat M, Gulerman C, Gungor T, Mollamahmutoglu L: Randomized Trial of Vaginal Prostaglandin E₂ Versus Oxytocin for Labor Induction in Term Premature Rupture of Membranes. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology 2010, 49(1):57-61

37. Каримов А.Х., Умарова Д.М. Индукция родовой деятельности у беременных с экстрагенитальными заболеваниями. X Юбилейный Международный конгресс по репродуктивной медицине, 2016г, с 178

38. Rugarn O., Tipping D., Powers B., Wing D.A. Induction of labour with retrievable prostaglandin vaginal inserts: outcomes following retrieval due to an intrapartum adverse event // BJOG. 2017. Vol. 124. No 5. P. 796–803

39. Охунова Ш.Б., Ирнарарова Д.Х, Анализ показаний к индукции родов простагландином E₂, течение и исходы индуцированных родов. XII Международный конгресс по репродуктивной медицине, Москва, 21-24 января 2019 г., 286 с.

40. Rugarn O., Tipping D., Powers B., Wing D.A. Induction of labour with retrievable prostaglandin vaginal inserts: outcomes following retrieval due to an intrapartum adverse event // BJOG. 2017. Vol. 124. No 5. P. 796–803

41. Габидуллина Р.И., Шамсутдинова Л.Г. К вопросу о применении простагландина E₂ у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения. Российский Вестник акушера-гинеколога, 2013; 13(2): 48-52

42. Баев О.Р., Гусар В.А., Гайдарова А.Р., Эдильберг И.В. Применение вагинальной терапевтической системы с простагландином для индукции родов. *Медицинский Совет*. 2022;(16):84-91. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-16-84-91>

43. С.П. Сенчихин, О.Б. Мамиев, Л.А. Огуль, Н.Н. Галкин, В.Г. Печенкин, Л.М. Ахушкова. Использование различных методов подготовки шейки матки к индуцированным родам.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

*Уразбаева Г.Г., Терликбаева А.Т., Каюпова Л.С., Курманова А.М., Салимбаева Д.Н.,
Захарьянова М.Б., Аязбеков А.К., Сагындыкова Б.Б., Ержигит М.
АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы, 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 как 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 командой специалистов – медицинских генетиков и акушеров-гинекологов НЦАГиП и нашла свое продолжение в новом проекте, МЗ РК по персонифицированной и превентивной медицине, где нам 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 – от 2,3 до 23% [1-3]. Показатель материнской смертности от преэклампсии/эклампсии в Республике Казахстан составлял 9,0 (2019 г.), 16,0 (2020 г.), 8,0 (2021 г.) 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 тыс. родов [4,9]. Смертность при этом составляет 1,4 на 100 тыс. 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 Ш, 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 профессора 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.

Материалом нашего исследования явились истории родов молодых женщин, казашек, в возрасте от 19 до 42 лет, жительниц южных регионов Казахстана, 19 пациенток, перенесших

ОНМК во время беременности на фоне преэклампсии тяжелой степени, в виде ишемического и геморрагического инсульта, составивших основную группу, где средний возраст составил $30,7 \pm 6,1$ лет и 20 пациенток группы сравнения, с преэклампсией без ОНМК, в возрасте от 21 до 44 лет, средний возраст которых составил $31,9 \pm 5,0$ лет. При этом ишемический инсульт наблюдался у 11 (57,9%), геморрагический – у 8 (42,1%) пациенток основной группы.

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.

Исследование выполнено в рамках НТП «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан», фрагментом которой является тема исследования: «Роль генетических факторов в развитии ОНМК на фоне преэклампсии в казахской популяции». ИРН OR12165486, Республика Казахстан, г. Алматы.

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, клинико-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 контрольной группы – с преэклампсией – проводилось исследование маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока на аппарате экспертного класса VOLUSON-E10, полученного в рамках работы над проектом в 2021 году, 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.

Изучение семейного анамнеза.

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 – $2,9 \pm 1,2\%$, при этом в основном это были повторнобеременные (от 2 до 7 беременностей в анамнезе, первобеременных -3). В группе сравнения – $3,4 \pm 1,9\%$ (от 2 до 9 беременностей в анамнезе, 1-я беременность – у 6).

Среди пациенток с ОНМК на фоне преэклампсии в доношенном сроке были 9 (47,4%), 10 (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 $5,0 \pm 1,1\%$, $p < 0,01$.

Срок гестации при текущей беременности составил $30,9 \pm 5,7$ нед 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 $2826,9 \pm 723,5$ гр., в то время как у пациенток с преэклампсией – $3050 \pm 685,0$ гр. соответственно.

При первом визите в женскую консультацию уровень САД (систолического артериального давления) был несколько выше ($138,3 \pm 33,4\%$ против $117,5 \pm 14,3$ мм.рт.ст. пациенток контрольной группы), ДАД (диастолическое артериальное давление) ($88,0 \pm 18,0$ против $75,9 \pm 10,9$ мм.рт.ст.) в основной и группе сравнения. Артериальное давление, на момент манифеста заболевания

в стационарных условиях, достигало САД до 220 мм.рт.ст.(основной группы) против 180 мм.рт.ст.-группы контроля, ДАД – 120 мм.рт.ст. против – 110 мм.рт.ст.-группы контроля. По данным, опубликованным в 2020 году Американским колледжем акушерства и гинекологии, АГ общепринятый, но не абсолютный фактор риска эклампсии. У 25% женщин до экламптического припадка не будет зафиксирована гипертония.

Протеинурия определялась у пациенток при случайном выявлении (в первый раз) основной группы от 0,33г/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 основной группы, 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 в 9 ст/л до 519x10 в 9 ст/л, как известно превышение свыше 500 тыс. в значительной мере повышает риск тромбозов, в то время как у пациенток группы сравнения показатели тромбоцитопении не отмечались ниже 25 тыс., тромбоцитоз до 454 на 10 в 9 ст/л., существенно не отличался от такового в основной группе. Трансферазы АЛТ, АСТ свыше 31ед/л наблюдались у 8(42,1%) пациенток основной группы, против 6(30%) группы контроля.

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 проводиться в крупных многопрофильных стационарах, с современным оснащением. ОНМК – грозное осложнение как для матери, так и для плода и врачу акушеру-гинекологу приходится нести ответственность за 2 жизни, с учетом интересов плода – как пациента. Так, в нашем исследовании 19 (100%) из 19 пациенток основной группы были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), у 13 (68,4%) пациенток основной группы наблюдались эклампсия – судороги, 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, магниезиальную и противосудорожную терапию, 2 пациенткам был проведен почечный диализ, проведено нейрохирургическое лечение. В группе сравнения в ОРИТ госпитализированы 16 (80%) пациенток, осложнение в виде эклампсии, отслойки плаценты наблюдалось по 1 (5%) случаю, нейрохирургического лечения не проводилось.

Из 19 пациенток с ОНМК родили в доношенном сроке (38-40 нед.) – 9 (47,4%), в сроке 33-37 нед. – 7 (36,8%), 28-32 нед. – 3 (15,8%). Родоразрешены в экстренном порядке путем операции кесарево сечение – 13 (68,4%), прерыванием беременности по медицинским показаниям – 2 (10,5%), родили через естественные родовые пути – 4 (21,1%). Антенатальная гибель плода произошла у 5 (26,3%). Вес плодов колебался от 505 грамм (28 нед.) до 5000 грамм (39 нед.), маловесными к доношенному сроку гестации были 6 плодов, их вес – 2200 грамм – 2600 грамм.

В контрольной группе пациенток с преэклампсией 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, 4 (20%) индуцированные роды, роды через естественные родовые пути – у 2(10%). Антенатальная гибель плода произошла у 3 (15%) пациенток. Вес плодов в исследуемой группе – от 1600 грамм 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, развившейся 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 – в 68,4%, прерывание беременности по медицинским показаниям – в 10,5% случаев, антенатальная гибель плода произошла в 26,3%, родились 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 восстановление.

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

ЛИТЕРАТУРА:

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

2. 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 акушерство 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.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

*Н.Т. Абдукаримова, М.М. Асатова, М.Ж. Даулетова
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр акушерства и гинекологии
г. Ташкент, Узбекистан*

Актуальность.

Митральный стеноз является наиболее тяжелой формой порока сердца у беременных. Митральный стеноз, «чистый» или преобладающий при сочетании с недостаточностью митрального клапана, является самой частой формой ревматического порока, обнаруживающейся у 75-90% беременных, страдающих приобретенными пороками сердца. К сожалению, существующая в настоящее время тактика ведения беременности, предложенные методы родоразрешения, обезболивания родов за последние 20 не позволили на сколько-нибудь заметно снизить частоту осложнений, показатели материнской перинатальной смертности.

Цель исследования.

Изучить частоту и течение беременности у женщин с митральным стенозом.

Материалы и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ течения и исхода беременности, состояния плода и новорожденного у 176 беременных с митральным стенозом в ГПЦ №1 за период с 2018 по 2021 годы. Средний возраст женщин составил 26,1±0,4 лет.

Результаты исследования.

Ретроспективный анализ показал, что угроза прерывания беременности зарегистрирована в 28,4% случаев, ранний токсикоз беременных у 43 (24,4%) беременных. Анализ течения родов показал высокий процент осложнений у 112 (63,6%) беременных. Частота преждевременных родов составила 8,0%, преждевременного излития околоплодных вод – 10,8%. Обращают на себя внимание высокие показатели кесарева сечения 103 (58,5%). Из общего число оперативного родоразрешения 40 (22,7%) были выполнены в экстренном порядке и у 63 (35,8%) кесарево сечение произведено в плановом порядке.

В послеоперационном периоде у 4 (2,3%) отмечено гипотоническое кровотечение и у 1 (0,6%) отек легких. Течение послеродового периода также было осложненным: у 18 (10,2%) родильниц диагностирована субинволюция матки. Что касается метода обезболивания, то ЭТН проведено 20 (11,4%), ПДА 26 (14,8%), СМА 38 (21,6%).

Анализ показал, что новорожденные с низкой массой тела составило 26,1% (46). С низкой оценкой по шкале Апгар родились 18 новорожденных, из которых 6 (3,4%) имели оценку 3-4 балла, 12 (6,8%) 5-6 баллов. Частота внутриутробной гипоксии составила 26,1%, нарушение дыхания новорожденных отмечено у 73 (41,5%).

Выводы.

Таким образом, результаты ретроспективного анализа течения беременности, родов и послеродового периода у 176 женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями свидетельствуют о том, что формулировка диагноза, определение степени недостаточности кровообращения не соответствуют современным требованиям и классификации принятой в мире и у нас в стране. Данное обстоятельство создает проблемы в постановке диагноза и выборе тактики.

Результаты проведенного анализа показали отягощенное течение, как беременности, так и послеродового периода, высокий процент оперативного родоразрешения. Обобщенный анализ течения беременности и родов у женщин с митральным стенозом был малоинформативным, так тактика ведения беременности, родов, исход родов во многом зависит от вида порока сердца и выраженности сердечной недостаточности. Представляет определенный интерес, дифференцированный подход к оценке течения и исхода беременности и родов в зависимости от вида приобретенного порока, состояния сократительной способности миокарда. Результаты ретроспективного анализа показали отсутствие единой тактики и стратегии ведения беременности и родов у беременных с митральным стенозом. Что касается акушерской тактики, то предпочтение отдавалось оперативному родоразрешению. Высокие показатели кесарева сечения не коррелировали с состоянием новорожденных у данного контингента и обуславливали высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Сложившаяся ситуация требует пересмотра многих положений в тактике ведения беременности и родов, приведении вопросов классификации сердечно-сосудистых заболеваний, предгравидарной подготовки и принципов ведения родов и послеродового периода в соответствии с международными стандартами.

АИТВ-СТАТУСЫ ОҢ ӘЙЕЛДЕРДЕ ЖҮКТІЛІК АЛДЫ ДАЙЫНДЫҚТЫ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ

Ғ.Ж. Билибаева, Д.А.Оспанова

*«Қоғамдық денсаулық сақтау» Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті,
Алматы қ., Қазақстан*

Өзектілігі: Қазіргі уақытта АИТВ/ЖИТС проблемасы жоғары таралуына, әлеуметтік салдарына және инфекциямен байланысты қауіптерге байланысты ең өзекті мәселелердің бірі болып табылады. 2019 жылы дүние жүзінде тіркелген АИТВ жұқтырғандардың жалпы саны 38 млн адамға жетті,оның ішінде жаңа АИТВ жұқтырғандардың жалпы саны 1,7 млн және 690 000 өлім көрсеткіштері ЖИТС-пен байланысты. Әйелдер арасында әсіресе репродуктивті жаста АИТВ-ның жыныстық жолмен берілуі сырқаттанушылықтың эпидемиологиялық өсуі байқалады.

Сонымен қатар, антиретровирустық (АРВ) терапияны қолдану өмір сүру ұзақтығын едәуір арттыруға және өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік берді.

Зерттеудің мақсаты. АИТВ-статусы оң әйелдерде жүктілік алды дайындықты ұйымдастыруды жетілдіру.

Зерттеу материалдары және әдістері ғылыми-зерттеу жұмысы Алматы қаласы Денсаулық сақтау басқармасының ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес орталық базасында жүргізілді. Респонденттер бұрын әзірленген сауалнама бойынша сұралған. Зерттеуге барлығы 115 науқас қатысты.

Зерттеу нәтижелері. Жүкті әйелдерді зерттеу нәтижесінде АИТВ жұқтырған жүкті әйелдердің барлығында аналық және перинаталдық патологияның қауіп факторлары бар екенін көрсетті (орта есеппен 1 жағдайға 6,6 жағдай). Жүктілік патологиясының бірнеше қаупі 93% болды, оның жеке түрлерінің жоғары қаупіне байланысты: анемия - 84,0%, преэклампсия - 72,1%, пиелонефрит - 47,8%. 58,0%-да жүктіліктің асқынған ағымы болды, атап айтқанда, жатырышілік ұрықтың гипоксиясы -77%, преэклампсия (48%), пиелонефрит және бактериурия (35%), экстрагениталды патологияның өршуі (74%), түсік тастау қаупі (27%), ұрықтың даму ақаулары (5%) кездесті. Жүкті әйелдердің 33,8% -ы ерте және кеш репродуктивті жаста, 38,1% - ы қолайсыз әлеуметтік-экономикалық жағдайда, табысқа жету мотивациясы төмен (71,0%), қарым-қатынас қабілеті төмен (52,0%). Едәуір бөлігі перинаталдық профилактика бойынша жеткілікті білімі жоқ (75,4%), оның ішінде перинаталдық және аналық патологияның және өлім-жітімнің қауіп факторлары (64,1%), әйелдер кеңесіне ерте тіркелмеу (70,4%), акушерлік жоғары қауіпті көрсеткіштердің болуы (73,6%), босанғанға дейінгі емдеуге жатқызу мәні (58,9%) және жүктіліктің асқынуларының үрейлі белгілерін ерте анықтау дағдылары (71,0%) туралы білмейді. Едәуір бөлігі өз денсаулығын (76,0%) және ұрықтың денсаулығын (61,7%) басымдықты өмірлік құндылыққа жатқызбады, перинаталдық профилактика бойынша дәрігердің ұсынымдарын (52,6%) толық көлемде орындамады.

Қорытынды.

Қазақстанда АИТВ-инфекциясының даму серпіні эпидемияға қарсы және профилактикалық қызметті одан әрі жандандыру қажеттігін айғақтайды. АИТВ-инфекциясы, диспансерлік бақылау мен емдеуге бейімділігі туралы хабардар болу деңгейін арттыру мақсатында жасөспірімдерге кеңес беру сапасын, жүкті әйелдерге жүктілік алды кеңес беруді жақсарту қажет. АИТВ жұқтырған әйелдердің АИТВ-мәртебесін анықтау және болашақ балаға инфекцияның тігінен берілуінің тиімді алдын алу шаралары туралы жеткілікті хабардар болуы қажет. Бұл отбасын

жоспарлауға және контрацепцияның қол жетімділігін арттыруға көмектесуден ғана емес, сонымен қатар жүктілік кезінде антиретровирустық терапияны қабылдаудан тұрады. АИТВ/ЖИТС-тің қазіргі заманғы аспектілері бойынша барлық мамандықтағы дәрігерлердің кеңес беру сауаттылығын жетілдіріп қалыптастыру қажет.

АИТВ-инфекциясын ерте диагностикалау, дәрігердің ұсынымдарын қатаң орындау, емдеу жоспарын сақтау, денсаулығыңызға қамқорлық жасау, жүктілік кезінде бақылау-дені сау баланың туылу жолында табысқа жетудің қажетті құрамдас бөлігі.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Прегравидарная подготовка: клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0. М.: Status Praesens 2020;12.
2. Goga AE., Dinh TH., Jackson DJ., Lombard CJ., Puren A., Sherman G, et al. Population-level effectiveness of PMTCT Option A on early mother-to-child (MTCT) transmission of HIV in South Africa: implications for eliminating MTCT. *J Glob Health* 2016;6 (2):020405.
3. Chetty T., Thorne C., Tanser F., Barnighausen T., Coutsooudis A. Cohort profile: the Hlabisa pregnancy cohort, KwaZulu-Natal, South Africa. *BMJ Open* 2016;6(10):e012088.
4. Townsend CL., Byrne L., Cortina-Borja M., Thorne C., de Ruiter A., Lyall H., et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000–2011. *AIDS*. 2016;28(7):1049–57.
5. Klebanoff MA, Cole SR. Use of multiple imputation in the epidemiologic literature. *Am J Epidemiol*. 2018;168 (4):355–357.
6. National Department of Health (NDoH). National HIV Testing Services: Policy 2016. Pretoria, South Africa: NDoH; 2016. Available from: <http://www.health.gov.za/index.php/gf-tb-program/332-national-hiv-testing-services>. дата обращения 12 марта, 2021
7. West BT, Berglund PA, Heeringa SG. A closer examination of subpopulation analysis of complex-sample survey data. *Stata Journal* 2018;8:520–531.

ДОРОДОВЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК: ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АКТИВНОЙ ТАКТИКЕ

*Л.О. Жұмабай, А.Е. Калидинова, Ж.С. Бегниязова, Г.К. Омарова
НАО «КазНМУ им С.Ж. Асфендиярова»
г. Алматы, Казахстан*

Актуальность.

Проблема осложненных родов является лидирующей в структуре материнской/перинатальной заболеваемости и смертности. Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) – спонтанный разрыв амниотических оболочек до начала регулярных сокращений матки в сроке 37 недель и более. ДРПО является одной из важнейших проблем современного акушерства и встречается от 2,7 до 17% случаев, при доношенном сроке беременности - 14%, осложняет 8% беременностей и не имеет тенденции к снижению, часто является показанием для индукции родов. Индукция родов при ДРПО становится одной из наиболее часто применяемых процедур в акушерской практике и в отдельных странах превышает 25% от общего числа доношенной беременности. Так, в США в 2019 году индуцирована 25,7% родов; в Австралии 33%, в родильном доме №5 г. Алматы за 2021 год индуцировано 9,8% родов и 12% за 2022 год.

Согласно клиническому протоколу «Индукция родов» (2023), основными тактиками ведения при ДРПО у беременных с доношенной беременностью являются активная и выжидательная. Активная тактика при ДРПО предполагает индукцию родов с момента постановки диагноза. Индукция родов при активной тактике предполагает профилактику неблагоприятных материнских исходов и перинатальных потерь, когда пролонгирование беременности и ожидание спонтанных родов представляет более высокий риск как для матери, так и для плода. Выжидательная тактика проводится при отсутствии противопоказаний к пролонгированию беременности, наблюдение за пациенткой с ДРПО может осуществляться в течение 24–х часов без влагалищного исследования.

Цель исследования:

Сравнительная оценка акушерских и неонатальных исходов у беременных с активной тактикой и использованием различных методов родовозбуждения при дородовом разрыве плодных оболочек.

Материалы и методы.

Проведен проспективный анализ течения и исходов родов у 203 беременных с ДРПО, родоразрешенных в городском родовспомогательном учреждении 2 уровня регионализации перинатальной помощи – ГКП на ПХВ «РД №5» в 2022 году. С выжидательной тактикой наблюдались 73,8% (150), с активной тактикой 26,1% (53) беременных, из них 16,9% (9) были прооперированы в экстренном порядке при постановке диагноза. В исследование были включены: 44 пациенток, из которых у 36,3% (16) индукция родов проводилась внутривенным капельным введением окситоцина (1 - группа) и у 63,6% (28) - с пероральным приемом мизопростола (2 - группа).

Критерии включения: возраст беременной ≥ 18 лет, срок гестации $\geq 37-41+6$ недель, одноплодная беременность живым плодом в головном предлежании, отсутствие рубца на матке, достоверный дородовый разрыв плодных оболочек, наличие противопоказания к выжидательной тактике при ДРПО, информированное согласие на активную тактику ведения родов.

Критерии исключения: ювенильная беременность, срок гестации < 37 недель, срок гестации ≥ 42 недели и более, многоплодная беременность, тазовое предлежание плода, поперечное/косое положение плода, антенатальная гибель плода, рубец на матке после кесарева сечения,

отсутствие показаний к активной тактике, отсутствие информированного согласия на активную тактику.

Методы исследования: клинический, статистический, аналитический. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

Результаты и их обсуждение.

Главным критерием эффективности проводимых методов родовозбуждения является регулярная родовая деятельность, которая появилась на фоне обоих методов индукции.

Возрастной состав беременных с ДРПО практически не отличался, составив $27,6 \pm 0,09$ против $27,5 \pm 0,12$ ($p > 0,05$), что свидетельствует об однородности исследуемых групп. При изучении паритета беременных с ДРПО в исследуемых группах не выявлено достоверных различий, в обеих группах преобладали первородящие 66% (58), что совпадает с литературными данными.

У всех женщин беременность протекала на фоне отягощенного анамнеза в сочетании с гинекологическими и соматическими заболеваниями. Каждая пятая повторнородящая женщина (21%) с активной тактикой при ДРПО указывала на искусственный аборт в анамнезе. Репродуктивные потери, такие как неразвивающаяся беременность и самопроизвольный выкидыш, имели место в обеих группах без статистической значимости.

В структуре экстрагенитальных заболеваний преобладали: анемия, заболевания МВС и инфекционные заболевания, перенесенные во время настоящей беременности, которые не имели достоверных различий ($p > 0,05$). У беременных с ДРПО при анализе удельного веса соматических заболеваний, таких как ДС, ЖКТ и ЭС, было достоверно выше в группе с мизопростолом ($p < 0,05$).

Среди показаний для активной тактики фигурировали следующие состояния: лейкоцитоз, мекониальные околоплодные воды, артериальная гипертензия.

Роды через естественные родовые пути произошли у 93,8% пациенток группы с индукцией окситоцином и у 96,4% пациенток в группе с индукцией мизопростолом. Экстренное кесарево сечение в группе пациенток с индукцией окситоцином составил 6,2% против 3,5% в группе пациенток с индукцией мизопростолом, показанием для которых явился дистресс плода.

Анализ продолжительности родов и общего безводного периода выявил статистические достоверные различия между сравниваемыми группами ($p < 0,05$).

При анализе осложнений родов и послеродового периода выявлено, что частота ПРК была выше в группе с индукцией окситоцином, составив 12,5% против 3,5% - в группе с индукцией родов мизопростолом.

Выводы.

Частота активной тактики при ДРПО составила 26,1%, частота выжидательной тактики 73,8%, что согласуется с литературными данными. Из числа беременных с ДРПО и активной тактикой у 40% индукция родов выполнялась введением окситоцина, у 60% – пероральным введением мизопростола.

Благоприятный исход родов во многом зависит от правильного выбора тактики ведения и метода индукции. Применение обоих методов индукции было эффективным, так как частота естественных родов не имела достоверных различий. Однако, частота дистресса плода была выше в группе с применением окситоцина, что повысило удельный вес экстренного кесарево сечения. В группе рожениц с индукцией родов окситоцином частота послеродового кровотечения была выше, чем в группе с мизопростолом, что увеличило длительность послеродового наблюдения в стационаре.

В группе с введением окситоцина продолжительность родов была достоверно короче, но чаще возникала необходимость в эпидуральной анестезии. В группе с применением мизопростола продолжительность родов была дольше, что повышало риск инфекционно-септических осложнений.

Таким образом, проблема ДРПО остается актуальной в акушерстве. Особое внимание следует уделять показаниям для применения активной тактики ведения у беременных с ДРПО с использованием различных методов индукции, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки.

УДК 614.23

ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КЕЙБІР ФУНКЦИЯЛАРЫН ТӘЖІРБИЕСІ КЕҢЕЙТІЛГЕН МЕЙІРГЕРІНЕ БЕРУДІҢ ӨЗЕКТІ СҰРАҚТАРЫ

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

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

²Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ

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

Аннотация.

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

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

Өзектілігі

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

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

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

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

Осыған орай, бүгінгі күні жалпы медицина қызметкерлерінен заманауи техниканы кәсіби тұрғыда меңгеру талап етіледі. Медицина персоналын инновациялық технологияларға оқыту

көптеген емдеу мекемелері, атап айтқанда, республиканың перинаталдық қызметтері үшін жұмыс істеудің міндетті шарты болып табылады. Бұл уақытты үнемдеуге ғана емес, сонымен қатар халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасын арттырады. Сондықтан ең алдымен кадрларды осы технологияларды қолдана білуге даярлау қажет.

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

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

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

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

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

Мейіргер бакалавр функциясы «дәстүрлі» мейіргерлерге қарағанда, қазіргі таңдағы актуалды заңды құжаттармен бекітілген қызметтік құзіреттері кеңейтілген, дегенмен мейіргерлердің міндеттері «автоматты түрде» дәрігердің берген медициналық нұсқауларын орындаумен ғана шектелмейді, жеке дара маман ретінде қалыптасуы жөн. Мейіргерлер кез келген емдеу сатысында бірін-бірі алмастыру мәртебесіне және жоғары кәсібилікке ие, сондай-ақ емдеу қызметінің кез келген түріне қатыса алады. Осыған байланысты, перинаталдық қызметте дәрігер функцияларын кеңейтілген практика мейіргерлеріне беру тиімді, әрі нәтижелі болады [4].

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

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

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қарашадағы № ҚР ДСМ-199/2020 бұйрығы «Мейіргерлік күтім көрсету қағидаларын бекіту туралы»
2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-305/2020 бұйрығы «Денсаулық сақтау саласындағы мамандықтар мен мамандандырулар номенклатурасын, денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының номенклатурасы мен біліктілік сипаттамаларын бекіту туралы».
3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 желтоқсандағы № 1043 бұйрығы «Денсаулық сақтау жүйесінің кейбір салаларындағы азаматтық қызметшілер лауазымдарының тізілімін бекіту туралы».
4. Огнева, Е.Ю. Эффективность в системе здравоохранения / Е. Ю. Огнева // Емдеу мекемесінің экономикасі. - 2017. - № 7. - С. 44-46.

THE RESULTS OF THE USE OF AMNIOREDUCTION IN POLYHYDRAMNIOS

*D.U. Igamberdieva, R.B. Yusupbaev, M.J. Dauletova
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center
for Obstetrics and Gynecology
Tashkent, Uzbekistan*

Relevance. Polyhydramnios (hydramnios) is an excessive accumulation of amniotic fluid (amniotic fluid). Pathology is observed in approximately 1-1.5% of pregnant women. Polyhydramnios is said to be when the amniotic fluid index exceeds 24 cm. Chronic hydramnios is more common, when excess amniotic fluid accumulates gradually. In the acute form, the volume of amniotic fluid increases dramatically (in a few hours or days). You should know the dangers of polyhydramnios.

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of amnioreduction in progressive polyhydramnios.

Material and methods of research: Examination of pregnant women was carried out using Sono Scape 60 ultrasound machine. The diagnosis of “polyhydramnios” was made on the basis of the volume of amniotic fluid when the amniotic fluid index is $>240\text{mm}$. Amnioreduction was performed in the Department of Fetal Medicine at the Republican specialized scientific practice medical center of Obstetrician and Gynecology.

The results of the study. A prospective study was conducted from January 2021 to February 2022. During this period, 8 pregnant women with acute polyhydramnios underwent amnioreduction. The examined women with acute polyhydramnios had the following pathological conditions: congenital malformations of the abdominal and thoracic cavities – 5 (62.5%), chorionangioma-1 (12.5%), polyhydramnios for no apparent reason – 1 (12.5%), feto-fetal transfusion syndrome of monochorionic diamniotic twins – 1 (12.5%).

Depending on the manifestation of polyhydramnios and the intensity of its increase, the procedure of amnioreduction was carried out from 1 to 3 times in one pregnant woman. The average volume of amniotic fluid released during amnioreduction was 1200ml. With these procedures, pregnancy could be prolonged for an average of 44 ± 6 days. Premature operative delivery was carried out in 26-37 weeks of pregnancy to 4 women (50%) with fetal pathology, the remaining 4 (50%) women were delivered at 38-40 weeks. In 25% (2) of women with polyhydramnios, pregnancy ended unfavorably: one had premature detachment of a normally located placenta at 37 weeks of pregnancy with congenital malformation of the intestinal tube of the fetus, and the second had antenatal fetal death at 26 weeks of pregnancy with monochorionic diamniotic twins on the background of fetal transfusion syndrome.

Conclusions: Thus, amnioreduction is an integral part in the treatment of polyhydramnios. Ultrasound diagnostics of fetal malformations and disorders of the course of pregnancy with the manifestation of increasing polyhydramnios allows for the timely application of an effective method of prolongation of pregnancy – amnioreduction under ultrasound guidance and gives almost 95% survival rate of newborns with correctable malformations.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАТОГЕННОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

А.Б. Ильясов

Республиканский специализированный научно-практический центр акушерства и гинекологии г. Ташкент, Узбекистан

Аннотация.

На основе изучения микробиоценоза влагалища, мочи и околоплодных вод у женщин высокого инфекционного риска с реализацией инфекции у новорожденных, без ее реализации, а также условно здоровых женщин установлена высокая диагностическая ценность бактериологического метода исследования. Ведущее значение в развитии внутриутробного инфицирования плода имеют *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus epidermidis* и *E.Coli*, выделенные из влагалища, мочи и околоплодных вод.

Ключевые слова: внутриутробное инфицирование плода, диагностика, биоценоз, микрофлора.

DIAGNOSTIC VALUE OF DETECTING A PATHOGENIC AGENT AND ITS ROLE IN THE DEVELOPMENT OF INTRANATIVE INFECTION

Resume.

Based on the study of the microbiocenosis of the vagina, urine and amniotic fluid in women of high infectious risk with the implementation of infection in newborns, without its implementation, as well as conditionally healthy women, a high diagnostic value of the bacteriological research method was established. *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus epidermidis* and *E.Coli* isolated from the vagina, urine and amniotic fluid have a leading role in the development of intrauterine infection of the fetus.

Key words: intrauterine infection (IUI) of fetus, diagnosis, biocenosis, microflora.

Актуальность.

Прогрессирующий рост инфекционной патологии плода и новорожденного является одной из наиболее важных проблем современного акушерства. Внутриматочная инфекция является причиной широкого спектра антенатальной патологии: инфекционных заболеваний плода, фетоплацентарной недостаточности, мертворождений, невынашивания, задержки развития плода и аномалий его развития. В развитии инфекционного процесса у плода, тяжести поражения, локализации патологического процесса, времени проявления возникшей патологии имеют значение вид возбудителя, его вирулентность, пути проникновения инфекции от матери к плоду, тропизм возбудителя к органам и тканям плода, защитные резервы матери и способность плода к иммунному ответу [1, 3, 5, 7, 8]. По данным литературы, преобладающими возбудителями антенатальных ВУИ являются микоплазмы и вирусы (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, энтеровирусы), интранатальных – хламидии и микробная инфекция. Следует подчеркнуть возросшую роль условно-патогенной микрофлоры и среди них грамотрицательных и облигатно-анаэробных бактерий. Потенциальная угроза внутриутробной трансмиссии инфекционных агентов от матери к ее будущему ребенку существенно возрастает в тех случаях, когда женщина имеет отягощенный соматический, акушерско-гинекологический и инфекционный анамнез. С учетом не специфичности клинических проявлений ВУИ диагностика возможна при сочетании клинических и лабораторно-инструментальных методов [3, 4, 8, 9].

Цель исследования.

Оценить роль инфекционного агента в прогнозировании и реализации внутриутробного инфицирования плода.

Материал и методы исследования.

Работа основана на результатах комплексного клинико-лабораторного обследования 315 беременных женщин высокого инфекционного риска, проведенного в условиях консультативной поликлиники «Семья и брак» и отделения патологии беременных на базе РСНПМЦ АиГ с 2021 по 2022 гг. Критерием исключения были женщины с тяжелыми экстрагенитальными, аутоиммунными, эндокринными заболеваниями, гестозом. Проспективно было обследовано 90 беременных, из которых 76 составили группу высокого инфекционного риска. В зависимости от реализации ВУИ у новорожденных в раннем неонатальном периоде были выделены следующие группы: I (основная) – 35 пациенток высокого инфекционного риска с реализацией ВУИ; II (основная) – 41 беременная высокого инфекционного риска без реализации ВУИ у новорожденных; III (контрольная) – 14 условно здоровых женщин, родивших здоровых детей. В комплекс обследования беременных женщин и новорожденного были включены бактериологическое исследование содержимого влагалища, а также метод исследования мазка из цервикального канала «Фемофлор», определение возбудителей TORCH-комплекса в вагинальных мазках и околоплодных водах (ПЦР, ИФА).

Статистическую обработку данных проводили с использованием интегрированного пакета Statistica 8 for Windows фирмы StatSoft.

Результаты исследования. Все беременные были сопоставимы по исходной клинической характеристике. Средний возраст пациенток в I основной составил $25,6 \pm 0,5$ года, во II основной – $24,7 \pm 0,5$ года, в III контрольной – $24,8 \pm 0,5$ года. Средний возраст менархе у женщин I группы – $13,5 \pm 0,2$ года, II группы составил $13,8 \pm 0,1$, контрольной – $13,4 \pm 0,1$ года. Среди первородящихотягощенный акушерско-гинекологический анамнез (медицинские аборт, самопроизвольные и несостоявшиеся выкидыши) имел место в 51,4% (18) случаев в I группе, в 61,2% (52) во II и в 16,7% (3) случаев – в контрольной группе. У повторнородящих акушерский анамнез был отягощен в 58,2% (32) случаев в I группе, в 24% (24) – во II, и в 41% (9) случаев в контрольной. Среди заболеваний, отягощающих гинекологический анамнез у обследованных женщин, первое место по частоте занимали хронические воспалительные заболевания матки и придатков: в I группе – у 22 (24,4%), во II – у 43 (23,2%) беременных.

С целью диагностики инфицирования изучали микробный спектр амниотической жидкости с определением степени ее колонизации и антимикробной активности в количестве бактерий более 10^3 КОЕ/мл.

Оптимальные бактериологические показатели были выявлены в контрольной группе, для которой был характерен минимальный уровень микробных возбудителей и меньшее представительство патогенных видов бактерий.

Исходя из полученных данных проведенного нами исследования, видна статистически достоверная сильная связь между микробными ассоциациями околоплодных вод и развитием внутриутробного инфицирования плода ($p=0,00026$). Отмечено наиболее сильное влияние на развитие внутриутробного инфицирования плода со стороны *Streptococcus faecalis* ($p=0,00171$), а также *E. coli* ($p=0,01424$). По результатам исследования все остальные возбудители статистически не значимы в реализации ВУИ плода.

Выводы.

Таким образом, в результате нашего исследования было доказано, что нарушение микробиоценоза мочеполовых путей является прогностическим критерием, позволяющим выделить беременных в группу риска по реализации внутриутробного инфицирования плода.

Большое значение в развитии внутриутробного инфицирования плода имеют *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus epidermidis* и *E.Coli*, выделенные из влагалища, мочи и околоплодных вод. У женщин с реализацией внутриутробной инфекции частота обнаружения патогенных возбудителей выше, чем в группе без ее реализации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Галимов А.И. Инфекционно-воспалительные осложнения после экстренного кесарева сечения и принципы их профилактики // Медицинский вестник Башкортостана. –2010. – №3. – С.48-50.
2. Макаров О.В. Современные представления о диагностике внутриутробной инфекции / О.В. Макаров, И.В. Бахарева, Л.В. Ганковская, Л.С. Идрисова. //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. –№1. – С.11-15
3. Орджоникидзе, Н.В. Диагностика внутриутробной инфекции/ Е.К.Ушницкая // Акушерство и гинекология. - 2012.- №5.- С. 12-14.
4. Пасхина Н.А. Перинатальные инфекции и многоводие/ Н.А. Пасхина Н.В. Орджоникидзе, Л.П. Пономарева// Акушерство и гинекология – 2014-№3. – С. 5-8.
5. Сидорова И.С., И.О. Макаров Н.А. Матвиенко. Внутриутробные инфекции: учебное пособие. 2016. – С.7-9.
6. Сидорова И.С. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода/И.С. Сидоров, И.О. Макаров, И.А. Матвиенко [и др.]// Российский вестник перинатологии и педиатрии. –2010. – Т. № 45;2. – С. 5-8.
7. Claudio Chiesa, Alessandra Panero, John F. Osborn, Antonella F. Simonetti and Lucia Pacifico. Diagnosis of Neonatal Sepsis: A Clinical and Laboratory Challenge 2014; 50: 279-287;
8. Escobar GJ. Effect of the systemic inflammatory response on biochemical markers of neonatal bacterial infection: a fresh look at old confounders. Clinical Chemistry. 2013;49:21-22

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

(обзор литературы)

С.Ш. Исенова, А.А. Ли, Б.Ж. Сембаева
НАО «Казахский Национальный Университет им С.Д. Асфендиярова»
г. Алматы, Казахстан

Актуальность.

Многоплодной считается беременность двумя или большим количеством плодов. В настоящее время, по данным мировой статистики, частота встречаемости многоплодной беременности составляет 0,7-1,5% и отмечается тенденция к ее увеличению; около 80% многоплодных беременностей являются результатом терапии бесплодия, из них до 44% могут быть результатом ВРТ. Бесспорно, одной из основных причин наступления многоплодной беременности в программах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) является перенос нескольких эмбрионов. Многочисленные исследования ясно продемонстрировали, что многоплодная беременность связана с повышенным перинатальным риском, включая смертность, преждевременные роды, врожденные аномалии, задержку роста плода и фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС). В Казахстане 10-14 % от всей перинатальной смертности приходится на многоплодные роды, что в 5-10 раз выше, чем при одноплодной беременности. Доля многоплодных родов в 2021 году по городу Алматы составляет 3,66 % всех рождений, по сравнению с 2,7% в 2014 году. Частота рождаемости двоен при этом в период с 2014 по 2021 годы колеблется от 98,5% до 98,8%. Невозможно переоценить огромные последствия недоношенности для общественного здравоохранения, которые напрямую связаны с количеством плодов. Частые обновления и изменения в исследованиях, связанных с многоплодной беременностью, влияют на рекомендации по ее ведению.

Цель исследования.

Обзор текущих международных клинических руководств, касающихся пренатального скрининга и ведения многоплодной беременности.

Материалы и методы.

Поиск статей в базе данных PubMed, UpToDate, Cochrane Library, опубликованных с использованием поисковых терминов «беременность», «многоплодная беременность», «двойня», «близнецы», «guideline». Статьи были ограничены английским языком и периодом с 1 января 2018 г. по 20 января 2023 г.

Опираясь на опыт FIGO, RCOG, NICE, ISUOG, мы рассмотрели и проанализировали сроки проведения пренатального скрининга, в частности определение хориальности, проведение доплерометрии, раннее выявление ФФТС, TAPS, ЗВУР, скрининг длины шейки матки, а также сроки родоразрешения многоплодной беременности.

Результаты.

Определение хориальности. Хориальность является одним из наиболее значимых параметров для прогноза при беременности двойней. По международным клиническим рекомендациям, а также, согласно отечественному протоколу, определение хориальности следует проводить до 14 недель срока гестации. Средний показатель срока – с 11 недель по 13 недель + 6 дней. Связано это с тем, что точность определения хориальности до 14 недель составляет 99%, так как амнион и хорион на этом этапе еще не слились, но снижается до 77% для монохориальной беременности после 14 недель.

Допплерометрия. Рекомендации, касающиеся рутинного включения доплерометрии разнятся. В одних руководствах упоминается обзор этого сканирования только в контексте диагностики и стадирования ФФТС (UK Committee). Другие указали, что эти сканирования следует выполнять только при подозрении на осложнения и беременность высокого риска (Отечественный протокол, FIGO, WNHS, Clinical Guideline of Canada, Review of International Clinical Guidelines USA). А также имеются руководства, где доплерометрия является рутинным методом (ISUOG, NVOG, RANZCOG, Germany, China). NICE не упоминает о данном методе скрининга.

ФФТС. По международным клиническим рекомендациям сроки выявления ФФТС разнятся с 14-16-20 недели по 24 неделю каждые 2-3 недели в зависимости от хориальности близнецов. При этом клинический протокол в РК устанавливает сроки с 24 недели каждые 3-4 недели для прогнозирования задержки внутриутробного развития плода/плодов, ФФТС.

Синдром анемии-полицитемии (TAPS). В клинических рекомендациях взгляды на выявление TAPS неоднозначны; диагностику TAPS при рутинном скрининге совместно с ФФТС рекомендуют NICE, FIGO, ISUOG, RANZCOG, Review of clinical guidelines China. Некоторые страны в своих клинических протоколах не дают рекомендаций о выявлении TAPS или вовсе не упоминают о нем (UK, Western Australia, Canada, Germany, Review of International Clinical Guidelines USA). По протоколу МЗ РК предлагают еженедельный ультразвуковой мониторинг TAPS с 16 недель гестации женщинам, беременность которых осложнена ФФТС и/или ЗВУР. Такого же мнения придерживаются в клинических рекомендациях NVOG с различием в сроках выявления – с 14 недель (NVOG).

Диагностика задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) является неотъемлемой частью наблюдения за течением беременности. Международные клинические рекомендации предлагают сроки выявления ЗВУР с 16 недели с мониторингом каждые 2 недели (FIGO, ISUOG, RANZCOG, Western Australia, Canada, Germany, Review of International Clinical Guidelines USA, Review of clinical guidelines China). По рекомендациям NICE диагностику ЗВУР проводят уже с 14 недели двухнедельным методом. Рекомендации NVOG выявление ЗВУР рассматривают в комплексе рутинного скрининга второго триместра. И лишь в рекомендациях UK Committee и КП МЗ РК мониторинг ЗВУР проводится достаточно поздно – начиная с 22 и 24 недель соответственно.

В большинстве клинических рекомендаций **биохимический скрининг на хромосомные аномалии** рекомендуется проводить с 10 по 13 недель + 6 дней срока гестации. При этом в рекомендациях FIGO указано, что следует предлагать комбинированный тест (биохимический скрининг сыворотки и определение толщины воротникового пространства) или комбинацию анализа возраста матери, определение толщины воротникового пространства и тест на внеклеточную ДНК. Однако пациентка должна быть проинформирована о том, что тесты из сыворотки при беременности двойней менее точны, чем при одноплодной беременности. Наряду с этим в большинстве ресурсов также упоминались скрининги воротникового пространства, которые отмечали, что его несоответствие может быть интерпретировано как ранний признак ЗВУР и/или ФФТС, или отдаленные признаки хромосомных аномалий.

Скрининг длины шейки матки является предметом противоречий во многих клинических рекомендациях. В некоторых источниках сообщается, что универсальный скрининг следует проводить (ISUOG, Germany) примерно на 20-й неделе (Townsend R, Khalil A.). Другие рекомендовали не проводить всеобщий скрининг (NICE, NVOG), указывая на отсутствие доказательств эффективного вмешательства для предотвращения преждевременных родов у близнецов. Отечественный протокол ведения многоплодной беременности, в свою очередь, предлагает однократное измерение длины шейки матки в сроке 17-24 недель.

Сроки родоразрешения. Почти все гайдлайны сходятся во мнении, что при неосложненной дихориальной многоплодной беременности родоразрешение следует проводить не ранее 37 недель, а в клинических рекомендациях NVOG неосложненную дихориальную

диамниотическую беременность ведут вплоть до 40 недель. В случае монохориальной двойни сроки родоразрешения – не ранее 32-33 недель + 6 дней в комплексе с РДС-профилактикой (курс глюкокортикостероидов). Стоит отметить что, если беременность проходит без осложнений, рекомендуется дождаться самопроизвольных родов, и при достаточном опыте акушера, проводить роды естественным путем.

Выводы.

Нами был проведен всесторонний поиск международных клинических руководств, касающихся ведения многоплодной беременности. Результаты анализа показали: 1. Рекомендовано раннее установление хориальности; 2. Проведение УЗИ раз в две недели, начиная примерно с 16-й недели гестации; 3. Рутинное наблюдение за ФФТС и TAPS необходимо начинать с 16 недель и проводить мониторинг двухнедельным методом. 4. Скрининг хромосомных аномалий плода/плодов выполняется не позднее 13 недель + 6 дней. 5. Выявление ЗВУР необходимо начинать не позднее 14-16 недель и продолжить наблюдение каждые 2 недели. 6. Решение о проведении плановых родов при неосложненной многоплодной беременности до 38 недель должно приниматься только после рассмотрения рисков неонатальной и материнской заболеваемости, при неосложненной монохориальной двойне продолжать беременность до 37 недель, а дихориальную двойню вести не менее 37 недель.

АКУШЕРСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДОРОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

А.Е. Калидинова, Л.О. Жұмабай, А.М. Канигаева, А.Ш. Аймаханова, Г.К. Омарова
НАО «КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова»
г. Алматы, Казахстан

Актуальность.

Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) — излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности в сроке доношенной беременности. Частота ДРПО варьирует от 9,1-19% и не имеет тенденции к снижению, осложняя до 8% беременностей. ДРПО является причиной материнской и неонатальной заболеваемости. Отмечается повышение риска хориоамнионита (15–35%), эндометрита (15–25%), преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (2–5%), частота которых увеличивается с удлинением безводного периода (БП). Акушерский сепсис встречается в 1–5% случаев, которые могут привести к материнской смертности.

Цель исследования. Оценить акушерские и неонатальные исходы у беременных с ДРПО при выжидательной тактике.

Материалы и методы.

Был проведен проспективный анализ течения родов и их исходов у 203 беременных с ДРПО, госпитализированных в городское родовспомогательное учреждение 2 уровня – ГКП на ПХВ «РД №5» за 2022 год. В исследование были включены беременные с ДРПО с информированного согласия после предварительного консультирования по тактике ведения (выжидательная, активная). Выжидательную тактику выбрали 73,8% (150) беременных с ДРПО в сроке 37 недель и более, удовлетворительным состоянием, отсутствием показаний к операции кесарево сечение, без клинических симптомов хориоамнионита и признаков страдания плода.

Все беременные с ДРПО были разделены на 2 группы: 1 группа 78% (117) - беременные с самостоятельной родовой деятельностью, которая началась в течение 24-36 часов после спонтанного разрыва плодных оболочек, 2 группа 22% (33) – беременные с индукцией родовой деятельности при отсутствии ее через 20-24 часа с момента спонтанного разрыва плодных оболочек.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст исследуемых беременных не имел достоверных различий и составил в 1-ой группе $28,9 \pm 0,5$ лет, во 2-ой группе $27,18 \pm 1,02$ лет ($p > 0,05$). Анализ среднего паритета в исследуемых группах не выявил достоверных различий, составив в группе с выжидательной тактикой - $2,29 \pm 0,1$, в группе с выжидательно-активной – $1,81 \pm 0,2$ ($p > 0,05$).

Спонтанная родовая деятельность при выжидательной тактике в течение 24 часов началась у 67,4% (117) беременных с ДРПО, тогда как при дальнейшей выжидательной тактике и информированном отказе от индукции родов у 10,6% беременных с ДРПО спонтанная родовая деятельность началась в течение 24-36 часов. После выжидания 20-24 часов 22% (33) беременных с ДРПО приняли решение об индукции родов: окситоцином в 6% (9) случаях и мизопростолом в 16% (24) случаях.

Средняя продолжительность I периода родов в группе с индукцией родов была достоверно короче и составила $368,1 \pm 9,3$ минут, тогда как в группе с спонтанной родовой деятельностью – $447,3 \pm 9,6$ ($p < 0,05$). Средняя продолжительность II периода родов в исследуемых группах не имела достоверных различий и составила $31,7 \pm 1,3$ и $27,4 \pm 2,5$ минут соответственно ($p > 0,05$).

Анализ течения средней продолжительности безводного периода от момента разрыва плодных оболочек до наступления регулярной родовой деятельности и до рождения новорожденного не выявил достоверных различий и составил в 1 группе: $845,8 \pm 47,9$ и $1494,9 \pm 44,5$ минут, во 2 группе – $1690,1 \pm 53,0$ и $2112,03 \pm 63,7$ минут соответственно ($p > 0,05$).

Анализ исхода родов у беременных с ДРПО выявил, что оперативное родоразрешение (вакуум экстракция и экстренное кесарево сечение) в 1-ой группе было у 6,0% рожениц, тогда как во 2-ой группе – у 12,1%. Следует отметить, что удельный вес беременных, родоразрешенных путем экстренного кесарева сечения, в группе с индукцией родов был в 3 раза выше, чем в группе со спонтанной родовой деятельностью, составив 4,2% (5) и 12,1% (4) соответственно. Показаниями для экстренного кесарева сечения явились: аномалии родовой деятельности, дистресс плода, клинический узкий таз и безэффективность индукции. У 1,8% (2) рожениц 1-ой группы роды завершились вакуум экстракцией плода в связи с его дистрессом, тогда как во 2-ой группе таковых не было.

В группе с индукцией родов хориоамнионит был диагностирован в 1 случае, общая продолжительность безводного периода составила 41 ч 30 мин и осложнился угрожающим состоянием плода, вследствие чего проведено экстренное кесарево сечение.

При анализе акушерских осложнений у каждой пятой родильницы сравниваемых групп выявлены травмы родовых путей без достоверных различий ($p > 0,05$): разрывы влагалища, промежности 1 степени, шейки матки.

Анализ перинатальных осложнений у новорожденных с асфиксией не выявил достоверных различий в исследуемых группах и составил 5,1% (6) против 3,0% (1). В группе со спонтанной родовой деятельностью с тяжелой асфиксией родились 1,7% (2) новорожденных, которые наблюдались в палате интенсивной терапии, в группе с индукцией родов асфиксии тяжелой степени не наблюдалось.

Выводы.

Удельный вес многорожавших достоверно был выше в 1-ой группе с выжидательной тактикой, у которых родовая деятельность началась самостоятельно в течение 24 часов после ДРПО ($p < 0,05$). Беременные с ДРПО в 1-ой группе достоверно чаще имели заболевания МВС.

Спонтанная родовая деятельность началась в течение 24 часов у 67,4% беременных с ДРПО с выжидательной тактикой ведения, в течение 36 часов – 78%, что соответствует литературным данным. Родовая деятельность индуцирована у 22% беременных после 20-24 часов выжидательной тактики.

Средняя продолжительность I периода родов во 2 группе было достоверно короче и составила $368,1 \pm 9,3$ минут ($p < 0,05$).

При ДРПО риск инфицирования матери и плода возрастает пропорционально продолжительности безводного периода. Так, в группе с индукцией родов выявлен хориоамнионит и дистресс плода в 1 случае.

Удельный вес беременных родоразрешенных путем экстренного кесарева сечения в 3 раза выше в группе с индукцией родов.

Таким образом, проблема ДРПО и индукции родов при доношенном сроке беременности остается актуальной в практическом акушерстве по сей день. Индукция родов при ДРПО увеличивает частоту экстренного кесарева сечения, дистресса плода. Вопросы индукции родов часто не стандартизованы, носят субъективный характер и приводят к ненадлежащему исполнению клинического протокола, что отражается на перинатальных исходах.

ОСОБЕННОСТИ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И COVID-19

Л.А. Каримова, Ф.П. Нишанова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность.

В мета-анализе «Инфекция SARS-CoV-2 во время беременности и риск преэклампсии» Agustin-Conde-Agudelo et Roberto Romero (2021) изучив взаимосвязь между инфекцией SARS-CoV-2 во время беременности и риском развития преэклампсии, пришли к выводу как бессимптомные, так и симптоматические инфекции SARS-CoV-2 значительно увеличивали вероятность развития преэклампсии; однако она была выше среди пациентов с симптоматическим заболеванием (соотношение шансов, 2,11; 95% доверительный интервал 1,59-2,81), чем среди лиц с бессимптомным заболеванием (отношение шансов 1,59; 95% доверительный интервал 1,21-2,10). Выводами где было, что атипичная пневмония – CoV-2 во время беременности связана с более высокими шансами развития преэклампсии.

Цель исследования.

Изучить биомаркеры эндотелиального повреждения, коагуляции, врожденного иммунного ответа и ангиогенеза при преэклампсии и COVID-19 во время беременности в дополнение к изменениям *in vitro* в эндотелиальных клетках, подвергшихся воздействию сыворотки беременных женщин с преэклампсией и COVID-19.

Материалы и методы исследования.

Образцы плазмы и сыворотки были получены от беременных женщин с инфекцией COVID-19, классифицированной как легкая (n=10) или тяжелая (n=9), а также от женщин с нормотензивной беременностью в качестве контроля (n=10) и пациенток с преэклампсией (n=13). Оценивали панель плазматических биомаркеров, включая молекулу адгезии сосудистых клеток-1, растворимый рецептор фактора некроза опухоли I, гепарансульфат, антиген фактора фон Виллебранда (активность и мультимерный характер), α 2-антиплазмин, C5b9, нейтрофильные внеклеточные ловушки, плацентарный фактор роста, растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 и ангиопоэтина 2.

Статистический анализ включал одномерные и многомерные методы.

Были исключены беременности с хромосомными/структурными аномалиями или внутриутробной инфекцией.

Результаты исследования.

В зависимости от наличия пневмонии или сосуществования лихорадки, сухого кашля и одышки беременные с положительным результатом на SARS-CoV-2 подразделялись на легкие (n=9) и тяжелые (n=8). Кроме того, мы также включили беременных женщин с отрицательным результатом SARS-CoV-2, включая преэклампсию (n=13) и беременных с нормальным давлением, в качестве контроля (n=10), которые были сопоставлены со случаями COVID-19 по гестационному возрасту при заборе крови. Гестационный возраст на момент отбора проб был одинаковым между исследуемыми группами при медиане (межквартильный размах) 40,2 (38,9–41) недель в контрольной группе, 39,1 (38,7–39,6) недель в легких случаях COVID-19, 39,3 (34,9–41,1) недель в тяжелых случаях COVID-19 и 39,1 (35,1–39,6) недель при преэклампсии. Случаев перинатальной смертности в исследуемой популяции не наблюдалось.

Эндотелиальные и ангиогенные циркулирующие биомаркеры по-разному изменяются при COVID-19 и преэклампсии. Результаты по растворимым биомаркерам в исследуемых популяциях показали, что большинство растворимых биомаркеров были одинаковыми у пациентов с легкой формой COVID-19 и в контроле, за исключением значительного увеличения VWF : Ag. Напротив, при тяжелом течении COVID-19 были обнаружены глубокие изменения эндотелиальных, коагуляционных, иммунных и ангиогенных биомаркеров, включая значительно более высокие концентрации VCAM-1, sTNFRI, HS, VWF: Ag и NET, со значительным снижением PlGF по сравнению с контрольной группы. Не наблюдалось различий в Ang2, sFlt-1, C5b9, ADAMTS13, PAI или TM между пациентами с тяжелой формой COVID-19 и контрольной группой. Беременные женщины с преэклампсией демонстрировали заметные изменения растворимых биомаркеров в профиле, отличном от профиля, наблюдаемого при COVID.

Случаи преэклампсии показали заметное увеличение VCAM-1 и sTNFRI (значительно повышенное по сравнению с контролем и тяжелыми случаями COVID-19) с поразительным снижением VWF: Ag, VWF, GPIbM, VWF:Ag/VWF:GPIbM и α 2AP. Как и ожидалось, при преэклампсии также наблюдалось снижение PlGF, повышение sFlt-1 и Ang2 и очень высокое отношение sFlt-1 к PlGF. Кроме того, значительное увеличение C5b9 и NET также было обнаружено при преэклампсии по сравнению с контролем. HS, ADAMTS13, PAI и TM оставались неизменными при преэклампсии.

Выводы.

Таким образом, растворимые биомаркеры коагулопатии (VWF), воспаления эндотелия (sTNFRI), повреждения барьера (HS) и ангиогенеза (sFlt-1), по-видимому, высокоспецифичны в дифференциации преэклампсии от тяжелой формы COVID-19 во время беременности. Эти результаты могут улучшить наше понимание патофизиологических путей преэклампсии и COVID-19 во время беременности. Мы также определили циркулирующие биомаркеры, которые могут быть полезны для дифференциальной диагностики преэклампсии и инфекции SARS-CoV-2 во время беременности. Учитывая сложность клинической дифференциации некоторых случаев преэклампсии и COVID-19, панель циркулирующих биомаркеров для дифференциальной диагностики может оказать большую помощь в оптимизации ведения пациентов.

УДК 618.2:616.155.194-036

АНЕМИЯМЕН ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

С. Қуаныш, А.А. Есжанова, С.Н. Мырзахметова
«Астана медицина университеті» КеАҚ
Астана қ., Қазақстан

Тақырыптың өзектілігі:

Анемия мәселесі ана мен бала болашағына қолайсыз әсер етеді, перинаталдық сырқаттанушылық және өлім-жітім алып келуі мүмкін. Анемия жүктіліктің ерте кезінде мерзімінен бұрын босанудың жоғарылауымен, төмен салмақпен, неонатальды асқынулармен болуы мүмкін. Анемия жүктілікке теріс әсер етеді, түсік түсіру, босану әлсіздігі, босанғаннан кейінгі қан кету және инфекциялық асқынулар қаупіне ықпал етеді.

Зерттеудің мақсаты.

Әртүрлі дәрежедегі анемияның жүктілік кезіне және оның босану ағымына әсерін зерттеу. Анемиясы бар әйелдерде перинаталдық асқынулар мен мерзімінен бұрын босану қаупін бағалау.

Зерттеу материалдары мен әдістері.

Зерттеуге 17-45 жас аралығындағы жүктіліктің әртүрлі кезеңдерінде әртүрлі дәрежедегі анемияны бастан өткерген пациенттердің жүктілігі мен босануының 100 ауру тарихын зерттеу және статистикалық талдау жүргізілді (n=100). Негізгі топты құрайтын мерзімінен бұрын босанған, толық мерзімде өздігінен босанған, кесар тілігімен босанған 100 әйелдің босану тарихы ретроспективті түрде зерттелді. Ауру тарихының анализі 2021-2022 жылдар аралығы.

№ 2 Көпбейінді қалалық аурухананың акушерлік базасында алынды.

Барлық әйелдер бірқатар тексерулерден өтті: клиникалық қан анализі (гемоглобин, гематокрит, эритроциттердің орташа көлемі эритроциттер саны). Сондай-ақ жаңа туған нәрестені антропометриялық тексеру және босануды зерттеу жүргізілді.

Темір тапшылығы анемиясының диагнозы жүкті әйелдерге гемоглобин деңгейіне қарап қойылды, бұл жағдайда жеңіл анемия гемоглобин деңгейі $>100-109$ г/л, орташа дәрежелі – $99-70$ г/л, ауыр дәрежелі – < 70 г/л анықталды.

Зерттеу нәтижелері.

Зерттеу барысында жүкті 100 әйелдердің 60- да жеңіл дәрежелі анемия байқалды. Орташа дәрежелі анемиямен 40 жүкті әйелде байқалды. Ауыр анемиямен ауыратын науқастар анықталған жоқ.

Мерзімінен бұрын босанған әйелдердің 32,2% – жеңіл анемия (гемоглобин деңгейі $100-109$ г/л), 19,8% – орташа дәрежелі (гемоглобин деңгейі $71-90$ г/л), ал ауыр дәрежелі (гемоглобин деңгейі <70 г/л) байқалмады. Мерзімінде туылған әйелдер арасында жеңіл анемия әрбір бесіншісінде (16,2%), ал орташа ауырлығы әйелдердің 3,0% анықталды, Мерзімінен бұрын босанған әйелдерде бұл эритроциттердің саны өте төмен – орташа есеппен $3,1 \times 10^{12}/л$. Бұл ретте әйелдердің 9,4% - әйелде эритроциттер саны $3,0 \times 10^{12}/л$ – ден төмен, 31,1% – да – $3,0-3,4 \times 10^{12}/л$ – ден, 35,1% – $3,5-3,9 \times 10^{12}/л$ – ден, 21,4% - $4,0-4,5 \times 10^{12}/л$ – ден және 3,0% - да - $4,5$ -тен жоғары болды $\times 10^{12}/л$.

Әйелдердің 38 – бірінші босану, 20 – екінші босану, 22 – үшінші, 11 төртінші немесе одан да көп босану болды. 10 жағдайда бестен жоғары.

Зерттелген әйелдердің көпшілігінде олардың орташа жасы 28 жасты құрады, алғашқы босанушы әйелдердің жасы 38 болғандығы атап өтілді, анамнездерінде 9 әйелде- түсік түсіру және жасанды түсік түсіру болған. Қайта босанушылар- 62.

Жүктілердің көпшілігінің анамнезінде әртүрлі экстрагенитальды аурулар анықталды, олардың тек 20-сы сау болды. Созылмалы аурулар 44 пациентте байқалады. Олардың 5-де әртүрлі соматикалық патологиялардың комбинациясы табылды және пациенттердің жартысына жуығында жүрек, қалқанша без, бауыр және басқа асқазан-ішек жолдарының аурулары, ал әрбір бесінші пациентте бүйрек аурулары болғанын атап өту маңызды.

Анемиясы бар жүкті әйелдердің экстрагенитальды патологиясы

Созылмалы пиелонефрит	27
Бауыр аурулары	2
Созылмалы гастрит	4
Аяқ тамырларының кеңеюі	8
Бүйрек аурулары	3
Миопия	7
Past COVID19	3

39 әйел табиғи босану жолы арқылы босанды. Анемияның жеңіл дәрежесінде 26 және орташа дәрежесінде 13 босану болды. Мезгілінен бұрын босану 35. Олардың мерзімі 23-36 апта аралығы. Кесар тілігі 4-де жасалды. Көрсеткіштері- ұрықтың қауіпті жағдайы, плаценталық бұзылыс, жатырдың тыртығы. Жоспарлы түрде 2 пациентте және 2 шұғыл түрде кесарь тілігі жасалды.

Босанғаннан кейінгі кезеңдегі асқынулар

Жаңа туған нәрестелердің дене салмағы 550 – ден 4100 грамм – аралығында, олардың жартысының жуығы 2500 грамм, және одан жоғары - 20 нәресте, 2000-2499 грамм - 8, 1500-1999 грамм - 2, 1000-1499 грамм - 1, ал 1000 грамм аз - 2 нәресте.

Жаңа туылған нәрестелердің жағдайы Апгар шкаласы бойынша бағаланды. Қанағаттанарлық жағдайда 52 бала дүниеге келді. Әрбір төртінші балада туылған кезде жағдайдың бұзылуы байқалды (48 бала). Апгар бойынша 8/9 балл - 52 балада, 7/8 балл - 48, 6/5 балл - 4 балада, 5-тен төмен - 2 бала.

Қорытынды.

1. Бұл зерттеудің нәтижелері мынаны көрсетеді жүкті әйелдер арасындағы анемия кең таралған мәселенің бірі болып табылады.

2. Жүргізілген зерттеу темір тапшылығы анемиясының мерзімінен бұрын босанудың маңызды қауіп факторы екенін растады. Мерзімінен бұрын босанған әйелдерде мерзімінде босанған әйелдермен салыстырғанда гемоглобин мөлшері мен эритроциттер саны сенімді түрде төмендеді, эритроциттердің орташа көлемі, абсолютті бірліктердегі эритроциттердегі гемоглобиннің орташа мөлшері, төмендеді.

3. Жүктілік кезіндегі темір тапшылығы анемиясы нәрестелер мен босанғаннан кейінгі нәрестелердің жағдайына теріс әсер етеді. Бұл негізінен анемияның ауырлығына байланысты: асфиксиямен әр бала анадан анемиямен туылады. Әрбір бала туылған кезде асфиксияға ие.

4. Темір тапшылығы анемиясы мерзімінен бұрын босанудың қауіп факторы ретінде қарастырылады, сондықтан науқастың жағдайының ауырлығына байланысты емдеу әдістерін тандап, осы патологияны түзету ұсынылады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Жүкті әйелдердегі анемия // Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары ҚР-2019.
2. Белошевский Е. А. ересектердегі, балалардағы және жүкті әйелдердегі темір тапшылығы. – Воронеж: 2000. - 121 с.
3. Воробьев П. А. клиникалық тәжірибедегі анемиялық синдром. - М.: 2001. - 168 с.
4. Савельева Г. М. Акушерлік. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 429 с

POLYMORPHISM OF THE GENES RESPONSIBLE FOR THE FUNCTIONS OF THE ENDOTHELIAL SYSTEM IN PREGNANT WOMEN IN UZBEKISTAN

*D.B. Mirzakhodjaeva, N.N. Mavlyanova, F.P. Nishanova, M.J. Dauletova
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for
Obstetrics and Gynecology Tashkent, Uzbekistan*

Relevance.

At the present stage, the establishment of the etiopathogenetic links of fetal growth restriction syndrome (fetoplacental insufficiency) (FGR or FPI) is a priority in obstetrics. Particular attention is paid to the role of adaptive and compensatory-protective mechanisms for the formation of reactivity, the reproductive function of the female body, and the ability for adequate functional and structural restructuring during pregnancy. At the same time, the key methodological approach in the development of a scientifically based system for predicting, diagnosing and preventing FGR is the molecular genetic analysis of the genes responsible for the functioning of factors of the endothelial system. [Karimov Kh.Ya., 2016, Lyubchich N.I., 2016; Spiridonova M.G., 2007].

Purpose of the study:

To study allelic variants and polymorphism of the genotypes of the rs1799983 G/T gene of the NOS3 gene (eNOS Gly298Asp G/T) in pregnant women with FGR.

Material and research methods.

70 pregnant women aged 19 to 36 years old, who were observed at the clinic of Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, were examined. All pregnant women underwent general clinical, laboratory and functional studies according to the standard for diagnostics and therapy (2019). Molecular genetic examination of biomaterials (DNA) was performed on the basis of the Department of Molecular Medicine and Cellular Technologies of the Research Institute of Hematology and Blood Transfusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. The object and subject of the study were DNA samples of pregnant women, NOS2 (C/T) gene.

DNA samples were isolated from peripheral blood lymphocytes according to a modified method. The concentration and purity of the isolated DNA were evaluated by measuring the optical density of DNA-containing solutions at a wavelength of 260 and 280 nm against TE on a NanoDrop 2000 spectrophotometer (USA). Genotyping of the NOS2 polymorphism was carried out by PCR on programmable thermal cyclers CG - 1-96 Corbett Research (Australia) and 2720 Applied Biosystems (USA), using test systems of Litech LLC (Russia), according to the manufacturer's instructions. Temperature mode: 94°C - 4 min; 94°C - 30 sec, 60°C -30 sec, 72°C - 30 - 35 cycle; 72°C - 7 min.

Statistical analysis of the results was carried out using the statistical software package "OpenEpi 2009, Version 2.3". The frequency of variants of alleles and genotypes (f) was calculated by the formula: $f=n/2N$ and $f=n/N$, where n is the occurrence of the variant (allele and genotype), N is the sample size.

Results and discussion:

71 pregnant women aged 19 to 44 years were examined, the average age was 26.7±2.3. Among 71 pregnant women, FGR was detected in 46, which accounted for 64.7%. According to the severity of FPI, 34 pregnant women were diagnosed with - I- severity, which amounted to 48.6%, II degree was in 9 (12.8%) and III degree of severity was in 2 (2.8%). A molecular genetic study of the allele frequency and polymorphism of the rs1799983 G/T genes of the NOS3 gene (eNOS Gly 298 Asp G/T) and an assessment of their correspondence to the Hardy-Weinberg equilibrium in the studied groups.

The distribution of alleles of the rs1799983 G/T polymorphism of the NOS3 gene in the examined

pregnant women revealed a high frequency of the favorable G allele in 84.5% of cases (120), while the unfavorable allele was detected in 15.5% (22). Whereas, the distribution frequency of the G/G genotypes of the rs1799983 polymorphism of the NOS3 gene occurred in 71.8% (51) of cases, and the heterozygous genotype G/T of the NOS3 gene - in 25.3% (18). Whereas the mutant T/T genotype occurred in 2.8% (2) cases.

Whereas, depending on the detectability of FGR, in the group of pregnant women with FGR, favorable alleles were recorded in 86.9% of cases (80), unfavorable ones were detected in 13.04% (12) of cases, respectively. G/G genotypes were recorded in 76.1% (35), heterozygous G/T genotypes were detected in 21.7% (10) and mutant genotypes were in 2.2% (1) of cases. Whereas in the group of pregnant women without FGR G / T heterozygous genotypes were recorded in 32.0% (8), which is 1.5 times higher than in the group of pregnant women with FGR. And homozygous mutant genotypes were detected in 4.0% (1) of cases, respectively.

As can be seen from the table, in the group of pregnant women, there was no significant difference between the expected and observed frequencies of the genotypes of the rs1799983 G/T polymorphism of the NOS3 gene. The observed genotype frequencies correspond to theoretically expected ones and are in Hardy-Weinberg equilibrium.

The analysis of the obtained results shows that in pregnant women the association of the rs1799983 G/T polymorphism of the NOS3 gene does not represent a prognostic significance in the development of fetal growth restriction syndrome, which is not significant ($P > 0.05$). The functionally unfavorable T allele of the eNOS Gly 298 Asp G/T polymorphism of the NOS 3 gene is not a significant determinant of an increased risk of developing fetal growth restriction syndrome (FGR) in Uzbekistan ($\chi^2 = 1.19$; $P > 0.05$). At the same time, there is a noticeable trend towards an increase in the frequency of the heterozygous genotype G/T of the Gly 298 Asp G/T polymorphism of the NOS 3 gene in subgroup B (pregnant women without FGR) compared to subgroup A (pregnant women with FGR). According to the calculated OR, the risk of developing an unfavorable T/T genotype in carriers is 1.5 times higher than in the group of pregnant women without FGR. i.e., the differences between these subgroups were close to the level of statistical significance ($\chi^2 = 0.19$; $P = 0.55$; $OR = 0.53$; 95% CI 0.03-8.91).

Conclusions.

Thus, the results of the study indicate that in the unfavorable alleles and genotypes of the studied groups of pregnant women, the most common were heterozygous genotypes eNOS Gly 298 Asp G/T of the NOS3 gene which are not a significant determinant of an increased risk of developing fetal growth restriction syndrome (FGR) in Uzbekistan ($\chi^2 = 1.19$; $P > 0.05$).

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 16-21 мамыр айының аралығында Беларусь Республикасы тарапынан профессор Л.В. Гутикова отандық дәрігер акушер-гинекологтарға «Акушерлік және гинекологиядағы анестезия және қарқынды терапия» тақырыбына семинар-тренинг өткізіп, дәріс беруге келді.

Сонымен қатар, 21-ші мамыр 2022 жылы «ҚДСЖМ» ҚМУ-де профессор Л.В. Гутикованың қатысуымен облыстардың денсаулық сақтау саласының Басшыларының акушерлік және балалар ісі жөніндегі орынбасарларымен, университет басшылары және магистранттар докторанттардың қатысуымен «Дөңгелек үстел» ұйымдастырылды.

Болашақта отандық дәрігерлерімізді тағы да біліктілігін арттыруға Беларусь Республикасына жіберуді жоспарлап отырмыз.

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

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ИНДУКЦИИ РОДОВ В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Р.Р. Нурманова, Д.К. Юлдашбекова, А.М. Расилова, Ж.С. Бегниязова, Г.К. Омарова
НАО «КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова» г. Алматы, Казахстан

Актуальность

Современная концепция ведения беременности и родов направлена на обеспечение безопасного материнства, рождение живого и здорового ребенка. Индукция родов одна из самых распространенных процедур в современном акушерстве.

Частота родовозбуждения в последние десятилетия неуклонно растет и составляет в России 10-20%, в Германии – 12-14%, в Великобритании – 20%, в Австралии – 29,1 %, в США – 20-50%, Республика Казахстан - 15-17 %, родильный дом №5 г. Алматы – 19-22%.

Несмотря на различные виды индукции родов, все они преследуют одну цель – родоразрешение через естественные родовые пути с предупреждением или уменьшением возможных осложнений для матери и для плода. Однако индукция родов в ряде случаев, наоборот, увеличивает риск неблагоприятного исхода родов.

Цель

Изучить перинатальные исходы индуцированных родов в доношенном сроке беременности.

Материалы и методы.

Перспективный анализ историй родов 110 родильниц, госпитализированных в городское родовспомогательное учреждение 2 уровня – ГКП на ПХВ «РД №5» г. Алматы за 2022 год. Из исследования исключены случаи индукции родов, проведенных у беременных в связи с преждевременным излитием околоплодных вод и антенатальной гибелью плода.

Все родильницы были разделены на 3 группы:

1 группа: 49,09% (54) – родильницы у которых была проведена преиндукция простагландином E_1 .

2 группа: 15,45% (17) – родовозбуждение окситоцином, после амниотомии.

3 группа: 12,72% (14) – родильницы у которых проведены преиндукция простагландином E_1 , амниотомия, родовозбуждение окситоцином.

У 21,8% (24) беременных регулярная родовая деятельность началась после амниотомии, перинатальные исходы у которых не имели достоверных различий относительно физиологических родов, что позволило исключить их из последующего анализа.

Результаты исследования.

Средний возраст исследуемых беременных не имел достоверных различий и составил в 1-ой группе $27,4 \pm 0,3$ лет, во 2-ой группе $28,4 \pm 0,58$ лет, в 3-ей группе $26,7 \pm 0,3$ лет ($p > 0,05$).

В структуре соматических заболеваний исследуемых групп преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, мочевыделительной системы и анемии неуточненного генеза без достоверных различий. В группе беременных с преиндукцией простагландином E_1 заболевания ССС составили 18,51% (10), МВС 51,85% (28), анемии 74,07% (40). В группе беременных после амниотомии и родовозбуждением окситоцином заболевания ССС составили 23,5% (4), МВС - 35,29% (6), анемии - 58,8% (10). В группе беременных с преиндукцией простагландином E_1 , амниотомией и родовозбуждением окситоцином заболевания ССС выявлены у 35,7% (5), МВС – у 42,85% (6), анемия – у 21,4% (3).

Анализ среднего паритета в исследуемых группах не выявил достоверных различий, в группе с преиндукцией простагландином E_1 $2,3 \pm 0,15$, в группе с родовозбуждением $2,18 \pm 0,24$, в группе с преиндукцией простагландином E_1 с последующим родовозбуждением окситоцином $1,71 \pm 0,31$ ($p > 0,05$).

Средний срок беременности составил в 1-ой группе 40 недель+5 дней, во 2-ой группе - 41 неделя+1 день, в 3-ей группе 40 недель + 4 дня.

Анализ структуры показаний для индукции родов выявил, что основными показаниями были переносная беременность и гипертензивные состояния беременных. В 1-ой и 2-ой группах каждой пятой беременной проводили индукцию по показаниям гипертензивные состояния беременной, тогда как в 3-ей группе у каждой второй.

Группа	Переносная беременность	Артериальная гипертензия	Преэклампсия
I	81,5%	9,25%	9,25%
II	82,35%	5,88%	11,78%
III	50%	25,57%	21,4%

Длительность индукции во 2-ой группе была достоверно короче и составила $122,6 \pm 2,75$ минут, в 1-ой группе $594,2 \pm 2,7$ минут и в 3-ей группе составила $1619,2 \pm 5,6$ минут ($p < 0,05$).

Средняя продолжительность I периода родов в 3-ей группе была достоверно короче и составила $310 \pm 3,68$ минут, тогда как в 1-ой и 2-ой группах длительность составляла $423,9 \pm 1,61$ минут и $448,8 \pm 3,61$ минут соответственно ($p < 0,05$). Средняя продолжительность II периода родов в исследуемых группах не имела достоверных различий и составила $33,7 \pm 0,54$ минут, $28,41 \pm 1,04$ минут и $27,14 \pm 1,31$ минут соответственно ($p > 0,05$).

Анализ исхода родов у беременных с индукцией родов, что в 1-ой группе безэффективность родовозбуждения составила 1,8%, угрожающее состояние плода - 7,4%, что явилось показанием для экстренного кесарева сечения в 5,5%, и вакуум-экстракции плода - 1,8%. Отмечены разрывы промежности и слизистой влагалища в 22,2% случаев.

У беременных 2-ой группы роды осложнились безэффективностью родовозбуждения у 11,7%, слабостью родовой деятельности - у 23,5%, что явилось показанием для экстренного кесарева сечения - у 17,6%. Также роды осложнились разрывами промежности и слизистой влагалища в 23,5% случаев.

У беременных 3-ей группы роды осложнились безэффективностью родовозбуждения у 14,2%, слабостью родовой деятельности - у 14,2% случаев, угрожающим состоянием плода - у 7,1%, что являлось показанием для экстренного кесарева сечения - у 28,5% и вакуум-экстракции плода - 7,1%. Также роды осложнились разрывами промежности и слизистой влагалища в 28,5% случаев.

Во всех трех группах масса новорожденных была средней и не имела достоверных различий, составив соответственно $3566 \pm 2,67$, $3666 \pm 4,71$ и $3466 \pm 4,57$ граммов.

Состояние новорожденных по шкале Апгар при рождении и через 5 минут в исследуемых группах не имели достоверных различий, составив 7-8 баллов у 92,5%, 94,11% и 92,85% детей соответственно ($p > 0,05$).

Анализ состояния новорожденных с асфиксией легкой степени (5-6 баллов) в исследуемых группах так же не имели достоверных различий и составили в 1-ой группе - 7,4%, во 2-ой группе - 5,88%, в 3-ей группе - 7,14%.

Тогда как в группе с проведением родовозбуждения окситоцином после амниотомии, 5,88% новорожденных были определены в ОАРИТ, в связи с асфиксией тяжелой степени, в остальных группах таких осложнений не было.

Выводы:

Показанием для проведения индукции родов достоверно чаще, во всех 3-х группах ($p < 0,05$) являлась тенденция к перенашиванию беременности. Несмотря на это, диагноз «запоздалые роды» не подтвердился ни в одном случае, что является поводом для дискуссии в связи с частой индукцией родов.

Длительность первого периода родов в группе с амниотомией и последующим родовозбуждением окситоцином была достоверно короче, чем в двух других группах ($p < 0,05$).

Удельный вес беременных с осложнениями, которые явились показаниями для родоразрешения путем операции кесарево сечение в группе с преиндукцией простагландином E_1 с последующей амниотомией и родовозбуждением окситоцином, достоверно выше чем в группах с преиндукцией простагландином E_1 и в группе с родовозбуждением окситоцином после амниотомии.

Дети, рожденные в группе с амниотомией с последующим родовозбуждением достоверно чаще, госпитализировались в ОАРИТ.

Таким образом, проблема индукции родов остается актуальной в практическом акушерстве по сей день. Индукция родов увеличивает частоту осложнений и показаний для экстренного кесарево сечения.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАХОДКИ ПРИ КОВИД-19 (АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ)

А.Д. Сапаргалиева, И.Г. Ефименко

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

Введение

Пандемия КОВИД-19 стала причиной огромного числа публикаций, в которых по «горячим следам» проводился анализ особенностей клинического течения, результатов лабораторных и инструментальных исследований новой вирусной острой респираторной инфекции (1, 4, 5, 6). Среди этих публикаций оказалось много работ, посвященных морфологическим аспектам КОВИД-19, при этом особое внимание уделялось изменениям в легочной паренхиме и целый ряд гистологических находок практически сразу были возведены в ранг «достоверных» признаков КОВИД19 (2, 3, 7), обнаружение которых не оставляло ни одного вопроса при формулировке патологоанатомического диагноза КОВИД19.

Самыми часто описываемыми находками при КОВИД-19 стали гиалиновые мембраны - маркер острого повреждения легких у взрослых, позволивший в какой-то мере объяснить клинические проявления дистресс-синдрома (8, 9). В течении острого повреждения легких были выделены две фазы (10): первая - ранняя или острая, возникающая в первые 7-10 дней от начала острого повреждения легких и характеризующаяся экссудативной тканевой реакцией, и вторая – пролиферативная, сменяющая экссудативную реакцию на продуктивную тканевой реакцией с выраженной активацией фибробластов и миофибробластов и формированием фокусов пневмосклероза, пролиферацией многоядерных клеток и плоскоклеточной метаплазией эпителия терминальных бронхов и альвеолярных ходов.

Практически все авторы в острой/экссудативной фазе отмечали внутриальвеолярный отек, как сегментарный, так и диффузный, полнокровие и отек межальвеолярных перегородок и гиалиновые мембраны – наиболее яркий признак экссудативной фазы и поэтому отнесенный в разряд патогномичных признаков, определяющих суть КОВИД19.

В ряде крупных обзоров, основанных на анализе аутопсий и биопсийного материала, авторы высказывались о механизмах патогенеза новой инфекции, что нередко сопровождалось демонизацией КОВИД-19, так как все многообразие морфологических проявлений, объяснялось только воздействием вируса. Тем не менее, проведенные в течение последних трех лет исследования - в период пандемии, а также после нее заложили основу для изучения вопросов патогенеза и морфогенеза. В этом плане, потребуется время для серьезного осмысления клинического материала, связанного с КОВИД19.

Материалы и методы:

Пандемия в РК резко ухудшила официальные показатели материнской смертности по сравнению с предыдущими годами, что составило в абсолютных цифрах: в 2020 г.– 156 случаев, в 2021 – 200 случаев. Эта ситуация отразилось на деятельности региональных патологоанатомических бюро в виде увеличения клинической нагрузки и привлечения специалистов для проведения экспертной оценки каждого случая материнской смерти.

В период пандемии продолжали действовать положения «Кодекса РК о здоровье народа» (статья 131, пункт 4) и Приказа МЗ РК «Об утверждении стандарта организации патологоанатомической диагностики», предполагающих обязательное проведение патологоанатомического исследования в случаях материнской смертности. Постановление Главного государственного санитарного врача РК «О мерах по обеспечению безопасности населения РК» обязывало использование средств индивидуальной защиты в сфере патологоанатомической службы при вскрытии трупов с соблюдением противоэпидемических мер.

Нами был проведен ретроспективный анализ 78 секционных случаев материнской смертно-

сти с диагнозом КОВИД19 (период: 2020-2021 г.г.). В ходе морфологического исследования мы следовали международным рекомендациям по клинической диагностике КОВИД19 и структуре клинического и патологоанатомического диагноза, в которых были представлены «диагностически» значимые признаки КОВИД19 (6, 7, 8, 9), отнесенные в категорию достоверных. Также мы провели анализ публикаций крупных морфологических журналов (1, 2, 4), в которых обсуждались вопросы патогенеза и морфогенеза, которые оказали неоценимую помощь для теоретического обоснования патологоанатомического диагноза и, особенно при оформлении патологоанатомического эпикриза.

Мы обнаружили морфологические признаки вирусной инфекции в 32 случаях, но только в 15 случаях вирусная инфекция присутствовала в «чистом виде»; во всех остальных случаях помимо гистологических признаков вирусной инфекции были обнаружены признаки бактериальной инфекции, что указывало на осложненное течение за счет присоединения бактериального компонента.

Эти 15 случаев КОВИД19 представляли большой интерес, с нашей точки зрения, в связи с тем, что изменения в легких с морфологической точки зрения, полностью соответствовали экссудативной фазе острого повреждения легких у взрослых. В анамнезе во всех случаях имело место острое начало, тяжелое течение заболевания и наступление смерти через одни сутки до 5 дней с момента поступления в стационар.

Результаты:

Морфологические проявления КОВИД19 - острой респираторной вирусной инфекции, характеризуются невероятным многообразием, начиная от верхних дыхательных путей, заканчивая паренхимой легких. Мы искали признаки КОВИД19, описанные в литературных источниках, отнесенным к патогномичным для экссудативной фазы острого повреждения легких. Во всех 15 случаях они были обнаружены: отек легких, утолщение межальвеолярных перегородок, гиалиновые мембраны, серозно-десквамативная пневмония, гигантоклеточная трансформация альвеолярного эпителия и альвеолярных макрофагов.

Отек легких

Отек легких носил сегментарный или диффузный характер и характеризовался накоплением в просвете альвеол жидкости с низким содержанием белка, которая окрашивалась розовый цвет (Рис. 1, рис. 2) поэтому отделы легких, вовлеченные в отек, отличались резким снижением воздушности.

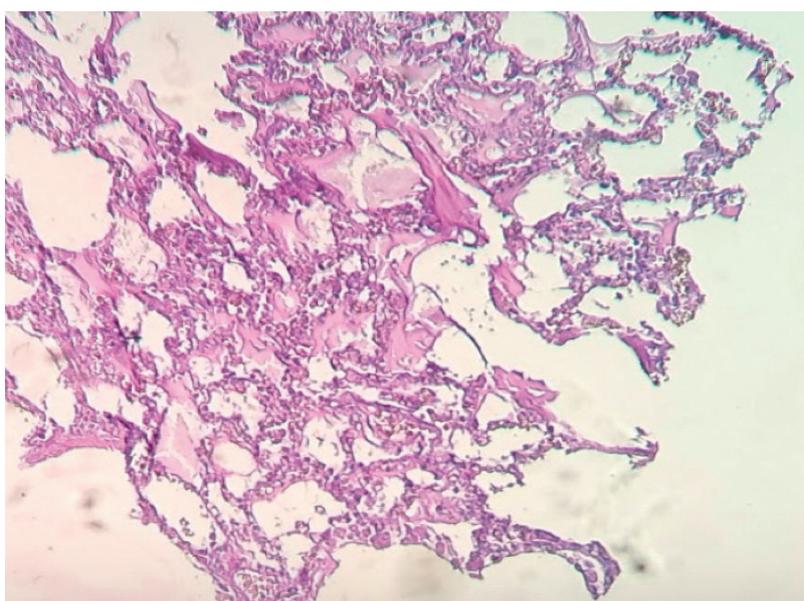


Рис. 1. Сегментарный отек легких, окраска гематоксилин и эозин.

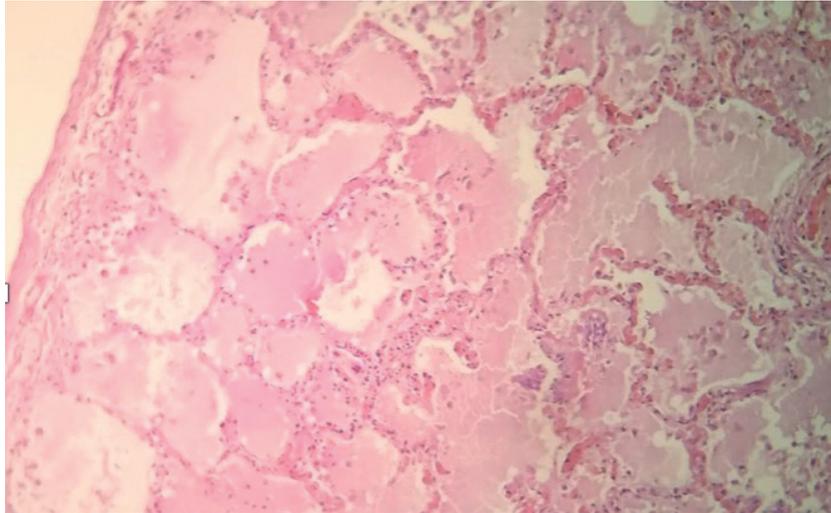


Рис. 2. Диффузный внутриальвеолярный отек.

Утолщение межальвеолярных перегородок

Утолщение межальвеолярных перегородок связан с полнокровием сосудов межальвеолярных перегородок (Рис. 3) и отеком интерстиция, что вызывает нарушение газообмена в легких и вносит вклад в развитие острой дыхательной недостаточности.

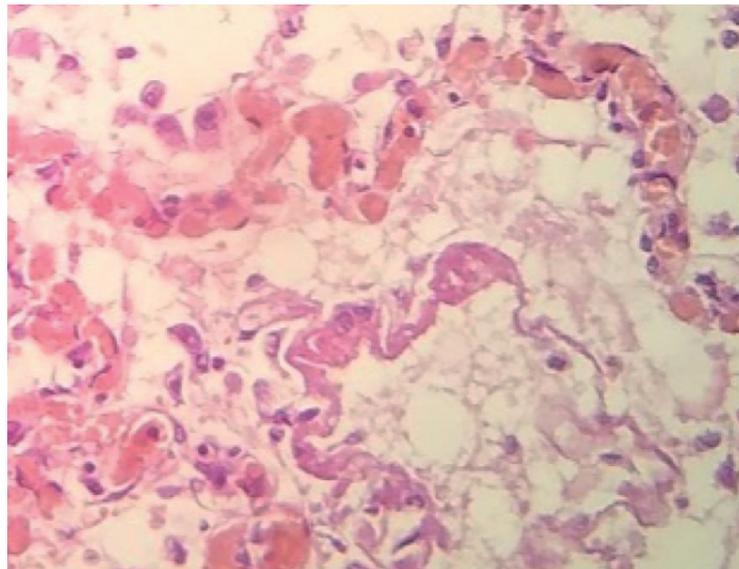


Рис. 3. Полнокровие капилляров межальвеолярных перегородок

Гиалиновые мембраны

Морфологическим признаком гиалиновых мембран стали ярко-розовые гомогенные ленты разной толщины, которые выстлали внутреннюю поверхность альвеол вплоть до альвеолярных ходов (рис. 4, рис. 5). Можно выделить стадийный характер образования гиалиновых мембран и их деградацию в виде истончения и фрагментации. Для ранних сроков экссудативной фазы были характерны распространенные гиалиновые мембраны, для поздних сроков – единичные гиалиновые мембраны в результате их фрагментации с последующим фагоцитозом. Прогрессирование острой дыхательной недостаточности обусловлено распространенными гиалиновыми мембранами, как показателя дефицита сурфактанта результате повреждения альвеолярного эпителия.

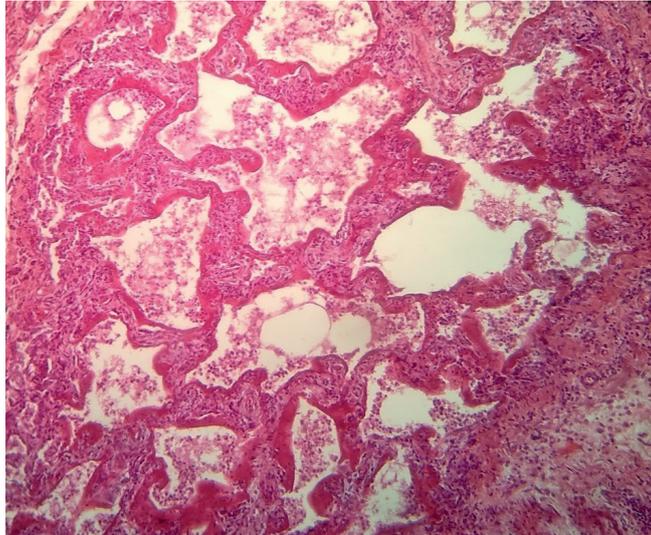


Рис. 4. Распространенные гиалиновые мембраны, выстилающие внутренние стенки альвеол.

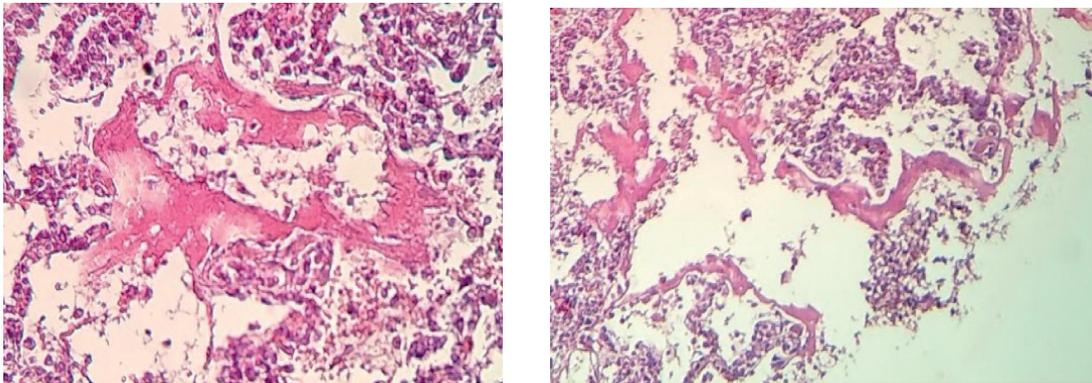


Рис. 5. Очаговые гиалиновые мембраны выстилают внутреннюю стенку альвеол.

Серозно-десквамативная пневмония

Мононуклеарное воспаление развивалось в легких в ответ на COVID-19. Хотя, ряд авторов отмечают, что «воспаление незначительное, если острый дистресс-синдром не является результатом перенесенной ранее пневмонии». Мы склонны согласиться с такой точкой зрения, так как основной находкой была серозная пневмония с экссудатом, включавшем преимущественно макрофагальные элементы и десквамированный альвеолярный эпителий. Морфологические изменения соответствовали 7-10 дням от начала вирусной инфекции; серозная пневмония протекала неблагоприятно, на что указывало увеличение площади пневмонических очагов.

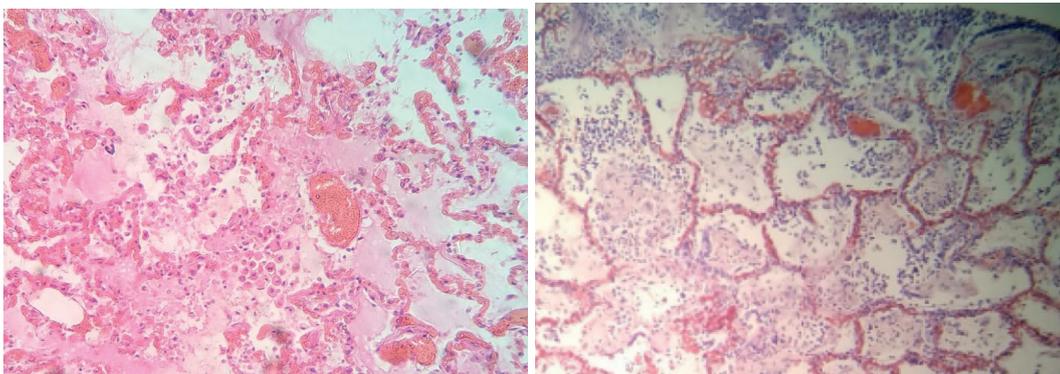


Рис. 6. Очагово-сливная серозно-десквамативная пневмония, экссудат представлен преимущественно макрофагами и включают альвеолярный эпителий.

Образование многоядерных структур в легких

Многоядерные клетки встречались в составе экссудата (Рис. 7), расположенного в просвете альвеол. Такие структуры относятся к наиболее достоверным признакам присутствия респираторных вирусов в легких. Многоядерные клетки отличаются от окружающих клеток крупными размерами, за счет увеличенных в объеме цитоплазмы и ядра.

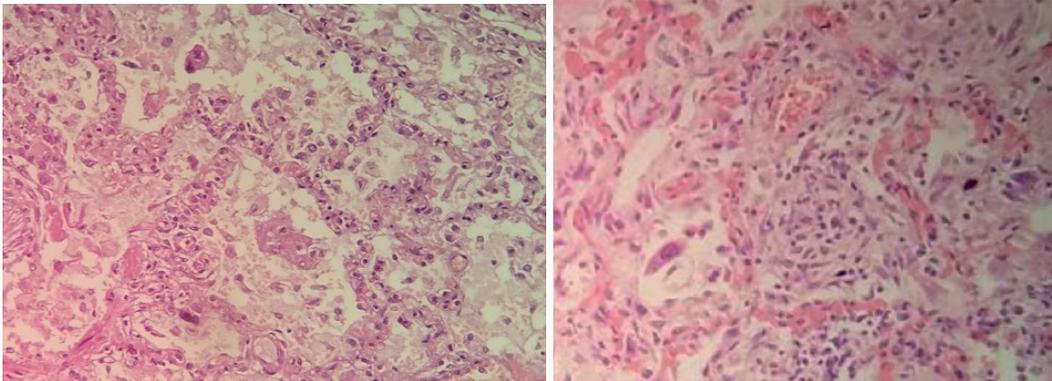


Рис. 7. Гигантоклеточная трансформация альвеолярного эпителия и альвеолярных макрофагов

Плоскоклеточная метаплазия эпителия альвеол

Плоскоклеточная метаплазия бронхиального и альвеолярного эпителия встречалась довольно часто на поздней стадии экссудативной фазы и проявлялась в виде замещения высокоспециализированного эпителия многослойным плоским.

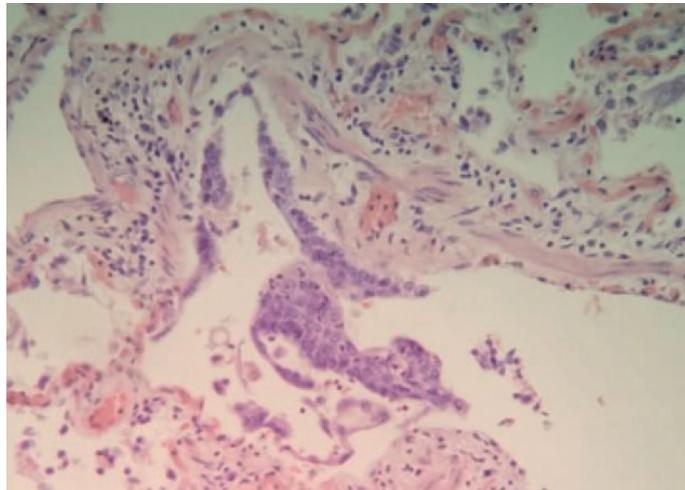


Рис. 8 Плоскоклеточная метаплазия эпителия альвеолярного хода

Организация пневмонических фокусов

Для поздней стадии экссудативной фазы было характерно наличие фокусов карнификации – организации в просвете альвеол экссудата в виде разрастания грануляционной ткани в просвете альвеол с образованием очага пневмосклероза.

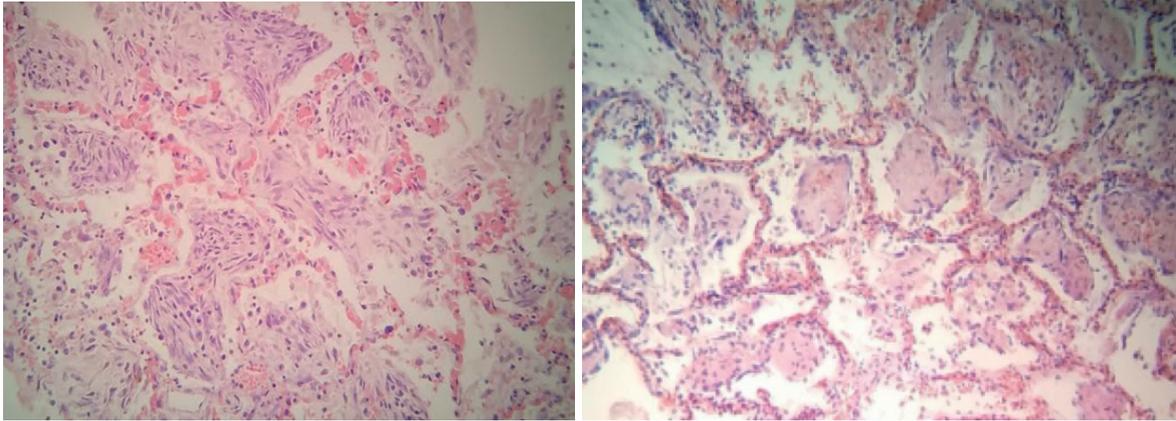


Рис. 9 Фокус карнификации: грануляционная ткань в просвете альвеол, представленная преимущественно фибробластами.

Заключение:

Анализ морфологического материала позволил выявить гистологические проявления КО-ВИД19, которые позволяют рассматривать новую вирусную инфекцию в группе острых респираторных инфекций, в связи с общими признаками повреждения верхних дыхательных путей и паренхимы легких - это серозный, серозно-десквамативный трахеит, бронхит, бронхолит, серозно-десквамативная пневмония (очаговая, сливная), гиалиновые мембраны, образование многоядерных структур в легких, плоскоклеточная метаплазия бронхиального и альвеолярного эпителия. Все эти морфологические признаки относятся к проявлениям вирусной инфекции в «чистом виде», но являются ли они абсолютно достоверными и патогномичными для КО-ВИД19? Это большой вопрос, а получения ответа потребуются дальнейшие исследования, в том числе и морфологические.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Osborn M., Lucas S., Stewart R., Swift B., Youd E. 2020. Autopsy practice relating to possible cases of COVID-19, 2020, The Royal College of Pathologists.
2. Hanley B., Lucas S.B., Youd E., Swift B., Osborn M. Autopsy in suspected COVID-19 cases. *J Clin Pathol.* 2020; 73:239–242.
3. Buja L.M., Wolf D., Zhao B. The emerging spectrum of cardiopulmonary pathology of the coronavirus disease 2019 (COVID-19): report of 3 autopsies from Houston, Texas, and review of autopsy findings from other United States cities. *Cardiovasc Pathol.* 2020; 48:107233.
4. Hanley B., Naresh K.N., Roufousse C. Histopathological findings and viral tropism in UK patients with severe fatal COVID-19: a post-mortem study. *The Lancet Microbe.* 2020 Oct;1: e245–e253.
5. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, Hu Y, Tao ZW, Tian JH, Pei YY, Yuan ML, Zhang YL, Dai FH, Liu Y, Wang QM, Zheng JJ, Xu L, Holmes EC, Zhang YZ. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature.* 2020; 579:265–269. doi: 10.1038/s41586-020-2008-3.
6. Maiese A, Manetti AC, La Russa R, Di Paolo M, Turillazzi E, Frati P, Fineschi V (2020) Autopsy findings in COVID-19-related deaths: a literature review. *Forensic Sci Med Pathol.* 10.1007/s12024-020-00310-8
7. Calabrese F, Pezzuto F, Fortarezza F, Hofman P, Kern I, Panizo A, von der Thusen J, Timofeev S, Gorkiewicz G, Lunardi F. Pulmonary pathology and COVID-19: lessons from autopsy. The experience of European Pulmonary Pathologists. *Virchows Arch.* 2020;477:359–372. doi: 10.1007/s00428-020-02886-6.
8. Schaller T, Hirschtbuhl K, Burkhardt K, Braun G, Trepel M, Markl B, Claus R. Postmortem examination of patients with COVID-19. *JAMA.* 2020; 323:2518–2520. doi: 10.1001/jama.2020.8907.

9. Bosmuller H, Traxler S, Bitzer M, Haberle H, Raiser W, Nann D, Frauenfeld L, Vogelsberg A, Klingel K, Fend F. The evolution of pulmonary pathology in fatal COVID-19 disease: an autopsy study with clinical correlation. *Virchows Arch.* 2020;477:349–357. doi: 10.1007/s00428-020-02881-x.

10. Hariri LP, North CM, Shih AR, Israel RA, Maley JH, Villalba JA, Vinarsky V, Rubin J, Okin DA, Sclafani A, Alladina JW, Griffith JW, Gillette MA, Raz Y, Richards CJ, Wong AK, Ly A, Hung YP, Chivukula RR, Petri CR, Calhoun TF, Brenner LN, Hibbert KA, Medoff BD, Hardin CC, Stone JR, Mino-Kenudson M. Lung histopathology in coronavirus disease 2019 as compared with severe acute respiratory syndrome and H1N1 influenza: a systematic review. *Chest.* 2021;159:73–84. doi: 10.1016/j.chest.2020.09.259.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТАХ ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Н. В. Черепкова^{1,2}, И. Г. Ефименко², Н. О. Кудрина¹

¹ КазНУ им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан

² АО НЦАГиП, Алматы, Казахстан

Актуальность. Проблема ведения беременности высокого риска продолжает оставаться актуальной во всех странах мира. Одной из причин может выступать развитие тромбоцитопенических синдромов на фоне беременности, которые представляют особый интерес, так как данная группа пациенток требует индивидуального подхода в отношении сохранения и ведения беременности. Согласно статистическому анализу медицинской литературы, тромбоцитопения развивается у 5–10% беременных женщин (Меликян А.Л. с соавт., 2018), поэтому такие пациентки нуждаются в своевременном осуществлении диагностического поиска и лечения. Тромбоцитопения определяется как количество тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$, что соответствует 2,5-му перцентилю нормального распределения уровня тромбоцитов, и чревата развитием геморрагического синдрома. В акушерстве и гинекологии наиболее пристальное внимание уделяется гестационной тромбоцитопении (тромбоцитопения беременных, псевдоидиопатическая тромбоцитопеническая пурпура). Данная тромбоцитопения считается самой распространенной причиной уменьшения количества тромбоцитов у беременных женщин, составляет около 75% всех случаев (Наумчик А.Н. с соавт., 2021) и возникает чаще всего в конце II и в начале III триместра. Особенно важно подчеркнуть, что патогенез еще окончательно не ясен, но может быть связан с гемодилюцией и/или ускоренным клиренсом тромбоцитов в плацентарном кровотоке (Grandone E. et al., 2019).

Цель исследования. В связи с высокой распространенностью гестационной тромбоцитопении среди беременных женщин и рожениц, целью нашего исследования было изучение морфологических особенностей плацент у данного контингента пациенток.

Материалы и методы исследования. Группу исследования составили 32 беременные женщины, у которых наблюдалась гестационная тромбоцитопения, подтвержденная лабораторными данными. Материалом исследования были их плаценты, полученные после родов. Нами использованы макроскопические и микроскопические методы исследования плацент. Гистологические стеклопрепараты были окрашены гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. При исследовании медицинской документации были выявлены следующие особенности. Все роды произошли в доношенном сроке беременности, путем операции кесарево сечения – 56,25 % случаев, самостоятельные – 43,75%. Многоплодная беременность (двойня) была в 9,38%. Крупный плод был у 25% рожениц. Рубцы на матке после операции кесарево сечения имели 21,88% пациенток. Многорожавшие женщины составили 28,13%. Многоводие было в 12,5%. Предлежание плаценты, низкая плацентация и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты составили по 3,13% соответственно. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез наблюдался у 44% женщин, беременность наступила после ЭКО и ПЭ в 6,25%. Из экстрагенитальной патологии наиболее часто выявлялась железодефицитная анемия легкой и средней степени – 43,75% наблюдений. Во время госпитализации, спленомегалия была диагностирована у 9,38% беременных. Хронический пиелонефрит был у 31,25% пациенток, отеки на конечностях без протеинурии в 25%, с протеинурией в 6,25%, преэклампсия тяжелой степени – 9,38%. Варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов имели 28,13% пациенток. Медикаментозную аллергию в анамнезе

указали 21,88%. Признаки зоба и гипотиреоза были у 18,75% беременных. Хронические заболевания ЖКТ имели 16,25%. Миопия разной степени выраженности составила 15,6%. Резус отрицательный фактор крови, бронхиальная астма, были по 9,38%. Ожирение 3 степени, миому матки имели по 6,25% пациенток. Гестационный сахарный диабет, вегето-сосудистая дистония составили по 3,13% наблюдений.

При макроскопическом исследовании плацента чаще имела овальную форму, средняя масса была 652,86 г, средний объем составил 685,83 см³. В присланных на гистологическое исследование последах средняя длина пуповины была 25,1 см, прикрепление чаще было экцентрическим (78,13%), тип ветвления сосудов преобладал магистральный. Плодовая поверхность серо-голубого цвета, по краю имелся валик бело-желтого цвета шириной от 1,0 до 2,5 см в 53,13% наблюдений. Внеплацентарные плодовые оболочки были серо-красного цвета, местами утолщены, либо разволокнены, иногда с наложением свертков крови. Материнская поверхность темно-красного цвета, слабое или неравномерное деление на дольки обнаружено в 56,25%, мелкоочаговые вкрапления желтого цвета в 21,88% случаев. Дефекты губчатой ткани последа различного размера были в 12,5%. Наложения или плотное прикрепление свертков крови на материнской части последа визуализировалось в 62,5% случаев.

При микроскопическом исследовании во всех исследованных плацентах выявлены признаки хронической плацентарной недостаточности, в стадии субкомпенсации. Очаговые и мелкоочаговые кровоизлияния в межворсинчатом пространстве, децидуальной ткани наблюдались в 65,63%. Дистрофические изменения стромы ворсин хориона, синцития, элементов базальной и хориальной пластины определялись в 28,13%. Встречались участки выраженного сужения межворсинчатого пространства. Лимфоцитарная инфильтрация в базальной децидуальной ткани выявлена в 59,38% исследований, в преобладающем большинстве в виде мелких очагов (53,13%); иногда с примесью лейкоцитов (6,25%). Воспалительная инфильтрация в плодовых оболочках присутствовала в 75% случаев, в основном в виде мелких скоплений лимфоцитов - 56,25%, с примесью лейкоцитов – 12,5%, диффузная серозно-гнойная - 3,13% наблюдений. Воспалительные изменения во всех частях плаценты выявлены в 3,13% наблюдений.

Выводы. Проведенные исследования показали высокий процент наличия акушерской и экстрагенитальной патологии у рожениц с гестационной тромбоцитопенией. Комплексное морфологическое исследование плацент выявило патологические изменения в той или иной степени во всех изученных последах. Признаки хронической плацентарной недостаточности свидетельствуют о длительности патологических процессов и высокой степени их выраженности.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

Шарипова Х.К.

НАО «Медицинский университет Астаны», г. Астана, Казахстан

Аннотация.

Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется повышенным риском.

С одной стороны, медицинские работники рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой – существует риск неблагоприятного исхода медицинской помощи для пациента, т.е. дефект оказания медицинской помощи (МП).

В процессе оказания медицинской помощи больному врач берет на себя как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Неблагоприятный исход лечения как наиболее вероятная причина обращения пациента (либо его родственников) с жалобой или в суд может наступить вследствие врачебной ошибки, противоправных действий врача, несчастного случая.

Аннотация: в работе рассмотрены основные признаки врачебных ошибок как неблагоприятных результатов врачебной деятельности, сформулированы основные критерии, позволяющие отграничить врачебную ошибку от правонарушения врача.

Ключевые слова: медицина, врачебная ошибка, объективные причины, субъективные причины, вина врача.

Зарубежная статистика. По данным Института медицины Национальной академии наук США, вследствие предотвратимых медицинских ошибок в американских больницах ежегодно погибают от 44 до 98 тыс. человек, и по этому показателю врачебные ошибки занимают 8-е место в списке основных причин смерти. При этом в отчете учитывали только признанные всеми (доказанные) неблагоприятные последствия ошибочных вмешательств, произошедшие случайно или непреднамеренно и повлекшие за собой смертельный исход. На самом деле медицинские ошибки встречаются значительно чаще. Целенаправленные исследования в госпиталях США демонстрируют, что неблагоприятные реакции случаются у 10% пациентов.

Анкетирование врачей в Российской Федерации показало, что каждый второй респондент (57%) отмечает в своей практике случаи, которые могли, по их мнению, закончиться обращением пациентов в суд, но лишь у 6% врачей они решались в судебном порядке, у 30% подобные случаи были урегулированы без участия судебных органов, а у 21% остались без внимания со стороны пациентов. Эти данные лишний раз свидетельствуют о низком правосознании населения и об отсутствии реальной системы защиты прав как пациентов, так и медицинских работников. Неудивительно, что 47% опрошенных врачей выбирают более безопасную, хотя и менее эффективную тактику лечения, отдавая предпочтение более знакомой методике терапии вне зависимости от особенностей случая, и лишь 31% респондентов используют методы лечения, рискованные по технике исполнения, но более эффективные в экстренной ситуации. В США с помощью статистического наблюдения вычислена вероятность риска врачебной ошибки для каждого среднестатистического врача – 37%, для хирурга – 50%, для акушера-гинеколога – 67%. Немалое количество жалоб приводит к выплате врачами денежных компенсаций по решению суда или до судебного разбирательства по взаимному соглашению сторон. Размеры таких компенсаций бывают весьма значительны. При их расчете учитывается не только физический и моральный ущерб, но и утраченный потерпевшим заработок, который тот имел либо определенно мог бы иметь, а также дополнительно понесенные расходы, связанные с восстановлением здоровья.

Классификация и дефиниции:

1) классификации, фиксирующие этапы ее оказания (стационарный, внестационарный, эвакуации, диагностики, лечения) или причины, вызвавшие дефекты оказания МП (неправильная транспортировка больного, несвоевременно оказанное лечение, неправильный выбор методов лечения и т.д.

2) классификации, содержащие правовую оценку дефектов оказания МП. По некоторым видам дефектов оказания МП существуют соответствующие рубрики в МКБ – 10: Y60–Y69 («Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств») и T80–T88 («Осложнения медицинских вмешательств»).

В связи с этим приемлемой является следующая классификация дефектов оказания МП, представляющая собой прямое следствие медицинского вмешательства (ятрогении, ятрогенные патологии):

1) умышленные ятрогении (умышленный дефект) – дефекты оказания МП, связанные с умышленным преступлением;

2) неосторожные ятрогении (неосторожный дефект) – дефекты оказания МП, содержащие признаки неосторожного преступления

3) ошибочные ятрогении (медицинская ошибка) – дефекты оказания МП, связанные с добросовестным заблуждением медицинского работника, не содержащие признаков умысла или неосторожности;

4) случайные ятрогении (несчастный случай) – дефекты оказания МП, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств при правомерных действиях медицинских работников.

Дифференциация дефектов:

Неуправляемые (неизбежные) дефекты оказания МП, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств, атипичным течением заболевания и т.д.

Дефекты оказания МП с управляемой степенью риска (связанные с квалификацией врача или неосторожными, умышленными его действиями). Эти виды дефектов оказания МП могут быть устранены при соответствующей организации лечебного процесса (усиление контроля, систематическое повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых технологий и т.д.).

В медицинской и юридической литературе содержится более 60 определений понятия «медицинская ошибка», в то время как в законодательных актах многих стран — это понятие отсутствует.

В интегрированном виде медицинская ошибка – случайное причинение вреда жизни или здоровью пациента, вызванного ошибочными действиями или бездействием медицинского работника, характеризующимися его добросовестным заблуждением при надлежащем отношении к профессиональным обязанностям и отсутствии признаков умысла, халатности, небрежности либо неосторожности.



Зарубежная практика: Американское и российское законодательства устанавливают четыре условия наступления ответственности: фактор вреда здоровью, непропорциональность действий, прямая причинная связь между ними, вина. Для констатации небрежности американский суд требует от эксперта обосновать такие ее признаки, как существенный недостаток знаний, внимательности, особое безразличие к безопасности пациента, обусловленные невежеством в выборе средств диагностики и лечения, недостатком навыков владения оборудованием или даже отказом уделить пациенту надлежащее внимание.

Американский комментарий к Уголовному кодексу и руководство по уголовному праву определяют преступную небрежность («negligence») как ситуацию игнорирования существенного и непропорционального риска, о котором субъект не знал, хотя должен был знать.

Преступная неосторожность («recklessness») определяется как ситуация игнорирования существенного и непропорционального риска, о котором субъект знал, игнорировал его сознательно и продолжал опасное поведение («преступное легкомыслие» по российскому законодательству).

Причины, обуславливающие возникновение дефектов оказания МП и врачебных ошибок, могут быть разделены на следующие виды:

1. Неоказание помощи больному медицинским работником, в том числе необоснованный отказ.
2. Ошибки при диагностике заболеваний.
3. Ненадлежащее оказание медицинской помощи.
4. Нарушение прав пациентов.
5. Ошибки при экспертизе трудоспособности.
6. Несоблюдение санитарно-эпидемиологического режима.
7. Нарушения учета, хранения и использования лекарственных средств.
8. Нарушение техники безопасности.
9. Нарушения в процессе транспортировки больных

Наиболее частые причины врачебных (медицинских) ошибок.

Неправильная идентификация пациента и недоступность информации о его особенностях (непереносимость лекарственного средства, сопутствующие заболевания). Именно из-за этого вводят не те лекарственные средства, нарушают технику инъекций, удаляют не тот зуб и т.п. К подобным ошибкам относятся инфузии не тех препаратов или сделанные в неверное место, операция не на том объекте, повреждения в ходе операции, ожоги, пролежни и т.д. Объективные (внешние) факторы: Несвоевременное медицинское вмешательство, неправильность и неадекватность выбора метода лечения, состояние больного в момент поступления, особенности течения заболевания, качество диагностики и т.д. Субъективные (внутренние) факторы: Вероятность неблагоприятного исхода, первое место отводится квалификации врача. Далее (в убывающей последовательности) идут уровень его общемедицинских знаний, стаж работы по специальности, эмоциональное состояние, неуверенность или, наоборот, излишняя самоуверенность, физическая выносливость.

Предотвращение и профилактика врачебных ошибок: Цицерон однажды воскликнул: «Человеку свойственно ошибаться, но никому, кроме глупца, не свойственно упорствовать в своей ошибке» По мнению И. А. Кассирского, «ошибки – неизбежные и печальные издержки врачебной работы, ошибки – это всегда плохо, и единственное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было. Они несут в существе своем науку о том, как не ошибаться» Н.И. Пирогов писал, что всякий добросовестный врач должен стремиться «обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих». И.А. Давидовский считал, что, поскольку медицина является научной дисциплиной, врачебные ошибки подлежат регистрации, систематизации и изучению.

Безопасность и качество – важнейшие компоненты медицинской помощи, которые определяются многими факторами, в том числе уровнем современных медицинских технологий и профессиональных знаний медицинских работников. Для управления качеством медицинской помощи в США созданы Агентство по исследованиям здравоохранения и качества (AHRQ) и Центр по повышению качества лечения и безопасности пациентов (CQIPS).

В зарубежной практике продолжается переход к комплексной оценке адекватности оказания медицинской помощи пациенту по совокупности критериев, объединенных в понятие «стандарт лечения». Соответствие действий врача этим стандартам освобождает его от ответственности в случае неблагоприятного исхода лечения.

Предотвращение и профилактика врачебных ошибок:

- ❖ Сертификация и лицензирование.
- ❖ Внедрение протоколов (стандартов) диагностики и лечения.
- ❖ Стандартные формы письменного информированного согласия пациента на проведение тех или иных процедур.

- ❖ Увеличение норматива времени, выделяемого на одного пациента.

- ❖ Систематическое повышение квалификации медицинских работников и т.д.

- ❖ Потребность в страховании ответственности медицинских работников продиктована тем, что они объективно оказывают влияние на состояние здоровья пациента через диагностические исследования, терапевтические процедуры, хирургические вмешательства, и, если пациент докажет, что действиями медицинского работника его здоровью нанесен ущерб, виновник должен его возместить.

- ❖ Увеличение расходов врачей на страхование их профессиональной ответственности повлекло за собой удорожание медицинского обслуживания и развитие так называемой «защитной медицины». Чтобы избежать судебного преследования в случае неудачного исхода, врачи стали отказываться от использования приемов, связанных со значительным риском, даже в тех случаях, где такой риск необходим. В то же время они начали злоупотреблять назначением дорогостоящих процедур и анализов, чтобы обезопасить себя от обвинений в недостаточной внимательности к пациенту. Такая «защитная медицина» привела к еще большему удорожанию ме-

дицинского обслуживания, вызвала излишние затраты на здравоохранение и не способствовала повышению качества медицинской помощи.

Все большую остроту приобретает вопрос о том, в каких случаях и кто будет выплачивать компенсацию: поставщик медицинской помощи или страховая компания, система социального страхования либо фонды компенсации ущерба пациентам, финансируемые взносами врачей и (или) пациентов, или государство.

Опыт Республики Беларусь. В мировой практике профессиональная ответственность врачей, как правило, подлежит обязательному страхованию. Эта норма прописана в статье 57 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», где сказано, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей. В нашей стране медстрахование перенесли с 2018 года.

Финский закон об ущербе, понесенном пациентом, создал своеобразную систему страхования ответственности без доказательства вины причинителя вреда. Закон обязывает, чтобы все лица, занимающиеся медицинской практикой, были охвачены страхованием ответственности. Министерство социальных дел и здравоохранения через комитет по понесенному пациентом ущербу контролирует выполнение закона. В Финляндии компенсации могут подлежать расходы на необходимое лечение и реабилитацию, материальные потери из-за утраты трудоспособности и инвалидности, причинение физической боли и страданий, нанесение косметических изъянов и другие виды физического и материального ущерба. Предусмотрены предоставляемые наследникам пострадавшего такие виды компенсации, как начисление пенсии по утрате кормильца, покрытие дополнительных хозяйственных расходов и расходов на похороны. При этом годовой расход из расчета на одного застрахованного составляет 13 финских марок, или 3,5 долл. США. Действующие в Финляндии компании по страхованию ответственности медицинских работников объединены в Ассоциацию страхования пациентов, в руках которой сосредоточена основная деятельность по реализации закона об ущербе, понесенном пациентом.

Статистические данные о дефектах оказания МП по Беларуси отсутствуют, но имеются публикации о медицинских ошибках по отдельным учреждениям и регионам. Так, по данным М.М. Дятлова и С.И. Кириленко, в Беларуси при оказании медицинской помощи больным с травматическим вывихом голени в 56% случаев были допущены врачебные ошибки (в том числе 30,6% — организационные и тактические, 25,9% — диагностические, 37,9% — лечебные, 0,4% технические, 45,2% экспертные). Согласно данным Е.В. Бельской, в Беларуси отделом сложных экспертиз Главного управления судебно-медицинских экспертиз ежегодно рассматриваются более 100 случаев врачебных ошибок, преимущественно связанных с претензиями к врачам хирургам, акушерам-гинекологам, анестезиологам-реаниматологам, специалистам скорой медицинской помощи.

По отчетам за 2017 г. в Казахстане зарегистрировано привлечение медицинских работников к уголовной ответственности

Ст. 317 УК РК "Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником" (ст.114 УК редакции 1997 года)

	2014	2015	2016	2017
Условно	2	5	3	3
Ограничение свободы	6	10	7	
Штраф	2		1	
Осуждено, но освобождено от наказания по амнистии или другим основаниям	1	2	3	16
Лишение права заним. опред. должн. или заним. опред. деятельностью	1			
Привлечено к общественным работам		1		
Лишение свободы			2	
ВСЕГО	12	18	16	16

Ст.320 УК РК "Неоказание помощи больному" (ст.118 УК редакции 1997 года)

	2014	2015	2016	2017
Ограничение свободы		1		
Осуждено, но освобождено от наказания по амнистии или другим основаниям	2			
ВСЕГО	2	1		

Ст.322 УК РК "Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст.266 УК редакции 1997 года)

	2014	2015	2016	2017
Ограничение свободы		1	1	
Осуждено, но освобождено от наказания по амнистии или другим основаниям				1
ВСЕГО		1	1	1

Что есть врачебная ошибка?

В законодательстве термин «врачебная ошибка» не применяется, она рассматривается как следствие неосторожного поступка, повлекшего причинение вреда - жизни или здоровью человека. Основанием юридической ответственности (деликтной и уголовной) здесь выступает обозначенный вред, одним из необходимых условий - неосторожность как форма вины. В медицинской сфере же под врачебной ошибкой понимают несколько иное явление. В частности, действие или бездействие врача (причинение вреда) в связи с его профессиональной деятель-

ностью: - при отсутствии его вины; - вследствие его добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества; - являющихся следствием добросовестного заблуждения и не содержащих состава преступления или признаков проступков; - повлекших неправильную диагностику болезни или неправильное врачебное мероприятие (операцию, назначение лекарства и др.), обусловленных добросовестным заблуждением врача; - вызванных несовершенством современной науки, незнанием или неспособностью использовать имеющиеся знания на практике.

Основные принципы экспертизы

В ходе проведения экспертизы анализируется соблюдение медицинскими работниками стандартов в области здравоохранения, в том числе протоколов диагностики и лечения. В качестве источника информации при проведении экспертизы используются медицинская документация и электронные информационные ресурсы в области здравоохранения.

Внутренняя и внешняя экспертиза качества медицинской помощи (стационарная, амбулаторно-поликлиническая, скорая помощь, служба крови) Экспертная оценка качества медицинских услуг:

Системность – осуществление экспертизы во взаимосвязи индикаторов структуры, процесса и результата.

Открытость – осуществление экспертизы специалистами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК, в том числе с привлечением независимых экспертов в области здравоохранения.

Объективность – применение стандартов в области здравоохранения при осуществлении экспертизы.

Служба внутреннего аудита – защитник пациентов.

Министерство здравоохранения уделяет огромное внимание работе службы внутреннего аудита медицинских организаций, одна из задач которой заключается в урегулировании конфликтов на местах или, проще говоря, – жалоб пациентов. В штатную численность каждой больницы введены должности руководителей службы внутреннего аудита. Однако, не везде служба работает эффективно и возникающие в больнице конфликтные ситуации решаются. В каждой больнице на видном месте размещены телефоны доверия департамента, каждое третье число месяца – день открытых дверей по вопросам качества оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения в департаменте.

В составе службы внутреннего аудита работает комиссия по этике и деонтологии. В каждой лечебно-профилактической организации работают психологи. Персонал больницы проходит обучение по вопросам разрешения конфликтов зачастую достаточно объяснить родственникам больного о течении болезни, планах обследования, дать рекомендации по уходу за больным. Одним словом, уделить должное внимание. Когда конфликт выходит за стены больницы, жалобы поступают в – департамент контроля качества и безопасности товаров и услуг МЗ РК.

Рассмотрение жалоб проводится с соблюдением всех требований законодательства – назначается внеплановая проверка, которая регистрируется в органе правовой статистики. Для рассмотрения в состав комиссии включают специалистов высшей квалификационной категории –независимых медицинских экспертов.

При необходимости, для объективного рассмотрения, приглашаются специалисты с Ассоциации независимых экспертов других областей, когда, например, поступила жалоба по работе единственного в области отделения и в комиссию нельзя привлечь врача этого же отделения.

Для рассмотрения утверждается комиссия, которая работает с медицинскими документами – историей болезни, амбулаторной картой, заключениями и выписками, а также другими медицинскими документами. К сожалению, люди стали более эмоционально выражать свои претензии и не всегда бывают правы в своих требованиях. В момент возникновения такого конфликта служба внутреннего аудита может и должна разобраться, решить вопрос претензии, разъяснить обстоятельства и предотвратить дальнейшее развитие негативной ситуации. От оперативности

и компетентности работы службы зависит очень многое. Деонтологические вопросы являются не менее важными, чем вопросы качества лечения, поэтому призываем всех быть взаимовежливыми, ведь конечный результат – качество лечения, важен обеим сторонам.

Диаграмма Исикавы.

Причинно-следственная диаграмма, «рыбий скелет» – инструмент качества, служащий для наглядного представления причинно-следственных связей между объектом анализа и влияющими на него факторами. Также используется для первоначального ранжирования (определения значимости, силы влияния) факторов, воздействующих на исследуемый объект и выбора приоритетов для устранения проблемы или улучшения показателя

Причинно-следственная диаграмма, «рыбий скелет» – инструмент качества, служащий для наглядного представления причинно-следственных связей между объектом анализа и влияющими на него факторами. Также используется для первоначального ранжирования (определения значимости, силы влияния) факторов, воздействующих на исследуемый объект и выбора приоритетов для устранения проблемы или улучшения показателя

ПМСП



Стационар



Медицинские работники (МР)

№п/п	Проблема	Пути решения службой внутреннего контроля (аудита)
1.	Низкая квалификация	Обучение
2.	Нехватка знаний, навыков	Обучение
3.	Стереотип мышления	Обучение
4.	Необоснованное направление к узким специалистам	тематический семинар
5.	Недооценка состояния больного	разбор каждого случая
6.	Формальный подход к больному	Тематический семинар
7.	Нарушение этики, деонтологии	Тематический семинар
8.	Нерациональное использование средних медицинских работников, нерациональная организация труда	функциональные обязанности
9.	Отсутствие преемственности между службами	Контроль
10.	Низкий авторитет медицинских работников	Добросовестный труд, подход к любому больному как своему близкому человеку
11.	Необоснованное направление на госпитализацию	Контроль за каждым случаем направления на госпитализацию.
12.	Недостаточность, несвоевременность оказания медицинской помощи	Разбор случаев с проведением тематических семинаров

Выводы: Соблюдение НПА в области здравоохранения является неотъемлемой частью работы медицинских работников. Пересматриваемые нормативные акты в области здравоохранения должны быть изучены медицинскими работниками на постоянной основе. Обновление НПА является задачей как самих медицинских работников, также и администрацией медицинских организаций.

Незнание закона не освобождает от ответственности!!!

MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH SEVERE UTERO-FETUS-PLACENTAL DISTURBANCES

R.B. Yusupbaev, A.M. Babakhanova, M.J. Dauletova
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for
Obstetrics and Gynecology
Tashkent, Uzbekistan

Relevance.

Fetoplacental insufficiency in presence of arterial hypertension (AH) is the most common disease complicating the course of pregnancy, as well as one of the most pressing problems of medical science and practice. In recent years, pregnancy-related complications, including hypertensive disorders, have increased in all economically developed countries, which is reflected in the latest publications.

The disease is characterized by a severe course, a decrease in the quality of life and an increase in perinatal morbidity and mortality. According to the World Health Organization, the problem of reproductive health is in the center of attention of scientists around the world. Fetoplacental insufficiency and fetal growth restriction syndrome (FGR) in presence of hypertensive disorders is complicated in 20% of cases of pregnancy and ranks 2-3 in the structure of perinatal morbidity and mortality.

The purpose of the study.

To optimize obstetric management tactics of pregnant women with chronic arterial hypertension, depending on the condition of fetal shunts.

Materials and methods of the research.

We studied 120 pregnant women with chronic arterial hypertension (CAH) with impaired uteroplacental-fetal blood flow (IUPFBF) of degree 3. 120 pregnant women with CAH were divided into 2 groups:

Group I consisted of n=73 pregnant women with zero blood flow in the umbilical artery with CAH (main group) whose pregnancy was prolonged;

Group II included n=47 pregnant women with zero blood flow, and CAH who gave childbirth without pregnancy prolongation (comparison group).

Results and discussions.

All patients of the main group were taken under observation at 25-28 weeks of gestation and were observed in dynamics until delivery, respectively, pregnant women at 25-28 weeks or more were also included in the comparison group.

In the analysis of patients in the observation group during predelivery hospitalization, a high frequency of IUPFBF was revealed already at the ambulatory stage. Disorders of UPFBF of degree 3 were recorded in all examined pregnant women, which was an indication for hospitalization.

In the prospective study in both groups, pregnancy was complicated by disorders of UPFBF. Fetal growth restriction syndrome (FGR) is one of the signs of intrauterine fetal distress, which is the main manifestation of IUPFBF in presence of hypertensive disorders. Dopplerometry of the umbilical artery showed the results of zero blood flow. In our observations, FGR of degree 1 and FGR of degree 2 were detected in 6.4%, 2.1% of women respectively in the comparison group and in the main group, 6.8% and 2.7% of women respectively ($p < 0.001$).

During the initial examination, type 1 of ductus venous curve was detected in 54 (74%) women, this is the norm without changes in the visual graph of the normative indicators of the pulsation index (PI) and resistance index (IR) according to the gestational age within the 95th percentile for this period $PI = 0.21 - 1.35$, $IR = 0.50 - 0.70$., the dynamic Doppler study of UPFBF and ductus venous was performed every 7 days in these women, after changing to type 2 of ductus venous curve, the study was performed

every 3 days. In our study, in the patient with type 1 of circulatory disorder, pregnancy was extended from 14 ± 4.1 days.

The 2nd type of ductus venous curve was revealed in 15 women (20.5%). This is with a change in the visual graph of the spectrogram with an increase in pulsation and pathological indicators (PI, IR) above the 95th percentile for a given gestational age, these women underwent the Doppler study of the UPFBF every 3 days and assessed the blood flow in the ductus venous. In our study with type 2 of circulatory disorders, pregnancy was extended from 5 ± 2.5 days.

During the initial examination in 4 women (5.5%), type 3 of the EP curve was revealed, and therefore all of them gave childbirth within 24 hours. Type 3 of the curve is severe pathological changes in the spectrogram - reverse or zero diastolic blood flow of the pulse wave and pathological pulsation index above 95 percentile for a given gestational age.

The diagram shows that at 28 weeks of gestation in the main group childbirth was delivered (5.5%), the largest number of deliveries took place at 31, 32 and 33 weeks of gestation, in the comparison group 22%, 37% and 8.2% of cases respectively. At 34 weeks of gestation, 3 women (4.1%) gave childbirth. According to fetal dopplerometry, it was possible to prolong pregnancy up to 35 weeks only in 2.7% of cases, respectively, this significantly increases the chance of survival of newborns.

The condition of the ductus venous had the appearance of types 1 and 2, which served as one of the indicators for the prolongation of pregnancy in the main study group, which is consistent with the literature data. Thus, the sensitivity (85%) and specificity (56%) of the ductus venous test to confirm fetal hypoxia affecting pregnancy outcome was confirmed by our study data.

To identify the functional state of the fetus, a study was carried out in both groups by the method of cardiotocography with the determination of the Fisher index and the evaluation of the cardiotocogram graph. The data obtained indicate that in both groups there was a disorder of the state of the fetus requiring CTG monitoring in dynamics. The results of CTG were considered strictly individually only in combination with clinical data, as well as with the results of other studies, such as Doppler utero-fetal complex. The above conditions were observed in the first group and in the second group, and this was a marker for daily monitoring and for early delivery due to the lack of improvement in dynamics.

The indicators of the Fisher criterion are different in both groups. If the Fisher criterion was below 5 points, CTG was performed daily, deterioration in dynamics was detected on average in 89% of patients within 3 days, which suggests that the observation interval can be extended to 3 days without additional research.

An analysis of the outcomes of childbirth for the fetus showed that in pregnant women of the main group, 64.4% of children were born with an Apgar score of 6-7 points, 13.3% of cases with a score of 8-10 points and 6.8% of cases with a score of 4-5 points, while in the comparison group, 14.9% of women had an Apgar score of 8-10 points, 57.4% of women had 6-7 points and 21.3% of women had 4-5 points. Also in the groups of women, antenatal fetal death occurred in the main group in 6.84% of cases and in the comparison group in 6.3% of cases, which was statistically unreliable. The results of CTG were considered strictly individually only in combination with clinical data, as well as with the results of other studies, such as Doppler utero-fetal complex.

Indications for early delivery in the first group were set in the first 3 days in 28 pregnant women, during the next 2 days in 14 pregnant women, the indications were mainly the progression of hypertensive conditions in (28.5%), the progression of IUPFBF in (21.3%) and the unconvincing state of the fetus in (18.9%) cases, as well as other obstetric indications that did not depend on hypertensive conditions.

Conclusions.

Thus, 3 types of ductus venous disorders in pregnant women with chronic arterial hypertension are described:

Type 1 norm – without changes in the visual graph of the normative indicators of the pulsation index (PI) and resistance index (IR) according to the gestational age within the 95th percentile for this period

PI=0.21- 1.35, IR 0.50-0.70. In our study, in the patient with type 1 of circulatory disorder, pregnancy was extended from 14 ± 4.1 days in 54 pregnant women (74%).

Type 2. With a change in the visual graph of the spectrogram with an increase in pulsation and pathological indicators (PI, IR) above the 95th percentile for a given gestational age. In our study with type 2 of circulatory disorders, pregnancy was extended from 5 ± 2.5 days in 15 women (20.5%).

Type 3 - severe pathological changes in the spectrogram - reverse or zero diastolic blood flow of the pulse wave and pathological pulsation index above 95 percentile for a given gestational age. In our study, with 3 types of circulatory disorders, pregnancy was prolonged by no more than 1 day in women 14 (5.5%).

- Studies have shown that the reduction of the Fisher criterion to 5 points with the appearance of pathological abnormalities of cardiotocography has a sensitivity of 84% and a specificity of 49% for early delivery in CAH.

- The study of blood flow in the ductus venous of the fetus made it possible to assess the hemodynamics of the fetus in CAH with a sensitivity of 85% and a specificity of 56%, which allows controlling the reserve capacity of the fetus and timely diagnosing threats to fetal conditions.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Мамедалиева Н.М., Курманова А.М.

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

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности. Частота самопроизвольного прерывания беременности составляет 20-28%, причем до 80% гестационных потерь приходится на 1 триместр.

В настоящее время считается общепризнанным, что иммунные механизмы являются одними из ведущих в патогенезе привычных ранних потерь беременности и встречаются в 72-80% случаев.

В основе иммунологических нарушений лежат аутоиммунные и аллоиммунные причины, которые ведут к отторжению эмбриона. При аутоиммунных процессах агрессия иммунной системы направлена против собственных тканей материнского организма, а плод страдает вторично в результате тромбоза сосудов трофобласта, ограничения его инвазии, а также в результате прямого повреждающего воздействия аутоантител на фосфолипиды формирующейся плаценты. Примером аутоиммунных состояний является АФС, изоиммунизация к ХГЧ, прогестерону. Примером аллоиммунных причин является гемолитическая болезнь плода в связи с резус- или АВ0-сенсibilизацией, другим примером аллоиммунных нарушений, ведущих к привычным потерям беременности является совместимость супругов по системе HLA.

Если аутоиммунные реакции направлены против собственных тканей матери, то при аллоиммунных нарушениях иммунный ответ направлен против чужеродных антигенов плода отцовского происхождения, при этом плод рассматривается как аллотрансплантант по отношению к материнскому организму.

При аллоиммунных нарушениях организм матери проявляет иммунную агрессию против антигенов плода, поскольку мать не может выработать антитела, защищающие плод от ее иммунной агрессии, вследствие совместимости по системе HLA.

Частота аутоиммунных нарушений, в частности АФС, достигает по данным проф. Сидельниковой 27-42%. А частота аллоиммунных нарушений при привычном невынашивании составляет 33%. Основные параметры, свидетельствующие о наличии аллоиммунных нарушений это:

- 1) гистосовместимость супружеской пары по системе HLA.
- 2) низкий уровень блокирующих факторов в сыворотке крови
- 3) повышенный уровень естественных киллеров (NK-клеток; CD16+; CD56+) в периферической крови матери, в эндометрии, в децидуальной ткани во время беременности.
- 4) высокие уровни ряда цитокинов (γ -интерферон, ФНО- α , интерлейкин-1, 2 в эндометрии и крови).

Система HLA - главный комплекс гистосовместимости делится на 3 класса. **К I классу HLA** относят локусы HLA-A, HLA-B, HLA-C; **гены HLA II класса** представлены локусами в D-области (HLA-DQ, DP, DR). Для нормального течения беременности важное значение имеет отсутствие совместимости по HLA II класса. **Регион III класса генов** принимает основное участие в процессах воспаления.

При нормальном течении беременности будущий ребенок наследует 2 аллеля каждого гена HLA – один от матери, другой от отца. Для материнского организма отцовские антигены плода являются чужеродными. Поэтому материнский организм вырабатывает на них защитные антитела, которые связываются с отцовскими HLA антигенами плода и защищают их. Это способствует нормальному течению беременности и нормальному развитию плода.

В случаях, когда есть совпадения по 2-3 и более антигенам HLA (в основном II класса), образование защитных антител резко снижается и даже не происходит. Для иммунной системы матери развивающийся плод становится чужим, и запускаются механизмы, направленные на

его элиминацию. Развивается самопроизвольный выкидыш или антенатальная гибель раннего эмбриона (неразвивающаяся беременность).

При наличии совместимости у супругов более чем по 3-м антигенам системы HLA - риск невынашивания составляет почти 100%.

Как представлено на слайде, с увеличением количества совпадений при HLA типировании, возрастает частота случаев привычного невынашивания. Так при 3-4 и более совпадений в 100% происходят ранние репродуктивные потери.

В настоящее время считается общепризнанным, что нарушения процессов инвазии трофобласта в I триместре беременности ведут к реализации поздних гестационных осложнений.

Так существуют данные о роли HLA совместимости **в патогенезе преэклампсии, очень ранних преждевременных родов, задержке внутриутробного развития плода (ЗВУР), отслойке плаценты**, что повышает перинатальную, младенческую и материнскую смертность.

В этой связи обследование и предгестационная подготовка женщин с привычными ранними гестационными потерями не только предотвращает ранние выкидыши, но и способствует реабилитации репродуктивной функции женщины в целом, предупреждая акушерские осложнения II и III триместров беременности.

Как говорилось ранее, иммунные механизмы являются ведущими в патогенезе ранних потерь беременности. Для успешной имплантации необходимо скоординированное развитие бластоцисты и материнского эндометрия, во время которого происходит диалог между генетически и иммунологически различными тканями матери и эмбриона, осуществляющийся клетками иммунной системы.

В обследовании и лечении пациенток с привычными ранними репродуктивными потерями рекомендуется использование методик иммунологического обследования и иммунокоррекции! Отмечено, что именно у таких женщин методы иммунотерапии – лимфоцитоиммунотерапия (ЛИТ) или ИЦТ (иммуноцитотерапия) и внутривенное введение иммуноглобулинов дают наилучшие результаты! **Поскольку** все процессы иммунологического распознавания у супружеских пар с привычным невынашиванием ранних сроков происходят непосредственно в цикле зачатия, то в связи с этим иммунокорректирующая терапия должна быть начата до наступления планируемой беременности. Только в этом случае есть предпосылки к формированию полноценной инвазии трофобласта! Отсутствие своевременной диагностики и проведение лечебных мероприятий уже при установленном факте беременности, как правило, оказывается неэффективным, что приводит к рецидиву ранних репродуктивных потерь.

Технология лимфоцитоиммунотерапии (ЛИТ) заключается во введении женщине лимфоцитов мужа, приводящее к выработке антиидиотипических антител, блокирующих активность натуральных киллеров и, таким образом, предотвращающих иммунный ответ матери на антигены плода.

Процедура ЛИТ применяется с 1978 года проф. В.И. Говалло и В.М. Сидельниковой, в мире с 1985 года, а в Казахстане - с 1995 года. Процедура ЛИТ выполнялась в нашем Научном Центре Акушерства и Гинекологии при ряде аллоиммунных нарушений, ведущих к ранним потерям плода (гистосовместимость родителей, т.е. наличие у супругов повышенного количества общих антигенов системы HLA; при повышенном содержании цитотоксических клеток в эндометрии и периферической крови матери), а также в ряде случаев мы проводили ЛИТ при тяжелых формах раннего и позднего токсикоза беременных.

Показаниями для ЛИТ являлись:

- совместимость супругов по антигенам системы HLA более 3 аллелей;
- гомозиготность супругов по локусам DRB1, DQA1 и DQB1;
- наличие у мужа аллеля 0201 в локусах DQA1 и DQB1 (что чаще всего приводит к анэмбрионии)
- повышенный уровень CD56+16+ в периферической крови;
- повышенный уровень провоспалительных цитокинов в крови (ИФН-γ);
- низкий уровень блокирующих факторов сыворотки, антиотцовских антилейкоцитарных антител.

МЕТОДИКА проведения ЛИТ заключается в следующем:

ЛИТ проводится в I фазу менструального цикла (на 5-7 день) в количестве не менее 100-150 млн клеток, т.е. у донора производится забор 40-45 мл крови. Донор должен быть обследован

согласно действующей инструкции медицинского обследования донора крови. Проводятся анализы крови на RW, ВИЧ, гепатиты А, В, С; биохимические анализы крови – АЛТ, АСТ. ЛИТ проводится в течение 2-3 менструальных циклов с 5-7 дня цикла.

На 2-м цикле на 22-24 день (окно имплантации) обследуется эндометрий (УЗИ и исследование кровотока (доплер). При хорошей толщине эндометрия и хороших показателях кровотока на 3-м цикле на фоне ЛИТ можно разрешать беременность. Уже при положительном тесте на беременность можно сделать 4-ую ЛИТ и далее, по этой же схеме, через каждые 4 недели в течение 1 триместра до 12-14 недель беременности. Для оценки эффективности ЛИТ через 3 недели после первой ЛИТ необходимо определение показателей антиотцовских антилейкоцитарных антител.

Проведение ЛИТ позволяет снизить процентное содержание лимфоцитов с цитотоксической активностью, тем самым, способствует увеличению уровня антиотцовских антител и нормализации механизмов распознавания антигенов отцовского происхождения. Наиболее эффективно сочетание ЛИТ с терапией гестагенами (дидрогестероном) во 2 фазе менструального цикла с целью иммуномодуляции.

- Если уровень цитотоксических клеток остается повышенным после 2-х ЛИТ, целесообразно назначение иммуноглобулина внутривенно в середине 1 фазы менструального цикла в дозе 2,5-5 грамм, а с 16 дня цикла гестагенов (дидрогестерон 10 мг 2 раза) с иммуномодулирующей целью.

- При отсутствии антиотцовских, антилейкоцитарных антител после 2-х процедур ЛИТ возможно применение ЛИТ от донора

На ранних этапах беременности также эффективно сочетание методов активной и пассивной иммунизации (ЛИТ в сочетании с внутривенно-капельным введением иммуноглобулинов и с терапией гестагенами), что способствует успешному исходу 1 триместра беременности.

Таким образом, ЛИТ является высокоэффективным методом терапии аллоиммунных причин невынашивания и при правильном применении позволяет у 95% женщин провести иммунологическую коррекцию и завершить беременность рождением здорового ребенка при условии оптимального выбора сроков, доз и оценки эффективности проводимой терапии с применением иммунологических тестов.

В заключении следует отметить, что в Программе предгестационной подготовки при иммунном генезе невынашивания беременности необходимо придерживаться дифференцированного подхода с учетом алло- или аутоиммунного генеза невынашивания беременности.

I. При аллоиммунных нарушениях необходимо проведение иммуногенетического обследования с определением аллелей, генотипов и гаплотипов HLA системы у партнеров с ранними репродуктивными потерями (неблагоприятна совместимость по HLAII класса - HLA-DQ, HLA-DR), повышением количества цитотоксических клеток в периферической крови: CD16+, CD56+, сывороточного интерферона.

II. При аутоиммунных нарушениях необходимо проведение исследований на выявление циркуляции аутоантител (к фосфолипидам, BA+, антиХГЧ, антипрогестероновых, антитиреоидных антител), а также исследования состояния гемостаза

III. Следует также отметить, что в программе предгестационной подготовки при ауто- и аллоиммунном генезе невынашивания беременности, учитывая высокую частоту инфекционно-воспалительных процессов, необходима своевременная диагностика и лечение инфекций у пар с привычным ранним выкидышем вне беременности. Оптимальным является сочетание препаратов с антианаэробной активностью и фторхинолонов.

Проведение противовоспалительной терапии позволяет снизить активность аутоиммунного процесса, нормализовать или стабилизировать параметры иммунного и интерферонового статусов, что создает предпосылки для успешной имплантации.

В программе предгестационной подготовки при аутоиммунном генезе невынашивания беременности показано назначение антитромботической терапии в непрерывном режиме под контролем гемостазиограммы; в сочетании с иммуномодулирующей и эфферентной терапией.

При аллоиммунном генезе невынашивания беременности методом выбора является ЛИТ в сочетании с методами активной или пассивной иммунизации (назначение иммуноглобулинов и гестагенов) в 1 триместре.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ БЕСПЛОДИИ

Ж.Ш. Жалимбетова, Б.А. Ибраимов

Корпоративный фонд «University Medical Center», г. Астана, Казахстан

Актуальность: Гистологическое и иммуногистохимическое исследования хронического эндометрита при бесплодии представляются важными аспектами диагностики в гинекологической, репродуктивной и патологоанатомической практике. Данные верификации хронического эндометрита следует считать воспалительную инфильтрацию, состоящие из лимфоцитов, макрофагов, плазматических клеток и грануляционных композитов в строме эндометрия, а также экспрессия стероидных рецепторов, что даёт формулировать патологоанатомическое заключение по биопсийному материалу. Иммуногистохимическое исследование используется более точной диагностики и эффективности гормонального лечения, что, следовательно, помогает составить подходящую схему гормональной терапии.

Цель исследования: Представить комплексную морфологическую и иммуногистохимическую оценку состояния эндометрия при хроническом эндометрите, а также определить диагностическую значимость биопсии эндометрия в установлении причины бесплодия.

Материалы и методы: На базе патологоанатомического отделения в корпоративном фонде University Medical Center за 2021-2023 гг. проводились гистологические и иммуногистохимические исследования пациентам в возрасте от 27 до 45 лет с диагнозом «бесплодие». В исследовании участвовали 30 женщин с бесплодием: на экспрессию рецептивности эндометрия; на экспрессию лимфоцитов эндометрия. Материалом исследования являлись биоптаты эндометрия, полученные путем *abrasio cavae uteri* и с помощью Пайпель биопсии.

Результаты: По результатам исследования было установлено, что у 20 женщин экспрессия рецепторов ER и PR в железах, соответствовало по морфологической картине, а в стромальном компоненте экспрессия ER и PR были снижены; у 8 пациенток выявлены выраженный хронический эндометрит, у 3 пациенток умеренный хронический эндометрит, у 3 пациенток слабовыраженный хронический эндометрит, а также установлено, что патология эндометрия отмечена у 11 пациенток. Так, железистые, железисто-фиброзные полипы у 7 женщин, а железистая гиперплазия эндометрия - у 4.

Заключение: Таким образом, анализ полученных данных позволяет нам сделать вывод, что применение комплексного исследования у женщин с бесплодием является необходимым условием на этапе подготовки к ЭКО. Обязательным пунктом в обследовании женщин с патологией эндометрия является ИГХ исследование как достоверный и доступный метод оценки состояния эндометрия.

ӘОЖ: 618.3-06

АУЫЛДЫҚ АЙМАҚТА ТҰРАТЫН ҚЫЗ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЖЫНЫСТЫҚ ДАМУЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (Түркістан облысы)

*Р.Г. Нурхасимова, А.К. Аязбеков, Г.Ш. Искакова
Х.А. Ясауи атындағы ХҚТУ медицина факультеті Түркістан қ., Қазақстан*

Аннотация.

Бұл мақалада авторлар Түркістан облысының ауыл жағдайында өмір сүретін жасөспірім қыздар денсаулығына зерттеу жүргізген. Жүргізілген зерттеулер көрсеткендей, қалалық және ауылдық жерлерде соматометриялық және жыныстық дамудың әртүрлі жүретіні анықталды. Жүргізілген зерттеулер көрсеткендей, қалалық және ауылдық жерлерде соматометриялық және жыныстық дамудың әртүрлі жүретіні анықталды.

Өзектігі

Балалар мен жасөспірімдердің физикалық дамуы оларға ересек кезеңде жүргізілетін, көптеген патологиялық процестердің даму механизмін түсіну үшін өте маңызды болып табылады. Өсіп келе жатқан ағзаның физикалық дамуының қарқыны, динамикасы мен ерекшеліктері туралы білімдердің жинақталуы мен тереңдеуіне байланысты көптеген патологиялық жағдайлардың пайда болу себептері барған сайын айқын бола түседі [1]. Осы тұрғыда жасөспірімдердің, әсіресе, қыздардың дене-бітімінің морфологиялық параметрлерін қалыптастыру мәселесі медицинаның әртүрлі салаларындағы зерттеушілердің назарын көбірек аударуда. Осылайша, көптеген зерттеу жұмыстары - патологияның дамуы да, оның пайда болуы да жасөспірім қыздың салмағы, бойы, кеуде қуысының шеңбері, жамбас, аяқ-қолдар және т.б. сияқты параметрлерінің өзгеруі арқылы байқалуы мүмкін екенін көрсетті [2-3]. Өз кезегінде, физикалық дамудың баяулауы жүре пайда болатын көптеген патологиялық жағдайлардың, әртүрлі мүшелер мен жүйелердің функционалдық жетілмеуінің, сондай-ақ инфантилизм түріндегі олардың патологиялық күйінің предикторы (болжаушысы) ретінде болуы мүмкін [4-7].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) басқармасы «Жасөспірімдерге арналған денсаулық» атты (2017) жасөспірімдердің денсаулығы мен әл-ауқатын бірінші орынға қою туралы мәселені ұсынды [8]. Қазіргі таңда жасөспірімдердің денсаулығы мен әл-ауқатын жақсарту жөніндегі комиссия әзірлеген ұсыныстар жасөспірімдердің толық потенциалын жүзеге асыруға көмектесетін шараларды растайды және дамытып отырады. ДДСҰ жасөспірімдердің денсаулығына негізгі басымдық береді. Мұны осы ұйым қабылдаған бірқатар құжаттар, атап айтқанда «2016-2030 жылдар арасындағы балалар мен жасөспірімдердің, әйелдердің денсаулығын сақтаудың жаһандық стратегиясы» (2015 ж.) дәлелдейді. Бұл құжатта басты назар жасөспірімдерге бағытталған. Бұл стратегия ДДСҰ-ның кең ауқымды серіктестермен тығыз жұмыс жүргізуін қамтиды және бірқатар елдердегі, әсіресе, дамушы елдердегі жасөспірімдердің денсаулықтарын сақтау қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін тиісті шараларды жоспарлауға, енгізуге және бақылауға, көмектесуге бағытталған [9].

Жасөспірімдердің денсаулығы мемлекеттің маңызды экономикалық және әлеуметтік параметрі болып табылады, өйткені туу, жоспарлы өмір сүру ұзақтығы сияқты демографиялық көрсеткіштер, сондай-ақ елдің экономикалық потенциалы мен басқа да көрсеткіштері осыған байланысты [10]. Аталған міндеттер мен стратегиялар кез келген мемлекеттің өмірлік маңызды мүдделері болып табылады, өйткені олар туу деңгейі мен өмір сүру ұзақтығы арқылы елдердегі демографиялық жағдайды реттеуге мүмкіндік береді. Бұл құбылыстың биологиялық

құрамдас бөлігін және әйел дене-бітімінің балалық және жасөспірімдік күйден ересек адамның физиологиялық жағдайына өтуінің маңыздылығын ескере отырып [11-13], бұл кезеңді зерттеу медико-биологиялық ғылымдар үшін үлкен маңызға ие болып отыр.

Ересек әйел дене-бітімінің қалыптасу процестеріне сыртқы орта факторларының әсері де ерекше [14-15]. Көбінесе олардың агрессивті әсері әлемнің барлық елдеріндегі секілді, етеккір циклы басталуының (17 жастан 12 жасқа дейін) төмендеуі есебінен, қыздар мен жасөспірімдердің ересек өмірге қадам басуын баяулатуға әкеліп соқтырады. Бұл жасөспірім қыздардың тұратын аймақтарына байланысты олардың физикалық және соматометриялық дамуының жаңа санитарлық-гигиеналық нормаларын әзірлеу қажеттілігін талап етеді. Соңғысы Р.С. Османов және де бірлескен авторлардың (2015), М.Г. Лебедеваның зерттеулерінде қарастырылған (2010), ірі өнеркәсіптік аймақтардағы экологиялық қолайсыз жағдайларда өмір сүру жасөспірімдердің физикалық және жыныстық жетілу мерзімінің баяулауына, сонымен қатар, дисгармониялық соматотиптің қалыптасуына әкелетінін көрсетті [16-19].

Зерттеудің мақсаты: ауылдық жерлерде тұратын қыздар мен жасөспірімдердің физикалық және жыныстық дамуын талдау арқылы ауыл жерде өмір сүретін жасөспірімдерге мамандандырылған медициналық көмек көрсетуді оңтайландыру жолдарын қарастыру.

Материалдар мен әдістер:

Әдебиеттерде қалада немесе ауылда тұратын қыздардың физикалық дамуы да, репродуктивті функциясының қалыптасуы да біршама ерекше жүретіні туралы мәліметтер бар. Осыған орай Түркістан қаласы мен оған іргелес орналасқан ауылдық елді-мекендерде тұратын қыздардың соматикалық және репродуктивті қызметінің даму динамикасын салыстырмалы түрде зерттеп, ауыл жағдайында өмір сүретін жасөспірім қыздардың денсаулығына талдау жасалды. Ол үшін кездейсоқ іріктеу арқылы қыздар мен жасөспірімдерден жалпы саны 1141 екі топ құрылды. Бірінші топқа Түркістан қаласынан 578 оқушы қыз, екінші топқа ауылдық аймақтардың 563 оқушылары кірді. Жасөспірімдердің топтық сипаттамасы бірдей болды және Түркістан облысының алынған аймақтарында тұрақты түрде тұратын 7 жастан 19 жасқа дейінгі қыз балалар мен жасөспірімдер қыздардан құралды.

Зерттеу барысында физикалық және жыныстық денсаулықтың жас ерекшеліктерін анықтау үшін халықаралық деңгейде қабылданған (ЮНФПА) қыздардың жасына байланысты келесі санаттарға бөлінуі ескерілді:

- 7-9 жас арасындағы қыз-балалар;
- 10-14 жас арасындағы ерте жасөспірімдік кезең;
- 15-19 жас арасындағы кеш жасөспірімдік кезең.

Нәтижелер мен талдаулар.

Жүргізілген зерттеулер көрсеткендей, қалалық және ауылдық жерлерде соматометриялық және жыныстық дамудың әртүрлі жүретіні анықталды. 1-кестеде оқушы қыздардың физикалық көрсеткіштерін бағалау нәтижелері көрсетілген. Олар қалалық және ауылдық жерлердегі қыздардың 9 жасқа дейін дерлік бірдей дамығанын көрсетеді: орташа дене ұзындығы (ДҰ) тұрғысынан да, орташа дене салмағы (ДС) және орташа кеуде қуысының шеңбері (КҚШ) тұрғысынан да айтарлықтай айырмашылықтар табылған жоқ.

Кесте-1. Қала мен ауыл қыздарының соматометриялық көрсеткіштері (М±σ)

Көрсеткіш	Жасы	I топ (n=578)		II топ (n=563)	
		n	М±σ	n	М±σ
Бойы (см)	7 жас	76	121,9±5,8	41	120,6±4,4
	8 жас	62	124,3±4,5	44	121,8±3,0
	9 жас	75	129,2±4,1	43	126,0±4,9
	7-9 жас	213	125,2±4,8	128	122,8±3,1
	10 жас	35	132,4±7,9	38	128,2±6,4
	11 жас	33	146,5±3,2	40	137,1±4,3
	12 жас	36	153,4±6,6	34	145,5±7,7
	13 жас	38	155,7±5,2	44	148,4±5,3
	14 жас	32	158,6±6,8	39	150,6±6,7
	10-14 жас	174	149,3±5,9	195	142,0±6,3*
	15 жас	41	160,1±5,4	47	149,1±12,1
	16 жас	43	161,9±4,1	49	150,3±14,1
	17 жас	37	162,6±7,9	46	151,9±10,7
	18 жас	33	163,3±4,9	47	152,2±9,5
	19 жас	37	164,5±6,5	51	154,7±8,0
	10-14 жас	191	162,5±5,8	240	151,6±10,8*
	Дене салмағы (кг)	7 жас	76	22,5±2,1	41
8 жас		62	25,2±3,9	44	26,5±5,5
9 жас		75	27,8±3,0	43	28,6±5,2
7-9 жас		213	25,2±2,3	128	25,6±4,9
10 жас		35	33,0±6,6	38	30,4±5,9
11 жас		33	36,1±5,9	40	30,7±3,5
12 жас		36	40,8±4,2	34	34,7±5,9
13 жас		38	46,5±7,0	44	36,6±4,8
14 жас		32	50,2±5,0	39	36,4±3,6
10-14 жас		174	41,3±6,7	195	33,8±4,2*
15 жас		41	52,8±3,9	47	40,7±6,2
16 жас		43	53,2±6,7	49	41,9±5,3
17 жас		37	55,9±3,8	46	41,9±5,6
18 жас		33	55,4±5,5	47	42,0±4,9
19 жас		37	55,8±4,0	51	43,1±4,2
15-19 жас		191	54,6±4,4	240	41,9±5,2*
Кеуде қуысының шеңбері и, (см)		7 жас	76	56,7±4,1	41
	8 жас	62	58,4±3,0	44	56,7±6,5
	9 жас	75	62,7±4,2	43	60,4±4,9
	7-9 жас	213	59,3±4,8	128	56,8±5,4
	10 жас	35	63,5±5,3	38	58,0±2,9
	11 жас	33	66,2±4,7	40	60,7±3,2
	12 жас	36	76,4±3,2	34	71,8±3,6
	13 жас	38	77,9±3,9	44	71,3±4,2
	14 жас	32	79,0±4,2	39	73,6±2,8
	10-14 жас	174	72,6±4,5	195	67,1±4,7
	15 жас	41	82,7±3,6	47	69,5±4,8
	16 жас	43	84,8±2,7	49	71,6±3,7
	17 жас	37	85,9±4,9	46	74,9±4,3
	18 жас	33	87,7±3,8	47	77,9±4,2
	19 жас	37	89,2±2,3	51	79,4±2,4
	15-19 жас	191	86,0±3,5	240	74,7±5,7*

Ескерту: * - I топпен салыстырғанда $p \leq 0,05$.

Қыздардың соматометриялық көрсеткіштеріндегі айтарлықтай айырмашылықтар жасөспірімдік кезеңде анықталды. Сонымен қатар, дамудың ерте жасөспірімдік кезеңінде (10-14 жас аралығындағы) таңдалған топтардың қыздары арасында зерттелген барлық параметрлердің орташа көрсеткіштері әр түрлі екені анықталды. Ауылдық жерде тұратын мектеп оқушыларының анықталған баяу физикалық дамуы жасөспірімдік кезеңнің соңына дейін жалғасты және 19

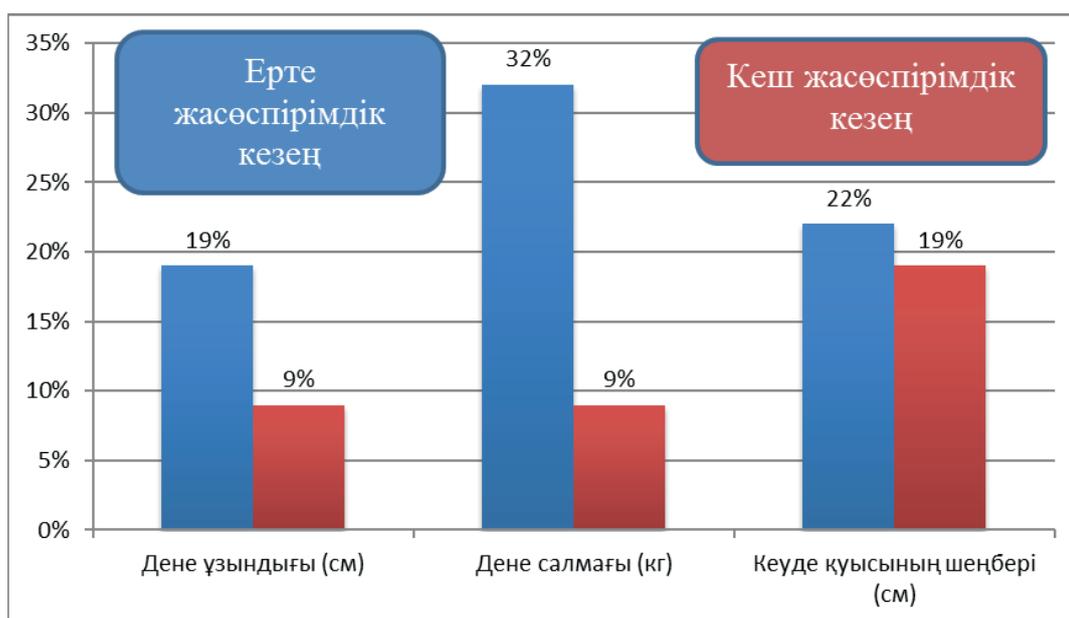
жаста ауыл қыздары арасында айтарлықтай әлсіз соматотиптің қалыптасуына әкелді ($p \leq 0,05$). Осылайша, ауылдық жердегі қыздардың ДҰ қаладағы құрдастарымен салыстырғанда орта есеппен 1,1 есе аз (немесе 10,9 см-ге), ДС - 1,04 есе аз (немесе 2,6 кг-ға) және КҚШ - 1,2 есе аз (немесе 11,3 см-ге) екені байқалады.

Қала және ауыл қыздарының физикалық даму дәрежесі мен динамикасын бағалау үшін физикалық даму қарқынына есептеу жүргізілді: ДҰ, ДС және КҚШ өзгерістерінің тізбекті көрсеткіштері әр топ қыздары үшін жеке есептелді. Алынған мәліметтер қала қыздары үшін 2-кестеде, ал ауыл қыздары үшін 3-кестеде көрсетілген. Мәліметтерге сәйкес, бірінші топтағы қыздарда ДҰ, ДС және КҚШ максималды өсу қарқыны ерте жасөспірімдік кезеңде болғанын анық көрсетеді, тиісінше өсу қарқыны 19,2%, 32,2% және 22,4% құрады. Бұл ретте, көрініп тұрғандай, ең жоғары өсу қарқыны ДС (32,2%) және КҚШ (22,4%) болды. 15-19 жас арасындағы қаланың қыздарында зерттелген соматометриялық көрсеткіштердің өсуі жалғасын тапты, бірақ олардың өсу қарқыны сәйкесінше 2,2; 3,7; 1,2 есеге төмендеді.

Кесте-2. Қалада тұратын қыздар арасындағы антропометриялық мәліметтер динамикасының тізбекті көрсеткіштері (I топ)

Салыстыру көрсеткіші	Жасы	Көрсеткіш	Өсу (см)	Өсу қарқыны (%)	Өсу қарқынының айырмасы (%)
Дене ұзындығы (см)	7-9 жас	125,2	-	-	-
	10-14 жас	149,3	24,1	119,2	19,2
	15-19 жас	162,5	13,2	108,8	8,8
Дене салмағы (кг)	7-9 жас	41,3	-	-	-
	10-14 жас	54,6	13,3	132,2	32,2
	15-19 жас	59,3	4,7	108,6	8,6
Кеуде қуысының шеңбері (см)	7-9 жас	59,3	-	-	-
	10-14 жас	72,6	13,3	122,4	22,4
	15-19 жас	86,0	13,4	118,5	18,5

Қалалық жерде тұратын жасөспірімдер арасында соматотиптің өзгеру динамикасы 1-суретте көрсетілген.

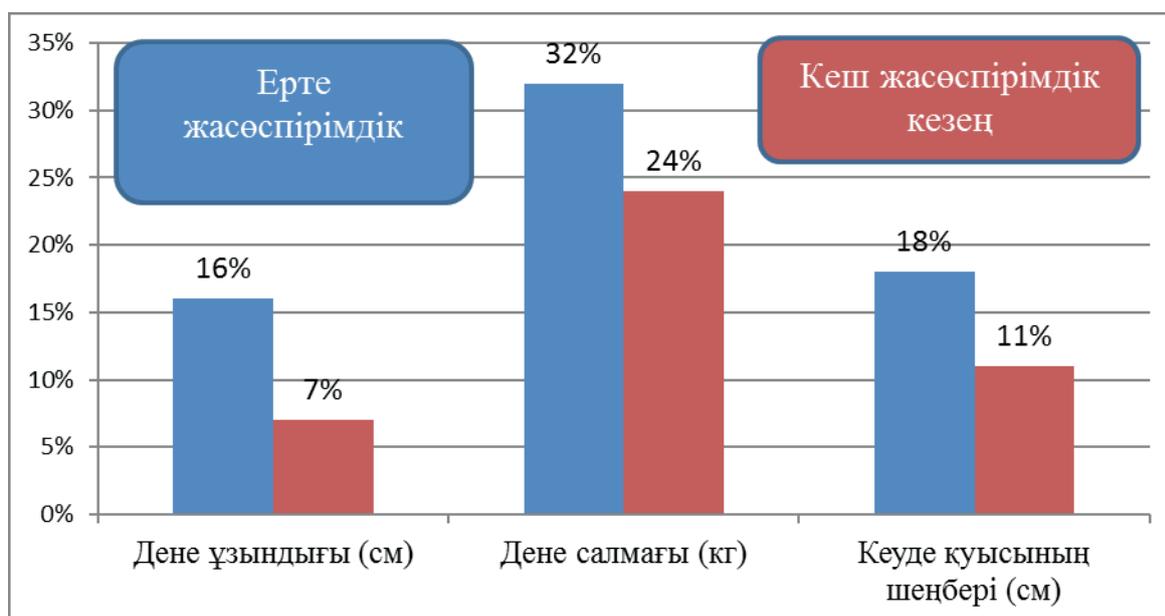


1-сурет. Қалалық жерлерде тұратын жасөспірімдер арасында ерте және кеш жасөспірімдік кезеңдердегі антропометриялық көрсеткіштердің өсу қарқыны

Соматотиптің тізбекті өсу қарқынының ұқсас динамикасы ауылдық жерлерде тұратын қыздар арасында да байқалды (3-кесте). Осылайша, ауылдық жерлерде тұратын қыздардың ДҰ, ДС және КҚШ максималды өсу қарқыны, қалалық жердегі жасөспірімдердегі сияқты, ерте жасөспірімдік кезеңге (сәйкесінше 15,6%; 32,0% және 18,1%) сәйкес келді. Ары қарай зерттелген көрсеткіштердің өсу қарқыны қалада тұратын жасөспірімдердегі сияқты олардың қарқыны бәсеңдеген (сәйкесінше 2,3; 1,3; 1,6 есеге).

Кесте-3. Ауылдық жерде тұратын қыздар арасындағы антропометриялық мәліметтер динамикасының тізбекті көрсеткіштері (II топ)

Салыстыру көрсеткіші	Жасы	Көрсеткіш	Өсу (см)	Өсу қарқыны (%)	Өсу қарқынының айырмасы (%)
7-9 жас	7-9	122,8	-	-	-
10-14 жас	10-14	142,0	19,2	115,6	15,6
15-19 жас	15-19	151,6	9,6	106,8	6,8
7-9 жас	7-9	25,6	-	-	-
10-14 жас	10-14	33,8	8,2	132,0	32,0
15-19 жас	15-19	41,9	8,1	124,0	24,0
7-9 жас	7-9	56,8	-	-	-
10-14 жас	10-14	67,1	10,3	118,1	18,1
15-19 жас	15-19	74,7	7,6	111,3	11,3



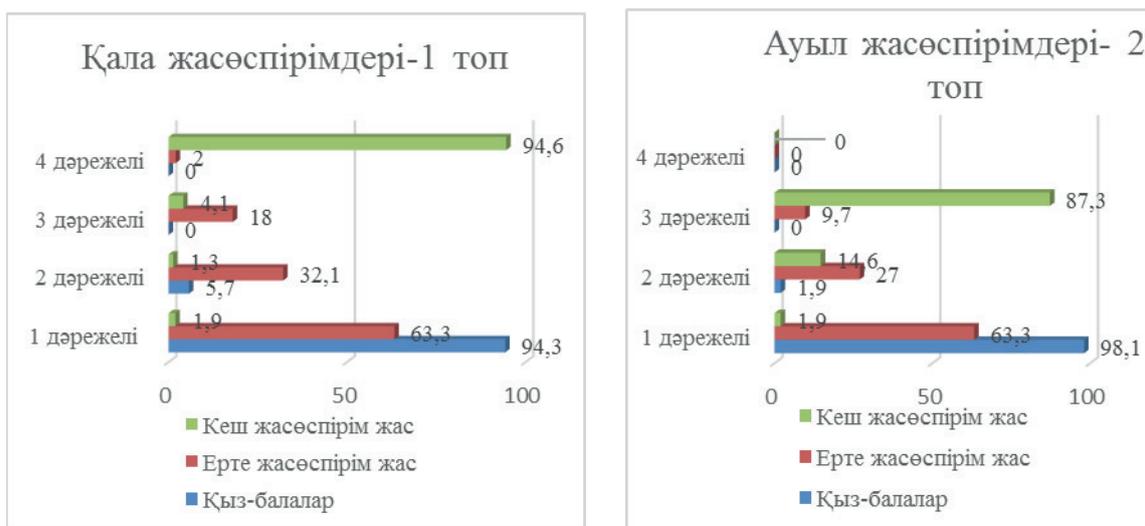
2-сурет. Ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдер арасында ерте және кеш жасөспірімдік кезеңдердегі антропометриялық көрсеткіштердің өсу қарқыны

Ұсынылған 1 және 2-суреттерде екі топтағы жасөспірімдерде де соматотиптің өзгеру динамикасы бірдей жүріп жатқанын анық көруге болады, айырмашылық тек өсу қарқынының абсолютті мәндерінде ғана, ал ДҰ, ДС және КҚШ-нің негізгі өсуі ерте жасөспірімдік кезеңге сәйкес келеді. Ары қарай бұл көрсеткіштердің өсуі бәсеңдеді, бірақ тоқтаған жоқ. Бұл ретте стандартты ауытқудың маңызды мәні зерттелетін параметрлердің жоғары дисперсиясын көрсетті, бұл популяцияда физикалық параметрлері төмен де, жоғары да тұлғалардың болатынын көрсетеді.

Сондай-ақ, диаграммада ДС ерте жасөспірімдік кезеңде айтарлықтай өзгергенін көрініп тұр және оның максималды өсуі қалалық жерде тұратын қыздар арасына байқалды. Ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдерде бұл көрсеткіш динамикада да өсті, бірақ аз дәрежеде, дегенмен бірінші топтағы жасөспірімдермен салыстырғанда айтарлықтай өсу қарқыны байқалды ($p \leq 0,05$). Ауылдық жерлерде тұратын қыздардың ДҰ өсуі ерте және кеш жасөспірімдік кезеңдерде де баяу жүргені анықталды.

Сондықтан, қалалық жерде тұратын, ауылдық жерде тұратын қыздардағы соматометриялық көрсеткіштердің максималды өзгерістері ерте жасөспірімдік кезеңнен басталып, есейгенше жалғасатыны анықталды. Сонымен қатар, қалалық жерде тұратын қыздардың өсуі, әсіресе ДС және КҚШ-нің өсуіне байланысты қарқынды болды. Ауылдық жерлерде тұратын қыздар үшін де даму тенденциясы бірдей болды, бірақ физикалық өзгерістер динамикасы қалалық жерлерде тұратын қыздардағыдай қарқынды емес, баяу жүрді, дегенмен ол айтарлықтай маңызды болды. Зерттеу барысында алынған деректер Балтаева А.У. мен басқа да көптеген авторлардың (2019) [20] зерттеулеріне қайшы келген жоқ. Таңдалып алынған екі топтың қыздарында репродуктивті функцияның қалыптасуы жыныстық белгілердің дамуымен бағаланды. Көптеген авторлардың пікірінше, бұл көрсеткіштер әйел дене-бітімінің қалыптасуындағы және әйелдердің репродуктивті қызметінің негізін қалайтын басты көрсеткіштер болып табылады.

Ең алдымен, таңдалып алынған I және II топтың қыздарындағы сүт бездерінің даму мерзімі бағаланды. Жүргізілген зерттеулер қалалық және ауылдық жерлерде тұратын қыздар арасында сүт бездерінің (телархе) даму мерзімі бірдей емес екенін көрсетті (3-сурет).



Сурет -3. I және II топтағы қыздарда сүт бездерінің дамуы

Осылайша, 3-суреттегі деректер қалалық жерлерде тұратын қыздар арасында сүт бездері дамуының басталуы 7-9 жас арасындағы қыз-балалар кезеңінде басталғанын және осы жас кезеңінде 5,7% жағдайда дамудың 2-ші кезеңіне жеткенін көрсетеді. Жасөспірім қыздар есейген сайын сүт бездері дамыған қыздардың үлес салмағы артты және кеш жасөспірімдік кезеңде қалалық жерлерде тұратын жасөспірімдердің 94,6%-да сүт бездері толық қалыптасқандығы байқалады.

Ауылдық жерлерде тұратын қыздар арасында жыныстық дамудың басталуы да 7-9 жас арасын қамтыған, алайда бұл жас кезеңінде қыздардың тек 1,9% ғана дамудың екінші сатысындағы сүт бездері ($p \leq 0,05$) қалыптасқан, ал қалалық жерлерде тұратын бұл көрсеткіш 5,7%-ды құрады. Ары қарай, ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдер өздерінің қалалық жерде тұратын әріптестеріне қарағанда айтарлықтай артта қалды және кеш жасөспірімдік кезеңде төмен көрсеткіштерге ие болды - 67,3% қарсы 94,6% ($p \leq 0,001$).

Таңдалып алынған I және II топтың қыздары арасында қасаға түктенуінің (пубархе) дамуын зерттеу нәтижелері 4-кестеде көрсетілген.

Кесте-4. I және II топтағы қыздарда қасаға түктенуінің дамуы

Кезең	Саны (адам)	Даму деңгейі Р, %			
		1	2	3	4
I топ (Қалалық жерде тұратын жасөспірімдер)					
Қыз-балалар	213	0,3±0,0	0	0	0
Ерте жасөспірімдік кезең	174	8,6±2,1	45,7±12,8	34,5±11,7	11,2±3,4
Кеш жасөспірімдік кезең	191	0	0,3±0,0	5,9±0,6	93,8±33,7
Барлығы	578	-	-	-	-
II топ (Ауылдық жерде тұратын жасөспірімдер)					
Қыз-балалар	128	0	0	0	0
Ерте жасөспірімдік кезең	195	40,1±18,7	42,8±15,9	17,1±5,1	0
Кеш жасөспірімдік кезең	240	0	1,4±0,9	10,7±3,0	87,9±29,6
Барлығы	563	-	-	-	-

Кестедегі мәліметтерді талдау барысында, бұл жағдайда да сүт бездерінің дамуына ұқсас тенденция байқалғанын көрсетеді. Осылайша, қасаға түктенуінің алғашқы белгілері қалалық жерлерде тұратын қыздар арасында 7-9 жаста (0,3%) пайда бола бастады, ал ауылдық жерлерде тұратын қыздарда қасаға түктенуінің белгілері әлі байқалмаған еді. Ерте жасөспірімдік кезеңде бірінші топтағы қыздар арасында түктенудің барлық сатысы кездесті, сонымен қатар, 34,5% және 11,2% жағдайларда түктенудің 3 және 4 сатылары байқалды. Қалалық жерлерде тұратын қыздар арасында баяу түктену процесінен күрт жоғары қарқынды түктенуге ауысуы зерттеліп жатқан топтағы қыздар арасында жетілудің жеделдетілген фазасын көрсетеді. Дәл осы жас аралығындағы екінші топ қыздарында пубархенің тек 2 және 3 сатысы ғана (сәйкесінше 42,8% және 17,1%) тіркелген, ал 4-ші саты мүлдем жоқ. Пубархенің даму динамикасын одан әрі зерттеу, 15-19 жас арасындағы екі топтың жасөспірімдерде де толық қасаға түктенуінің болғанын, алайда, қалалық жерде тұратын жасөспірімдерде түктенудің 3 және 4 сатысы басым болса (5,3% және 93,8% сәйкесінше), ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдер арасында түктенудің кезең-кезеңмен таралуы айқынырақ болды: мысалы, жыныстық жетілудің кеш кезеңінде де екінші топтағы қыздардың 1,4%-да түктенудің 2-ші сатысы, 10,7%-да 3-ші және 67,9%-да – түктенудің 4-ші сатысы болғанын көрсетті. Алынған деректердегі осы көрсеткіш бойынша қалалық жерлерде тұратын жасөспірімдермен салыстырғанда ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдердің жыныстық дамуының баяу екендігі көре аласыздар.

Аксиллярлы түктенудің дамуын зерттеу ерте жасөспірімдік кезеңде қалалық және ауылдық жерлерде тұратын қыздардың басым көпшілігінде қолтық асты аймағында түктенудің 1-ші сатысы болғанын анықтауға мүмкіндік берді (сәйкесінше 96,4% және 93,3%). Түктену дамуының бұл тенденциясы жыныстық жетілудің бүкіл кезеңінде сақталды (6-кесте), сондықтан кеш жасөспірімдік кезеңде қалалық және ауылдық жерлерде тұратын қыздардың көпшілігінде жақсы дамыған қолтық асты түктенуі (сәйкесінше 93,8% және 91,4%) анықталды.

Кесте-5. Қалалық және ауылдық жерлерде тұратын 7-19 жас аралығындағы қыздар арасында аксиллярлы түктенудің дамуы

Кезең	Саны (адам)	Даму деңгейі Ах, %			
		1	2	3	4
I топ (Қалалық жерде тұратын жасөспірімдер)					
Қыз-балалар	213	0	0	0	0
Ерте жасөспірімдік кезең	174	95,8±20,8	4,4±0,6	0	0
Кеш жасөспірімдік кезең	191	0	0,3±0,0	5,9±1,2	93,8±24,1
Барлығы	578	-	-	-	-
II топ (Ауылдық жерде тұратын жасөспірімдер)					
Қыз-балалар	128	0	0	0	0
Ерте жасөспірімдік кезең	195	93,3±21,6	0	0	0
Кеш жасөспірімдік кезең	240	0	8,6±1,7	90,3±20,3	1,1±0,0
Барлығы	563	-	-	-	-

Осылайша, Түркістан облысының ауылдық жерлерінде тұратын қыздар мен жасөспірімдердің соматометриялық көрсеткіштер мен екіншілік жыныстық белгілердің даму қарқындылығын зерттеу - барлық зерттелген көрсеткіштер дамуының баяу екендігін көруге мүмкіндік берді. Яғни, физикалық және жыныстық көрсеткіштері бойынша ауылдық жерлерде тұратын дені сау қыздар мен жасөспірімдер қалада тұратын өзінің құрдастарына қарағанда әлде-қайда артта қалып отыр. Маңызды факт - ерте жыныстық даму сатысында барлық зерттелген көрсеткіштердің арасында елеулі айырмашылықтардың пайда болуы. Бұл репродуктивті функцияның қалыптасуында осы кезеңнің ең осал екенін көрсетеді. Бұл уақытта пайда болған бұзылыстар кеш жасөспірімдік кезеңге дейін жалғасып, ауылдық жерлерде тұратын репродуктивті жастағы жас әйелдердің баяу қалыптасуына ықпал етеді.

Жасөспірімдер арасындағы физикалық даму қыздардың дене-бітімін жыныстық жетілудің келесі кезеңіне – яғни, етеккір функциясының қалыптасуына дайындайтыны белгілі (Хамошина М.Б. және т.б. авторлар, 2009) [21]; Миронова А.В., Баласанян В.Г., 2017 [22]. Менархенің басталу уақытын және оның тұрақты циклын анықтау үшін зерттеуге қатысқан қыздар арасында сауалнамалар жүргізілді. Алынған мәліметтер 9 жаста (балалық кезеңде) етеккір циклі қалалық жерлерде тұратын 13 қызда (6,1%) пайда болғанын айтуға мүмкіндік берді. Бірақ, ауылдық жерлерде тұратын оқушы қыздардың ешқайсысында етеккірдің пайда болу фактісі тіркелген жоқ. Қалған жасөспірімдерде етеккірдің пайда болу және қалыптасу уақыты ерте жасөспірімдік кезеңге сәйкес келді. Дәл осы уақытта қалалық жерлерде тұратын 169 қызда етеккір (97,1%) пайда болды, олардың ішіндегі 153 қызда (87,9%) етеккір циклы бірден қалыптасқан болып шықты. Қалалық жерде тұратын жасөспірімдердің қалған бөлігінде толық жыныстық жетілу кеш жасөспірімдік кезеңде аяқталған болса, тек 7 жасөспірімде ғана (3,7%) етеккір циклының қалыптасуы аяқталмаған. Ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдер арасында жыныстық жетілу ерте жасөспірімдік кезеңде пайда болды - бұл уақытта етеккірдің пайда болуы 169 қызда (86,7%-да) тіркелген, бірақ олардың 68,4%-да етеккір циклы тұрақты емес және бөлінді көлемі аз мөлшерде болған. Тек, кеш пубертаттық кезеңде 181 оқушы қызда (75,4%) тұрақты жыныстық циклы, ал қалған 59 жасөспірімде (24,6%) тұрақсыз етеккір циклы және аз көлемдегі қанды бөлінділер екені анықталды.

Менархе пайда болуының бірінші жылында жүргізілген етеккірдің орташа ұзақтығын анықтау қалалық жерде тұратын жасөспірімдер арасында етеккір циклының ұзақтығы 3,1-5,4 күн (орта есеппен $4,6 \pm 1,9$ күн) аралығында өзгертінін көрсетті. Ал ауылдық жерлерде тұратын оқушылар арасында орташа етеккір циклы - 3,0-ден 8,5 күнді (орта есеппен $7,0 \pm 1,8$ күн) құрады. Яғни, ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдер арасында етеккір циклының ұзақтығы 23,5% жағдайда қалалық жерлерде тұратын жасөспірімдерге қарағанда, орта есеппен 2,4 күнге ұзағырақ болған. Етеккір циклының орташа ұзақтығын есептеу қалалық жерлерде тұратын қыздарда айтарлықтай қысқа болғанын көрсетті - орта есеппен $29,7 \pm 2,3$ күн, ал ауылдық жерлерде тұратын қыздарда - орта есеппен $34,5 \pm 3,2$ күн ($p \leq 0,01$), яғни, қалалық жерлерде тұратын жасөспірімдерге қарағанда 1,16 есе көп.

Алынған мәліметтер негізінде қалалық және ауылдық жерлерде тұратын қыздар үшін әрбір зерттелетін кезеңдерге арналған жеке жыныстық даму формулалары есептелді. Алынған мәліметтер 6-кестеде көрсетілген.

Кесте-6. Қалалық және ауылдық жерлерде тұратын қыздар үшін түрлі жасөспірімдік кезеңдердегі жыныстық даму формуласы

Жас кезеңі	Қалалық жерлердегі даму деңгейі	Ауылдық жерлердегі даму деңгейі	Ескертулер
Қыз-балалар	$P_0 A x_0 M a_{0,1} M e^-$	$P_0 A x_0 M a_{0,1} M e^-$	Формулаларда айырмашылық жоқ
Ерте жасөспірімдік кезең	$P_{0,1} A x_{1,2} M a_{1,4} M e^+$	$P_0 A x_1 M a_{1,3} M e^+$	Қалалық және ауылдық жерлерде тұратын қыздарда сүт бездері дами бастайды, қолтық асты аймағында алғашқы түктер пайда болады. Етеккір пайда болады. Ал ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдерде бұл үрдістер азырақ байқалады.
Кеш жасөспірімдік кезең	$P_{2-4} A x_{3-4} M a_{2-4} M e^+$	$P_{2-4} A x_{2-4} M a_{1-3} M e^+$	Қалалық және ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдерде барлық жыныстық белгілер анықтала бастайды. Соңғыларында сүт бездерінің және аксиллярлы түктенудің дамуы азырақ байқалады.

Жүргізілген зерттеулердің арқасында Түркістан қаласында тұратын және ауылдық жерлерде тұратын қыздар арасында соматометриялық көрсеткіштердің жоғарылауы және дені сау қыздардың жыныстық дамуы жалпы биологиялық заңдылықтарға сәйкес болғанын, сонымен қатар, - барлық зерттелген көрсеткіштер ерте жасөспірімдік кезеңнен жоғарылай бастап, одан әрі кеш жасөспірімдік кезеңде дамуын жалғастырғанын көруге мүмкіндік пайда болды. Екі топтағы жасөспірім қыздар үшін ерте жасөспірімдік кезеңде 15-19 жас аралығында толық қалыптасқан белгілері бар, барлық зерттелетін белгілердің (антропометриялық және жыныстық) жоғарлауы тән. Алайда, қалалық жерлерде тұратын қыздар үшін бұл процестер ертерек басталып, қарқынды жүрді: сүт бездерінің дами бастауы 7-10 жаста басталып, 5,7% жағдайда сүт бездерінің дамуы

2-ші сатыға жеткен. Ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдерде дене салмағының төмендеуі аясында сүт бездері дамыған қыздардың үлес салмағы артты, ал кеш жасөспірімдік кезеңде қалалық жерлерде тұратын жасөспірімдердің 94,6%-да сүт бездері пайда болды.

Сонымен қатар, кеш жасөспірімдік кезеңде физикалық көрсеткіштердің өсу қарқынының төмендеуі байқалса, жыныстық жетілу белгілері, керісінше, арта түскен. Бұл әйел дене-бітімінің дамуындағы ұқсас процестерді атап өткен басқа авторлардың (Прояева Л.В., 2012) зерттеулеріндегі нәтижелерімен сәйкес келеді [23].

Осылайша, Түркістан облысының қалалық және ауылдық жерлерінде тұратын қыздар мен жасөспірімдердің соматикалық және жыныстық дамуы ауылдық жерлерде тұратын қыздар арасында даму үрдісінің баяу жүруіне байланысты айтарлықтай ерекшеленді. Мәселен, ерте жасөспірімдік кезеңдегі ауылдық жерлерде тұратын қыздардың барлық физикалық көрсеткіштерінің өсуі қалалық жерде тұратын өздерінің құрдастарымен салыстырғанда әлдеқайда аз: ДҰ 1,1 есе (немесе 7,3 см-ге), ДС - 1,6 есе аз (немесе 20,8 кг-ға) және КҚШ - 1,1 есе аз (немесе 5,5 см-ге) болды. Ең үлкен айырмашылық - 20,8 кг - ДС ($p < 0,05$) көрсеткіштері бойынша тіркелген. Ауылдық жерлерде тұратын қыздар арасында ДС өсуінің артта қалуы ауылдық жерлердегі қыздардың әуел бастағы салмақ аздығымен байланысты болуы мүмкін, бұл 10-14 жас аралығындағы өсу қарқынының дерлік біркелкі көрсеткіштерімен расталады (сәйкесінше 32,2% және 32,0%). Тек кеш жасөспірім кезеңде қыздар арасында дене салмағының айырмашылығы – ауылдық жерлерде тұратын қыздардың ДС жылдам өсу қарқыны есебінен реттелді - қаладағы 8,6% қарсы 24,0%. Бұл ретте, барлық жас кезеңдері бойынша әр топтағы стандартты ауытқудың мәні қалалық жерлерде де, ауылдық жерлерде де орташа нормаға сәйкес келмейтін және орташадан төмен немесе жоғары нәтиже көрсеткен тұлғалар да кездесті.

Осындай тенденция жыныстық даму динамикасын зерттеуде де анықталды. Қалалық жерлерде тұратын жасөспірімдерде екіншілік жыныстық белгілердің қалыптасуы белгілері 7-10 жаста (5,7%) пайда болды, ал ауылдық жерлерде тұратын қыздарда олардың пайда болуы тек 1,9% жағдайда ғана байқалды. Қалалық және ауылдық жерлерде тұратын жасөспірімдердің негізгі жыныстық дамуы 10-14 жас аралығында тіркелген. Бірақ, бұл уақытта қалалық жерлерде тұратын оқушы қыздарда жыныстық формула $P_{0,1}Ax_{1,2}Ma_{1-4}Me+$ даму деңгейінде, ал ауылдық жерлерде тұратын қыздар арасында тек $P_0Ax_1Ma_{1-3}Me+$ деңгейінде болды. Ауылдық жерлерде тұратын мектеп оқушылары арасындағы ерте жасөспірімдік кезеңде басталған жыныстық дамудың артта қалуы іс жүзінде кеш жасөспірімдік кезеңде өтелді, дегенмен, осы кезеңнің өзінде ауылдық жерлерде тұратын қыздарда сүт бездерінің қалыптасуы баяу жүрді, бұл бәлкім, олардың ДС айтарлықтай аздығына байланысты болса керек. Айта кету керек, анықталған тенденция тек Түркістан облысына ғана тән емес және басқа да авторлардың еңбектерінде де атап өтілген, бұл анықталған жағдай бұзылыстардың жалпы биологиялық сипатын дәлелдейді.

Қорытындылар.

Біздің жүргізген зерттеулер Түркістан аумағындағы жасөспірімдер мен ауылдық жерлерде тұратын қыз-балалар қалалық жерлерде тұратын жасөспірімдермен салыстырғанда соматотипі әлсіз және репродуктивті қызметінің кеш қалыптасатыны анықталды. Ауылдық жерлерде тұратын қыздар мен жасөспірімдерден яғни болашақ аналардың денсаулық жағдайы туралы алынған мәліметтер денсаулықты сақтау мен нығайтуға бағытталған профилактикалық іс-шаралардың бағыттарын, медициналық көмекті жоспарлау және ұйымдастыру мәселелерін анықтайды және бұл осал контингентке медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың барлық кезеңдерімен тығыз байланысы арқылы шешілетіні анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Гладкая В.С., Королева В.А., Грицинская В.Л. Региональные особенности соматометрических характеристик у годских школьников в Республике Хакасия // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2018. - № 3 (74). - с.32-3735.
2. Полисмак О.В. Характеристика анатомических компонентов соматотипа лиц юношеского и первого периода зрелого возраста в норме и при некоторых заболеваниях органов пищеварительной системы // автореф. канд. дис., Москва. -2005. -с.34
3. Чанчаева Е.А., Айзман Р.И., Сидоров С.С., Попова О.И., Симонова О.И. Современные тенденции развития детей младшего школьного возраста (обзор литературы) // *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*. 2019;4(1):59-65. <https://doi.org/10.29413/ABS.2019-4.1.9>
4. Joy E. Beck A Developmental Perspective on Functional Somatic Symptoms // *Journal of Pediatric Psychology*, Volume 33, Issue 5, June 2008, Pages 547–562, <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113>
5. Ryan S. D’Souza; W M. Hooten. Somatic Syndrome Disorders // In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. -2020 Jul 10.- PMID: 30335286.- Bookshelf ID: [NBK532253](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335286/)
6. Nasuh Malas, Roberto Ortiz-Aguayo, Lisa Giles Patricia Ibeziako Pediatric Somatic Symptom Disorders Current // *Psychiatry Reports*. 2017.-- v. 19.- № 11. - p 1244-1253
7. Заплатников А.Л., Дмитриева Ю.А., Кузнецова Ю.А., Воробьева А.С. // Задержка физического развития у ребенка на фоне электролитных нарушений // *Мед.совет.*-2016.- №7.-с.140-145
8. Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков: руководство по осуществлению в странах. Резюме. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (WHO/FWC/MCA/17.05). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.). Выживать, процветать, менять // ВОЗ, 2015, с.108
10. Sedgh V., Gilda S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. // *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. - 2015.- vol. 56,2.- p. 223-230. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.007
11. Алиханян И.С., Заносовская Т.А., Жиленко Л.О., Чеботарева Ю.Ю. Роль периода полового созревания в становлении соматического и репродуктивного здоровья женщины // *Молодой ученый*.-2016.-№18.1 (122.1).-с.41-43
12. Simon A, Wardle J, Jarvis M, Steggle N, & Cartwright M (2003). Examining the relationship between pubertal stage, adolescent health behaviours and stress. *Psychological Medicine*, 33, 1369–1379. 10.1017/S0033291703008390
13. Попова-Петросян Г.В., Сколотенко Т.С., Тихончук Т.Н., Ющенко Н.В. Влияние факторов внешней среды на половое развитие девушек-подростков // *Вестник физиотерапии и курортологии*, 2013. -№2. - с.40-42
14. Факторы окружающей среды и здоровье человека. Опыт Дании // COWI Consulting Engineers and Planners AS.- Датское Агентство по охране окружающей среды. - 2001. - с. 377. - ISBN:87-7944-518-5
15. Деев И.А, Коломеец И.Л., Саприна Т.В., Кобякова О.С., Камалтынова Е.М., Куликов Е.С., Левко А.Н., Куликова К.В., Юркова В.И. Половое развитие подростков в Томской области // *Педиатрическая фармакология*, - 2017; 14 (5): 366–372. doi: 10.15690/pf.v14i5.1784
16. Riana Bornman MS, Bouwman H. Environmental pollutants and diseases of sexual development in humans and wildlife in South Africa: harbingers of impact on overall health? *Reprod Domest Anim*. 2012 Aug;47 Suppl 4:327-32. doi: 10.1111/j.1439-0531.2012.02094.x. PMID: 22827388.
17. Смирнов В. В., Макажан Н. В. Функциональная задержка полового развития: причины,

диагностика, лечение \ \ Лечащий врач.-Медицинский научно-практический портал- <https://www.lvrach.ru/2012/01/15435325ю-1>

18. Salam R.A, Faqqah A, Sajjad N, et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. *J. Adolesc. Health.* - 2016;59(4S):S11-S28. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.05.022

19. Камалов К.Г., Газимагомедов Г.А., Магомедова И.М. Особенности физического и полового развития мальчиков в дебюте пубертата в различных эколого-географических зонах Республики Дагестан. *Андрология и генитальная хирургия.*- 2018.-19(3).-с.53-59. <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2018-19-3-53-59>

20. Балтаева А.У. Арынова Г.А., Даниярова А.Б., Байтенова А.Н., Ащирбекова Г.К., Букунова А.Ш. Оценка гармоничности физического развития школьников города Алматы \ \ *Вестник КазНМУ.* -2019. - №1. -с.361-364

21. М.Б. Хамошина, Р.Г. Абдуллаева, Л.С. Хасханова, Е.А. Шишкин Особенности становления менструальной функции у девушек подросткового возраста при дефиците массы тела \ \ *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина.*- 2009.- №5.- с.116-132

22. Миронова А.В., Баласаян В.Г. Способ оценки и прогнозирования становления менструальной функции у девочек-подростков \ \ *Педиатр.* - 2017. - Т.6. - Выпуск 2. - с. 56-61

23. Прояева Л.В. Характеристика физического развития дошкольников \ \ *Вестник Курганского государственного университета.* - 2013. - №3. - с.21-25

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ХАРАКТЕРОМ ИЗМЕНЕНИЯ АРОМАТАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ЯИЧНИКОВ И ГОРМОНАМИ ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ СПКЯ

С.С.Садирова

“Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии”, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Синдром поликистозных яичников представляет собой одну из наиболее актуальных проблем в гинекологической эндокринологии, являясь широко распространенным заболеванием среди женщин репродуктивного возраста. СПКЯ характеризуется следующими симптомами: гиперандрогенемия, хроническая ановуляция, морфологический поликистоз яичников, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия и часто сопровождается ожирением. Проведенные исследования показывают, что синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является актуальной проблемой среди женщин фертильного возраста не только во всем мире, но и в системе здравоохранения республики Узбекистан. Частота СПКЯ по данным различных авторов выявляется у 6-10% женщин репродуктивного возраста, при этом наблюдается тенденция к увеличению распространенности заболевания. В тека клетках яичников у женщин с СПКЯ происходит секреция всех стероидогенных предшественников биосинтеза андрогенов. Процесс ароматизации андрогенов до эстрагенов обеспечивается ферментом P450 ароматазой. Ароматаза является ключевым ферментом, ответственный за биосинтез эстрагена. Исходя из этого в данной работе проводится исследование взаимосвязей между характером изменения ароматазной активности яичников и гормонами гипофизарно-яичниковой системы при различных фенотипов СПКЯ, что определяет актуальность темы.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между функциональной активностью яичников и гормонами гипофизарно яичниковой системы при различных фенотипов СПКЯ.

Материалы и методы исследования. Клинико-лабораторные исследования проведено у 56 женщин в возрасте от 19 до 35 лет с СПКЯ. Из них с фенотипом А составило- 16 женщин, с фенотипом В- 18, с фенотипом С- 12, с фенотипом D-10 [1,2]. Диагноз и фенотипы заболевания верифицированы на основании рекомендаций Роттердамского Консенсуса (2003 г.). Контрольную группу составили 12 женщин идентичного возраста с нормальным менструальным циклом. Для уточнения диагноза, фенотипа заболевания и исключения состояний, сходных с СПКЯ, проведены гормональные исследования. Содержание гормонов исследовано в сыворотке крови методом ИФА стандартными наборами. Гирсутизм оценивали по модифицированной шкале Ферримана-Голвеля. Ароматазную активность яичников изучали у 27 больных с методом функциональной пробы с применением ингибитора ароматазы летрозола. В исследование использован расчетный метод. Пробу с летрозолом проводили на второй день менструального цикла. До и через 48 часов после приема 10 мг летрозола в сыворотке крови определяли содержание эстрадиола (Э2), антимюллерова гормона (АМГ). Для оценки ароматазной активности фолликулов использовали следующий коэффициент по формуле: $K = \Delta Э2 / АМГ$, где K — коэффициент ароматазной активности антральных фолликулов яичников; $\Delta Э2$ — снижение эстрадиола в нмоль/л в сыворотке крови через 48 часов после приема летрозола; АМГ — содержание в крови антимюллерова гормона в нг/мл [3,4,5]

Результаты исследования. Возраст больных от 19 до 35 лет (средний возраст больных $26,1 \pm 2,3$ года). Возраст менархе колебался от 12 до 17 лет и в среднем составил $13,7 \pm 3,3$ года. Индекс массы тела варьировал от $18,3 \text{ кг/м}^2$ до 32 кг/м^2 и в среднем составил $23,98 \pm 8,02 \text{ кг/м}^2$. Избыточная масса тела было определена у 6 больных. Ожирение I степеней имелось у 2 больных, дефицит массы тела был определен у 1 больной. У всех больных СПКЯ было отмечено нарушение менструального цик-

ла: вторичная аменорея диагностирована у 12 больных, олигоменорея у 34 больных, сохраненный менструальный цикл был у 10 пациенток. 24 больных обратилось за медицинской помощью из-за нарушений менструального цикла, 11 по поводу первичного бесплодия, 15 по поводу вторичного бесплодия, 10 по поводу невынашивания беременности. Сравнительная оценка гормональных показателей у пациенток с СПКЯ с различными фенотипами выявило ряд межгрупповых различий (таблица 8). Наиболее высокие показатели тестостерона были у больных в группах с андрогенным и полным фенотипом. Соответственно, в этих группах выявлены наиболее низкие показатели эстрадиола. Одним из диагностических признаков, характерных для больных с СПКЯ, является соотношение ЛГ/ФСГ > 3 . Усредненные показатели ЛГ наиболее высокими оказались в группе с полным фенотипом, более 50% больных имели высокие показатели данного гормона. Практически идентичными в сравниваемых группах были показатели пролактина, но достоверно повышенными по отношению к группе контроля. Также не выявили различий усредненные значения сывороточного уровня ФСГ. Высокие значения ДГЭА имели пациентки в группах с неандрогенным и полным фенотипом. Проведенная проба с летрозолом выявила некоторые различия в активности ароматазы у больных с различными фенотипами. Прием 10 мг летрозола у женщин I фенотипа СПКЯ вызвало снижение эстрадиола в крови со $118,9 \pm$ пмоль/л до $49,2 \pm$ пмоль/л (на $31,2 \pm 2,1$ %). У 67% больных с II фенотипом, у 28,5% больных III фенотипом, у 11% больных с IV фенотипом СПКЯ уровень эстрадиола в крови повысился после пробы с летрозолом со $63,2$ пмоль/л до $82,4$ пмоль/л на $(19,2)$. Содержание в сыворотке крови АМГ у больных СПКЯ колебалось от $2,5$ нг/мл до $21,8$ нг/мл и в среднем составляло $12,7 \pm 0,8$ нг/мл. Ароматазная активность фолликулов у больных СПКЯ варьировала в широких пределах: у $21,6$ % больных находилась в пределах нормальных величин, у $29,6$ % больных была повышена, у $48,8$ % больных — снижена.

Выводы. Таким образом, проведенные предварительные исследования позволили нам выявить некоторые особенности гормональной активности и различия в активности ароматазы при различных фенотипах СПКЯ. По данным ряда современных исследований, активность ароматазы, как ключевого фермента стероидогенеза может колебаться от нормальной до значений, соответствующих умеренному дефициту. Дефицит ароматазы, как ключевой фактор нарушения стероидогенеза при СПКЯ, в настоящее время исключается. Тем не менее, исследования также показали, что активность яичниковой ароматазы неоднозначна при различных фенотипах заболевания, что может свидетельствовать об изменении активности одного из ключевых ферментов стероидогенеза при патогенетических механизмах формирования той или другой формы заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. С.У. Иргашева, Д.В. Гуламмахмудова, М.М. Алиева. Сравнительная оценка клинических показателей различных форм поликистоза яичников. *Новости дерматовенерологии и репродуктивное здоровье*, 2017 г, № 4, с.59-60
2. Иргашева С.У., Алиева М.М., Курбанова Д.А., Мирзаева Ю.К. Состояние овариального резерва у женщин с синдромом поликистозных яичников – *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*, 2020, №1-2, с. 37-39.
3. Е.М. Тимофеева, Е.В. Мишарина, И.П. Николаенков, Я.А. Самойлович, Н.Н. Ткаченко. Методические подходы к определению овариальной ароматазы при синдроме поликистозных яичников. // *Акушерства и женских болезней*. 2016 № 1 С. 54-61
4. The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS) // *Hum. Reprod.* 2004. Vol. 19, N 1. P. 41–47.
5. И. П. Николаенков, В.В. Потин, М. А. Тарасова, М. И. Ярмолинская, Н.Н. Ткаченко, Я. А. Самойлович, Е. М. Тимофеева. Активность овариальной ароматазы у больных синдромом поликистозных яичников. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2014 № 1. С.10-15.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Ш.М. Садуакасова, С.М. Асанова, Н.Б. Әбілхан, Б.Д. Дәрібай, А.Н. Зиноллаева, Д.И. Пай, М.В. Садовская, А.Д. Шоколова

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра акушерства и гинекологии г. Алматы, Казахстан*

Актуальность Эндометриоз яичников является актуальной проблемой современной гинекологии, что связано с высокой частотой встречаемости до 37%, выраженными клиническими симптомами, частотой рецидива – 19.2-47%. Среди женщин раннего репродуктивного возраста 19-35 лет частота эндометриоза составляет 10-15%. Для лечения эндометриоза яичников применяется комбинированная терапия – хирургическое лечение в сочетании с гормонотерапией. В исследованиях современных авторов показано, что у пациенток с эндометриозом яичников, ОР снижен исходно. В послеоперационном периоде основная роль принадлежит гормонотерапии. Агонисты ГнРГ до недавнего времени считались препаратами первой линии при лечении эндометриоза, но для этой группы препаратов характерен ряд побочных эффектов. В последние годы в клинической практике для адьювантной терапии эндометриоза широко применяется препарат диеногест, рекомендованный в качестве монотерапии в Японии, Европе и других странах. Несмотря на применение различных методов лечения эндометриоза, в частности эндометриоза яичников, частота наступления беременности при данной патологии остается невысокой.

Цель исследования Оценить репродуктивную функцию пациенток, оперированных с эндометриозом яичников

Материалы и методы исследования Согласно нашего дизайна исследования в обследование были включены 63 женщины репродуктивного возраста с эндометриозом яичников и 30 женщин контрольной группы. На 1-ом этапе всем 63 пациенткам проведено оперативное лечение эндометриоидных кист яичника. На 2-ом этапе все 63 пациентки получали в послеоперационном периоде адьювантную гормональную терапию с целью реабилитации и профилактики рецидивов. 1-ая группа - 30 женщин с ЭКЯ в послеоперационном периоде получали агонисты ГнРГ внутримышечно 1 раз в 28 дней в течение 3 менструальных циклов, 2-ая группа - 33 женщины с ЭКЯ в послеоперационном периоде принимали диеногест в дозе 2 мг перорально в непрерывном режиме в течение 6 месяцев, 3 группа - 30 женщин контрольной группы. Применялись клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования. Лабораторные методы исследования включали определение концентрации гормонов в сыворотке крови методом ИФА (ФСГ, эстрадиола,) антимюллерова гормона (АМГ) до операции и через 6 месяцев после операции.

Результаты исследования Средний возраст пациенток составил 31,5 лет. При достаточно высокой эффективности агонистов ГнРГ в отношении регресса очагов эндометриоза и уменьшения клинической симптоматики заболевания, препараты имеют достаточно выраженные побочные эффекты, что не позволяет применять их в течение длительного времени. Гипоэстрогенное состояние способствует развитию таких симптомов как «приливы», сухость слизистой влагалища, деминерализация костей. Высокая эффективность диеногеста в терапии и профилактике рецидивов при эндометриозе связана с антиэстрогенным, антипролиферативным противовоспалительным действием, нормализацией локальных иммунных нарушений и антиангиогенным воздействием. Гормональными параметрами овариального резерва являлись уровень ФСГ, эстрадиола и АМГ до операции и через 6 месяцев после операции. При сравнении уровня ФСГ до операции и через 6 месяцев после операции статистически значимого достоверного снижения или повышения уровня не выявлено, концентрация гормона была

в пределах нормативных значений в обеих клинических группах, что составило 7,2 МЕд/мл и 7,0 МЕд/мл соответственно группам, в контрольной группе – 6,9 МЕд/мл. При сравнении концентрации эстрадиола до операции и через 6 месяцев после операции статистически значимого достоверного снижения или повышения уровня не выявлено, концентрация гормона была в пределах нормативных значений в обеих клинических группах, что составило 190,0 пмоль/л и 201,0 пмоль/л соответственно группам, тогда как исходные данные составляли 202,0 и 212,0 пмоль/л соответственно группам, в группе контроля 182,0 пмоль/л. Определение концентрации АМГ в сыворотке крови является наиболее точным показателем овариального резерва, является величиной, независимой от использования гормональных препаратов. Уровень АМГ через 6 месяцев после операции составил 3,8 нг/мл и 4,0 нг/мл при исходных показателях 3,9 нг/мл и 4,2 нг/мл соответственно группам, в контрольной группе – 7,2 нг/мл. Частота наступления беременности через год после операции в 1-ой группе составила 30,0% (n=9), тогда как во 2-ой группе показатель составил 39,3% (n=13), то есть во 2-ой группе частота наступления беременности была выше, но не имела достоверно значимых различий в сравнении с 1-ой группой, что согласуется с данными литературы, что после завершения терапии диеногестом беременность наступила в 33%, после отмены трипторелина – в 29% случаев, что свидетельствует о том, что лечение диеногестом не уступает по эффективности а-ГнРГ. При анализе частоты наступления беременности естественным путем после проведенного комбинированного лечения данный показатель составил в 1-ой группе – 10,0% (n=3), во 2-ой группе – 12,1% (n=4). Наступление беременности путем экстракорпорального оплодотворения наблюдалась в 20,0% (n=6) в 1-ой группе и в 27,2% (n=9). При анализе частоты побочных эффектов выявлено, что у половины пациенток 1-ой группы с эндометриозом яичников отмечались такие побочные эффекты как «приливы» в 53,3% (n=16), потливость в 50,0% (n=15), изменения настроения в 40,0% (n=12), снижение либидо в 53,3% (n=16), тогда как во 2-ой группе частота таких побочных эффектов, как «приливы» составила 15,1% (n=5) и ухудшение настроения 12,1% (n=4).

Выводы Таким образом, через 6 месяцев после наблюдения выявлено, что цистэктомия не оказывает существенного влияния на уровень ФСГ, эстрадиола и АМГ. Важное значение имеет своевременное начало адъювантной терапии в послеоперационном периоде, что способствует ранней реабилитации, позволяет сохранить овариальный резерв и улучшить репродуктивный потенциал.

ОТЧЁТ ПО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОМУ АУДИТУ ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2022 ГОД

*Н.Е. Саматова, К.К. Джаксалыкова, Б.Т. Карин
НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан*

Актуальность: Конфиденциальный аудит перинатальной смертности - это процесс оценки факторов, приводящих к перинатальным потерям и выявление резервов по снижению смертности в перинатальном периоде. А также современная форма управления качеством медицинской помощи в неонатологии по всей стране. Проводимые онлайн сессии перинатального аудита способствуют развитию неонатальной службы всей страны, что в свою очередь приводит к снижению перинатальной смертности в РК. Другим важным аспектом является уменьшение осложнений неонатального периода и улучшение качества жизни пациентов в будущем. Онлайн сессии перинатального аудита проводятся в формате обучения; избегается культура наказания и осуждения.

Объект: Перинатальный аудит охватывает всю Республику Казахстан. Онлайн сессии аудита посещают не только неонатологи из разных регионов Казахстана, но и слушатели из других республик, таких, как Монголия, Азербайджан, Кыргызстан и другие.

Цели: Целью перинатального аудита являются выявление факторов и резервов снижения перинатальной смертности и, непосредственно, снижение перинатальной смертности, улучшение качества работы неонатологов РК, предотвращение повторения ошибок при лечении пациентов, обучение неонатологов: врачей, руководителей, резидентов.

Методы: Анонимизированные истории болезни умерших новорожденных отправляются из различных регионов Республики Казахстан в Центральную комиссию, а затем качество и объем перинатальной помощи анализируется с точки зрения доказательной медицины, проводится экспертная оценка на онлайн сессиях перинатального аудита. По результатам аудита выявляются резервы снижения перинатальной смертности и ошибки в ведении новорожденных и оформления документации. Факторы риска категорируются и вычисляются статистически по факторам риска по состоянию здоровья матери, по ведению новорожденного, по организации медицинской помощи. Качество оказываемой помощи в свою очередь категорируется на субоптимальные помощи. Результаты и выводы внедряются в практическую работу. Также разрабатываются рекомендации для неонатологов, клинические протокола, методички и др.

Результаты: В прошлом году было проведено 46 сессий онлайн-аудита, одобренных Министерством здравоохранения РК: из них 33 – рецензии на истории умерших детей; 2 промежуточных отчета; 11 лекций по актуальным темам и распространенным ошибкам; также на сессиях перинатального аудита выступали 5 иностранных специалистов: из Литвы, Франции, Азербайджана, Германии и России. Максимальное количество участников составило 100. Это максимальное количество, разрешенное на платформе Zoom, на котором проводятся онлайн сессии. Минимальное количество участников составило 48 человек, среднее количество участников всех сессий - 78 человек. Исходы классифицируются по факторам, которые способствовали смерти, и уровням субоптимального ухода. По результатам аудита 10% - 1 уровень субоптимальной помощи - другое лечение не повлияло бы на конечный результат, 45% - 2 уровень субоптимальной помощи - другое лечение могло бы повлиять на конечный результат и 45% - 3 уровень субоптимальной помощи - другое лечение должно было повлиять на конечный результат. Необходима дальнейшая работа над снижением количества 2-3 уровня субоптимальной помощи и увеличение процента 1 уровня субоптимальной помощи. Были выявлены наиболее распространенные ошибки, такие, как либеральное использование

трансфузий, либеральная инфузия, некорректная стабилизация гемодинамики, длительная и нерациональная антибактериальная терапия, несвоевременная коррекция уровня электролитов. Выявление ошибок в ведении новорожденных, оформлении документации и организации медицинской помощи, помогает уменьшить количество повторения ошибок с помощью обучения неонатологов, руководителей, резидентов по всей РК, что является инструментом снижения перинатальных потерь. Выявляются резервы по снижению перинатальной смертности и ведется работа над внедрением выводов в практику. Из управляемых факторов риска, приводящим к перинатальным потерям, можно отметить отсутствие проведения ЭхоКГ при наличии показаний (17%), неадекватная коррекция водно-электролитного баланса (33%), неадекватная коррекция кислотно-щелочного состояния новорожденного (44%) и др.

По результатам перинатального аудита были разработаны рекомендации для неонатологов по стабилизации состояния недоношенных детей в родильном отделении, поддержке гемодинамики, респираторной поддержке и другим вопросам; а также рекомендации и предложения на уровне администрации медицинской организации/департамента здравоохранения. Также по результатам конфиденциального аудита были предложены научные темы для последипломного образования, такие, как «Поддержка гемодинамики новорожденных», и новые клинические протоколы по цитомегаловирусной инфекции и другие. Кроме того, были опубликованы лицензированные рекомендации по «Профилактике катетер-ассоциированных инфекций» и «Профилактике вентиляция ассоциированных пневмоний». На проведение онлайн сессии конфиденциального аудита по РК была получена лицензия. Также разработаны специальные сертификаты для активных участников.

Вывод: В стране имеется достаточно резервов для сокращения неонатальной смертности за счет улучшения качества ухода и ведения новорожденных детей, особенно недоношенным детям и детям с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Конфиденциальный аудит показал, что существующие резервы снижения неонатальных потерь поддаются управлению и в основном связаны с уровнем профессионализма, знаний и опыта персонала. Совместные клинические обзоры и обсуждение перинатальных потерь на основе результатов аудита, разработка практических рекомендаций и инструментов оценки могут улучшить качество предоставляемой медицинской помощи, что приводит к снижению смертности.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРИИ ПО ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЮ В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ. ОПЫТ УЗБЕКИСТАНА

М.М. Файзырахманова

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Перспективным и современным направлением совершенствования скрининговых программ является внедрение новых технологий и методов исследований. После установления роли вируса папилломы человека (ВПЧ) в цервикальном канцерогенезе во многих странах стали активно включать тестирование на ВПЧ высокого онкогенного риска в программы скрининга РШМ. В ряде проспективных исследований продемонстрировано, что отрицательный ВПЧ-тест прогнозирует отсутствие РШМ в течение следующих 5 лет. Наблюдения последних лет показали, что использование только ВПЧ-теста в качестве скринингового метода у женщин старше 25 лет имеет равнозначную эффективность по сравнению с гибридным скринингом, при котором в возрасте 25-29 лет проводят только цитологическое исследование, а в группе старше 30 лет дополнительно выполняют ВПЧ-тест. Природа рака шейки матки рассматривается как последовательный многоступенчатый процесс: от неизмененного эпителия шейки матки через папилломовирусную инфекцию до интраэпителиальной неоплазии и до инвазивного рака. Длительность этого процесса от преинвазивной стадии до инвазивного рака, как предполагается, занимает до 10 лет. Хороший скрининговый тест должен быть точным, воспроизводимым, недорогим, простым в исполнении, приемлемым и безопасным, должен обладать достаточной специфичностью, чувствительностью и высокой прогностической ценностью. С учетом высокой распространенности РШМ и факта, что ВПЧ-тестирование является эффективным методом для ранней диагностики предраковых и раковых заболеваний шейки матки, в республике Узбекистан была разработана и внедрена пилотная скрининговая программа, которая была осуществлена в республике Каракалпакстан. Скрининговая программа была разработана национальной рабочей группой под руководством Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан в тесном сотрудничестве с экспертами ВОЗ, ЮНФПА и при их техническом руководстве.

Цель исследования. Обобщение результатов работы лаборатории в пилотном проекте по скринингу РШМ методом ВПЧ-тестирования в Республике Каракалпакстан и оценка эффективности проведенных исследований.

Материалы и методы исследования. В Республике Каракалпакстан соответствии с Совместной программой ПРООН-ЮНФПА «Укрепление жизнестойкости местных сообществ в регионе Приаралья к экологическим, экономическим уязвимостям» для участия в пилотном проекте были отобраны 50.000 женщин. Скрининг проводился для женщин в возрастной категории с 30 по 55 лет. В пилотном проекте был применен молекулярный метод ВПЧ-тестирования с учетом таких факторов как: 1 - в тесте должна выполняться мультиплексная амплификация целевой ДНК в полимеразной цепной реакции (ПЦР) реального времени 14 типов ВПЧ высокого онкогенного риска в одном анализе, 2- тест должен осуществлять специфическую идентификацию типов HPV 16 и HPV 18/45 и сообщает о наличии других 11 типов вируса высокого онкогенного риска (31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68) в виде объединенного результата, 3 – при работе на системе должен быть минимум субъективных ошибок, 4 -быстрое проведение теста, 5 - контроль адекватности образца (Sample adequacy control, SAC) для подтверждения наличия в образцах человеческой ДНК, 6 – высокая чувствительность и специфичность. Согласно

этим требованиям национальной рабочей группой был выбран тест Xpert HPV Assay, который представляет собой качественный *in vitro* диагностический тест для обнаружения региона E6/E7 в геномной ДНК ВПЧ высокого онкогенного риска в образцах, полученных у пациентов. Национальными экспертами в тесном сотрудничестве с экспертами ВОЗ, ЮНФПА был выбран регион – Республика Каракалпакстан. Восемь лабораторий проводили тестирование на ВПЧ в образцах, собранных клиницистами и отправленных в транспортной среде PreservCyt® Solution для тестирования на ДНК ВПЧ. Всего было задействовано в Республике Каракалпакстан 10 регионов. Лаборатории были размещены в поликлиниках. В каждом регионе были подготовлены по 2-3 специалиста с высшим образованием по специальности «клиническая лабораторная диагностика». Всего – 19. Обучение персонала было проведено специалистом национальной рабочей группы совместно с экспертами ВОЗ и технической поддержкой ЮНФПА в г. Нукусе в виде двухдневного тренинга, так же было проведено Online обучение со специалистами Serheid. При инсталляции оборудования проведено обучение работе на приборах инженерами Serheid. Всем специалистам по окончании обучения выданы сертификаты. Обратная связь и техническая поддержка обеспечивалась с применением социальной сети – Телеграм канал, была создана группа, где решались технические вопросы, была налажена связь с инженером, Zoom связь с технической поддержкой (Serheid), регулярно проводилось мониторингирование на местах, был организован выезд специалиста Serheid на места. Особое внимание уделялось мониторингированию на местах. Надлежащий мониторинг предупреждал всех участников проекта о возможных проблемных местах и скорейшей их ликвидации. В ходе скрининга был проведен межлабораторный контроль качества (КК), который является частью системы управления качеством и используется для проверки аналитического этапа исследований. Результат межлабораторного контроля качества показал 100 % валидность. При разработке и в ходе проведения пилотного проекта был создан пакет документов, который послужит помощью в разработке модели Национальной программы скрининга рака шейки матки.

Результаты исследования. За период с июля 2021 года до марта 2022 года по пилотному проекту было проведено скрининговое исследование 48788 жительниц Республики Каракалпакстан в возрасте от 30 до 55 лет на наличие вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого риска онкогенности, что составило 97,15 % из запланированных 50 000. Из проведенного исследования выявлено наличие высокоонкогенных типов ВПЧ у 3304 пациенток, что составило 6,77 % от общего числа обследуемых женщин. Следует отметить, что из запланированных 50000 исследований было фактически проведено 50219, т.к. по субъективным причинам 219 тестов были поставлены в Республику Каракалпакстан. Из них 48788 пришлось на проведение анализов женщинам, а 1175 были в виде ошибки, недействительного анализа или отсутствия результата, что составило 2,34%. Повторных анализов за весь период было проведено 961 пациенткам и 21 тест были использованы для обучения и контроля качества, что в целом составило 2,85 %. Известно, что обязательным условием эффективности скрининга является охват населения не менее 80% от запланированного, в проведенном пилотном проекте охват приближен к 100%. Широта охвата женщин, участвующих в пилотном проекте была обеспечена командной работой национальных экспертов, участников проекта, специалистов ВОЗ и ЮНФПА при поддержке МЗ Узбекистана и РК и руководителей клиник с применением средств массовой информации, телевидения, социальных сетей и бумажных носителей.

Выводы. Впервые в Республике Узбекистан успешно был проведен пилотный проект организованного скрининга рака шейки матки с применением ВПЧ–тестирования. Впервые внедрен организованный скрининг рака шейки матки. Выбор метода скрининга - ВПЧ диагностика, позволяющий определить 14 высокоонкогенных типов. Охват женщин в проекте был приближен к 100 %. Применение новых скрининговых технологий, при помощи простых и стандартизованных методов, показывает эффективные результаты, направленные на снижение заболеваемости

и смертности женщин. Успешный опыт реализации пилотного проекта позволяет рекомендовать внедрение ВПЧ-тестирования в обязательный этап скрининга населения. Опыт, полученный в ходе реализации проекта на этапе организации и оснащении лабораторий, подготовки специалистов окажет содействие, в дальнейшем, успешному проведению скрининговых программ на Национальном уровне. Вместе с тем необходимо проведение дальнейших мероприятий по мониторингу и дальнейшему дообследованию ВПЧ-положительных пациентов в прикрепленных медицинских организациях с созданием реестра ВПЧ-положительных пациентов и контролем за движением онкоскрининга, также необходимо продолжить начатую работу по проведению семинаров, обучающих мастер - классов, конференций для медицинских работников с целью повышения уровня информатизации, сотрудничества и преемственности между медицинскими организациями.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАВАГИНАЛЬНОЙ HIFU ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ, СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И СИНДРОМА ШИРОКОГО ВЛАГАЛИЩА.

*Khairusheva I., MD Apolikhina I.
Aesthetic surgery clinic «Tulip Medicine»*

Резюме:

В данной статье рассмотрено клиническое применение интравагинальной HIFU терапии для лечения урогенитальной атрофии, стрессового недержания мочи и синдрома широкого влагалища.

Использование высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука - это новый метод лечения в гинекологии, который оказывает регенеративное тепловое воздействие на поверхностные ткани влагалища, а также на более глубокие слои, недоступные для лазерного и радиочастотного воздействия в силу их физической природы. Результаты этого исследования с участием группы из 30 пациентов, прошедших клиническое обследование, а также гистологическое, иммуногистохимическое и ультразвуковое исследования, подтверждают предположения о его эффективном и безопасном терапевтическом эффекте и к положительным и обоснованным выводам, чтобы считать его использование необходимым в качестве предпочтительной терапии или дополнение к лазерной и другой терапии с опубликованными доказательствами.

У 80-90% пациенток, участвовавших в исследовании, терапевтический ответ уже был после двух амбулаторных сеансов безболезненного интравагинального лечения. Последующий контроль подтверждает сохранение достигнутых результатов в течение 6 месяцев после процедуры.

Мы считаем целесообразным продолжить мониторинг пациентов и создание новых, перспективных и сравнительных протоколов, оценивающих HIFU по сравнению с другими методами теплового воздействия и с использованием действующего золотого стандарта при урогенитальной атрофии: эстриола. Результаты перспективны и мотивируют на проведение дальнейших исследований.

Ключевые слова

Высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук; микросфокусированный ультразвук, HIFU технология, MFU технология, ГУМС, вульвовагинальная атрофия; стрессовое недержание мочи; сексуальная дисфункция; пролапс гениталий.

Введение

Стимуляция регенерации тканей урогенитального тракта при помощи устройств на основе подачи тепловой энергии применяется в гинекологии для лечения синдрома вульвовагинальной атрофии, синдрома релаксированного влагалища, пролапса гениталий и при легкой и умеренной степени стрессового недержания мочи.

В мировой практике представлены многочисленные гистологические и клинические данные [1-4], которые доказывают восстановление тканей мочевого тракта после аппаратного теплового воздействия. Международные ассоциации акушеров и гинекологов, многократно представляют такие исследования. Дискуссии о том, какой метод лечения более эффективен и безопасен продолжаются [5-6].

В основе предлагаемого способа лежит применение HIFU –неинвазивной процедуры с использованием контролируемого и регулируемого термического воздействия высокоинтенсивной сфокусированной ультразвуковой волны. В данном исследовании используется частный вид технологии HIFU – микросфокусированный ультразвук (MFU), характеризующийся минималь-

ным воздействием энергии кавитации, а также использующий гораздо меньшую энергию воздействия на ткани: 0,4 – 1,5 Дж/м², по сравнению с видом HIFU использующийся для SMAS лифтинга тканей лица и тела в эстетической косметологии. В данном исследовании микросфокусированный ультразвук воздействует на подслизистую ткань влагалища на известной глубине 1,5 мм, 3,0 мм и 4,5 мм вглубь, без повреждения внешней поверхности слизистой оболочки влагалища, где лазеры и радиочастоты не оказывают воздействия. Учитывая длину волны, CO₂ и эрбиевый лазеры сосредотачивают свою энергию на слизистой оболочке и не действуют на участки за ее пределами [7]. Нужного эффекта микросфокусированный ультразвук достигает преимущественно за счет тепловой энергии [8-9].

Термическое воздействие HIFU (MFU) приводит к формированию точек термической коагуляции в подслизистой и нижележащих структурах влагалища (собственно - фасциальной пластине влагалища, мышцах влагалища, прилегающих к влагалищу фасции и мышцы малого таза). Это происходит за счет нагрева ткани до 60-70 градусов, что вызывает точечную коагуляцию белка, приводит к нагреванию коллагена и мгновенному его сокращению. Данное воздействие способствует образованию нового коллагена, стимуляции фибробластов, которое продолжается во времени до 30 дней, и приводит к общему улучшению плотности и эластичности собственной пластины и суперфасциального мышечного слоя (SMAS) влагалища и малого таза на глубине от 3 до 5 мм, нормализацию кровообращения в зоне гипоксии.

Регенерация данных точечных посткоагуляционных повреждений влечет за собой формирование новых коллагеновых волокон, создающих структурный «каркас» в собственно-фасциальной пластине влагалища и прилегающих фасциях, мышцах малого таза. Рассеивающая ультразвуковая энергия до зоны и после зоны фокусировки, за счет механического воздействия обусловлена высокочастотными колебаниями, которые передаются тканям, контактирующим с излучателем ультразвука, что способствует микровибрациям, т.е. микромассажу на клеточном и субклеточном уровне; за счет теплового воздействия, возникающего в результате трансформации части поглощенной энергии ультразвуковых волн в тепло, температура тканей повышается, что сопровождается изменением активности ферментов, скорости биохимических реакций, диффузионных процессов, улучшением местного кровообращения и улучшением метаболизма тканей. За счет физико-химического эффекта увеличиваются и восстанавливаются окислительно-восстановительные процессы в клетках тканей, способствуя их регенерации и репарации. Кроме того, импульсами сфокусированного ультразвука удаётся активировать нервно-рецепторные структуры человека, возбуждения без риска их разрушения, что способствует восстановлению иннервации в зоне воздействия HIFU [10].

Дальнейшие исследования все еще необходимы. Опубликованные до недавнего времени клинические данные касаются только функционального восстановления слизистой оболочки влагалища, когда как важно исследование изменения более глубоких тканей, с изменением которых и связано развитие пролапсов и недержания мочи. Восстановления слизистой оболочки влагалища недостаточно, чтобы дать долгосрочные результаты в решении дисфункции тазового дна. Необходимы технологии и соответствующие исследования, доказывающие укрепление мышечно-фасциального слоя (SMAS) влагалища и промежности. Именно такого подхода мы придерживались при изучении других технологий с терапевтическими возможностями в более глубоких тканях, стремясь укрепить опорные структуры тазового дна, описанные Джоном Де-Ланси [11-15].

В настоящее время сфокусированный ультразвук нашел широкое применение в косметологии. Имеет большую доказательную базу безопасности и высокой эффективности в безоперационной подтяжке мягких тканей лица и тела [16-18].

На основе имеющихся знаний и результатов в эстетической гинекологии и косметологии, в 2015 г. был создан аппарат для лечения синдрома широкого влагалища с применением технологии HIFU в гинекологии - аппарат Ultra Vera, производства компании Hironic (Республика Корея). В аппарате Ultra Vera применяется технология микросфокусированного фокусированного

ультразвука – вид HIFU. Керамический преобразователь с вогнутой излучающей поверхностью издает высокочастотные ультразвуковые импульсы, а затем способствует образованию тепловой энергии посредством фокусирования генерируемого ультразвука, и благодаря этой операции, используется для тепловой коагуляции ткани. Данный метод неинвазивной обработки позволяет коагулировать ткани в урологии и гинекологии.

Материалы и методы

В наше исследование по применению технологии HIFU было включено 30 пациенток с вульвовагинальной атрофией, синдромом широкого влагалища, пролапсом гениталий и стрессовым типом недержания мочи легкой и средней степени тяжести. Исследование выполнялось на базе клиники эстетической хирургии «Tulip Medicine», Астана, Казахстан.

Представлен дизайн исследования и использованные протоколы лечения.

Все пациенты подписали информированное согласие на лечение.

В ходе процедур применялся Аппарат медицинский с высокоинтенсивным фокусированным ультразвуком Ultra Vega, производства Higonis, Корея (Зарегистрирован на территории Республики Казахстан, РУ № РК-МТ-5№020985) Образец и критерии включения: тридцать пациенток клиники со следующей патологией: Вульвовагинальная атрофия, синдром широкого влагалища, пролапс гениталий 1 степени и стрессовый тип недержания мочи легкой и средней степени тяжести.

Из общего числа 30 пациентов, 27 (56,66%) были клинически с диагнозом:

- Стрессовый тип недержания мочи: легкая степень недержания мочи у 23 пациенток, средней степени у 4 пациенток

- Пролапс гениталий 1 степени у 25 человек

- Вульвовагинальная атрофия у 12 пациенток.

- Синдром широкого влагалища у 3 пациенток

Возраст: от 35 до 60 лет.

Пациенткам, включенным в исследование, было назначено клиничко-лабораторное обследование – кровь на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, микроскопическое исследование отделяемого влагалища и вульвы, мазок на онкоцитологию с эндо- и экзоцервикса, УЗИ органов малого таза и мышц тазового дна. Проведена рН-метрия влагалища и заполнены анкеты-опросники.

-Диагноз стрессовый тип недержания мочи был клиническим (не уродинамическим), включающим опросники, физический осмотр, оценивающий повреждение передней стенки влагалища и использование пробы Вальсальвы и кашлевой.

Для оценки дисфункции тазового дна мы использовали ультразвуковое исследование мышц тазового дна с измерением длины уретры, высоты сухожильного центра, диастаза m.bulbospongiosus.

Пациентки с вульвовагинальной атрофией были отобраны со следующими симптомами: сухость влагалища; жжение или раздражение влагалища; рецидивирующий бактериальный вагиноз или инфекции мочевыводящих путей; диспареуния; учащенное мочеиспускание; недержание мочи при напряжении, изменение рН влагалища в щелочную сторону.

рН влагалища измеряли с помощью тест-полосок Кольпотест рН.

Опросники:

- ICIQ-SF: Международная анкета по недержанию мочи.

- PISQ-12: Пролапс тазовых органов/мочевыделительная система.

- FSFI: Индекс женской сексуальной функции

- Клиническая оценка слизистой оболочки влагалища на основе индекса вагинального здоровья.

- Биопсия правой боковой стенки влагалища выполнялась на расстоянии 3 см от входа. Проведенные гистологические исследования были окрашены гематоксилином и эозином. Иммуногистохимия с окраской эстрогенов.

Все оценки были выполнены до первой процедуры и через 60 дней после второй процедуры.

Протокол лечения

Всей группе пациентов было проведено два сеанса воздействия HIFU с интервалом 30-35 дней. В качестве оборудования использовался аппарат Ultra Vera, производства Hironic, Республика Корея (Рис.1). Оборудование позволяет менять все параметры для интравагинального воздействия.



Рис. 1. Аппарат медицинский с высокоинтенсивным фокусированным ультразвуком Ultra Vera, производства Hironic, Корея (слева) с интерфейсом выбранного режима работы (протокола лечения) и используемые картриджи с различными глубинами воздействия (справа)

Внутривагинальная ротация насадки: 0-360°; Длина линии обработки: 5-25 мм; шаг: 8°; Выходная мощность: 0,2-2,0 Дж, частота от 4 до 7 МГц.

Было выполнено две процедуры лечения на 360°, проходы выполнялись на глубине 100 мм, 75 и 50 мм. Линии были длиной 25 мм, каждая с плотностью одной фокусной точки на 1,6-2,0 мм. Угол внутривагинального поворота устройства между линиями составлял 8° (рис 2), что произвел в общей сложности 45 линий за один проход. В протоколе использовалось от 1,2 до 2,0 Дж.

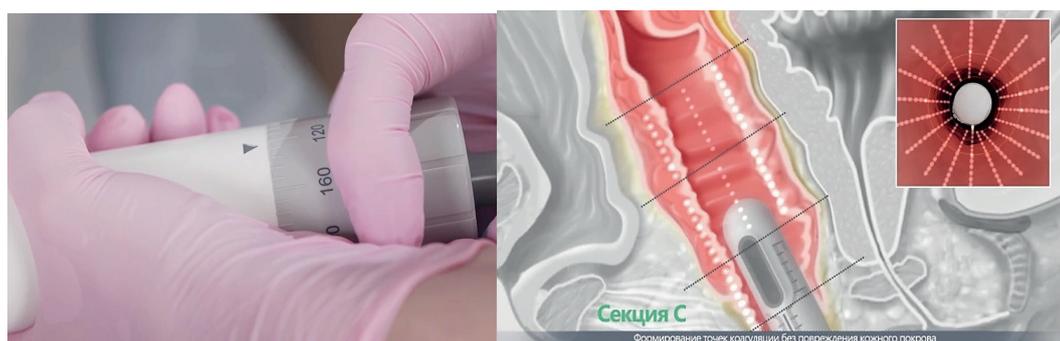


Рис. 2. Картридж аппарата Ultra Vera, подключенный к аппликатору с возможностью ротации на 360° - деление на 45 линий по 8°

Все пациенты прошли воздействие при помощи картриджей 1,5, 3,0 и 4,5 мм в зависимости от глубины влагалища.

Контроль лечения: через 2 месяца после завершения лечения была выполнена контрольная биопсия влагалища с последующим гистологическим и иммуногистохимическим анализом.

Контроль также включал физический осмотр, ультразвуковое исследование мышц тазового дна и заполнение анкет-опросников.

Полученные результаты:

Оценка эффективности лечения проводилась на основании данных гинекологического осмотра, ультразвукового исследования мышц тазового дна, гистологического и иммуногистохимического анализа. Также все пациентки прошли анкетирование до процедуры, через 1,2 и 6 месяцев на основании валидированных опросников.

Удовлетворенность результатами лечения у пациенток составила около 95%. У всей группы наблюдалось улучшение качества сексуальной жизни на 75-80%, 100% пациентов отмечают сохранение эффекта прекращения потери мочи по истечении более чем в 6 месяцев.

После двух процедур HIFU рН влагалища у пациентов с вульвовагинальной атрофией изменилось в среднем с 5,8-6,8 до 4,4.

Все 2 процедуры хорошо переносились пациентками, во время и после лечения не было зарегистрировано побочных эффектов и нежелательных явлений. Наблюдалось быстрое купирование имеющихся жалоб, повышение увлажненности тканей, уменьшение или купирование попадания воздуха при половом акте, повышение частоты и интенсивности оргазмов, уменьшение или купирование недержания мочи, что привело к значительному повышению качества жизни.

По результатам гистологического исследования отмечается увеличение слоев многослойного плоского эпителия, увеличение количества и глубины гребней (до 400 мкм), увеличение количества фибробластов и субэпителиальных сосудов капиллярного типа. (Рис. 3, 4)

По результатам иммуногистохимического исследования с антителами (Er SP1) определяется выраженная положительная динамика изменения многослойного плоского эпителия. Определяется выраженная ядерная экспрессия по всей толщине эпителиального пласта. Определяется увеличение количества клеток, экспрессирующих рецепторы эстрогена (Рис. 5,6).

По данным ультразвукового исследования мышц тазового дна отмечается увеличение высоты сухожильного центра, уменьшение диастаза m.bulbospongiosus, удлинение уретры. (Рис.7-9)

По данным фотофиксации до и после процедур, отмечался выраженный эффект лифтинга тканей, сужение половой щели, общее осветление и устранение дряблости кожи наружных половых органов. (Рис.10-13)

Достигнутые клинические результаты сохранялись у 100% пациенток в течение более, чем 6 месяцев после процедуры и продолжают сохраняться по настоящее время.

В подтверждение выводов ниже приведены гистологическое, иммуногистохимическое и УЗИ исследования. Объективный контроль результатов лечения представлен в таблице 1.

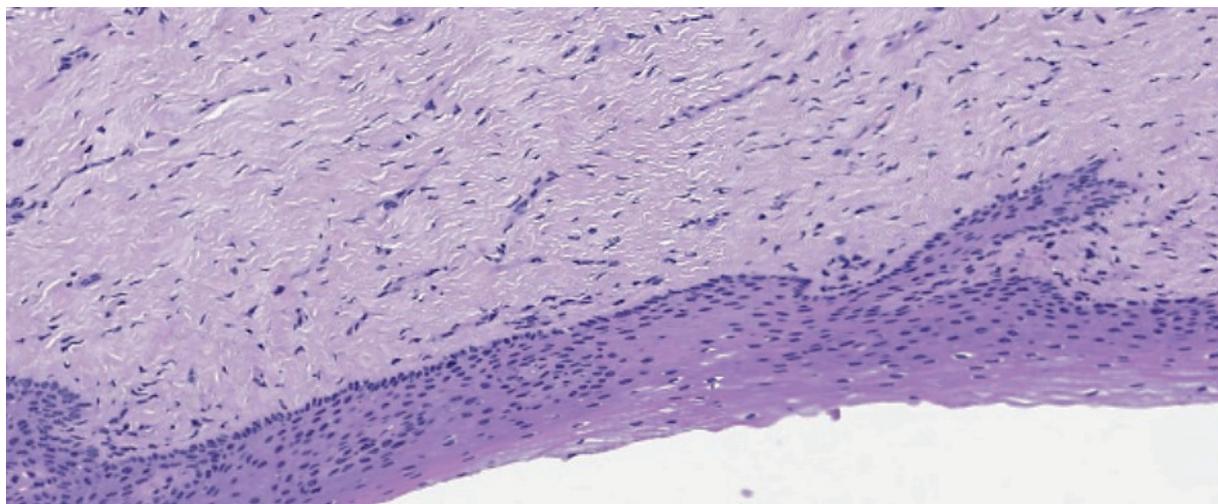
Гистологическое исследование:

Рис.3 До процедуры с применением HIFU.

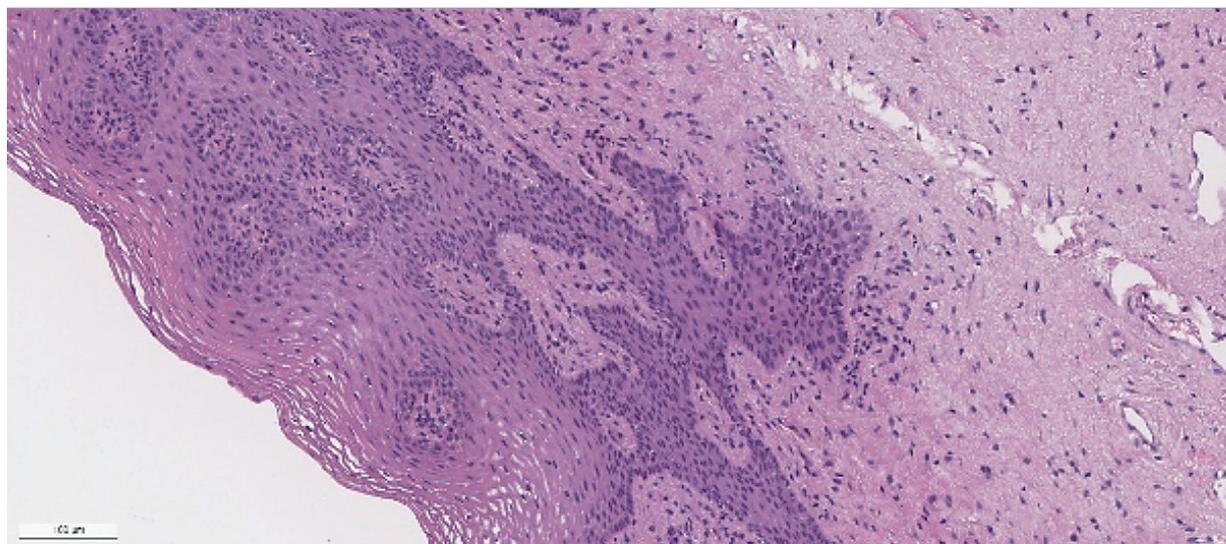


Рис.4 Спустя 2 месяца после проведения процедуры.

Иммуногистохимическое исследование:

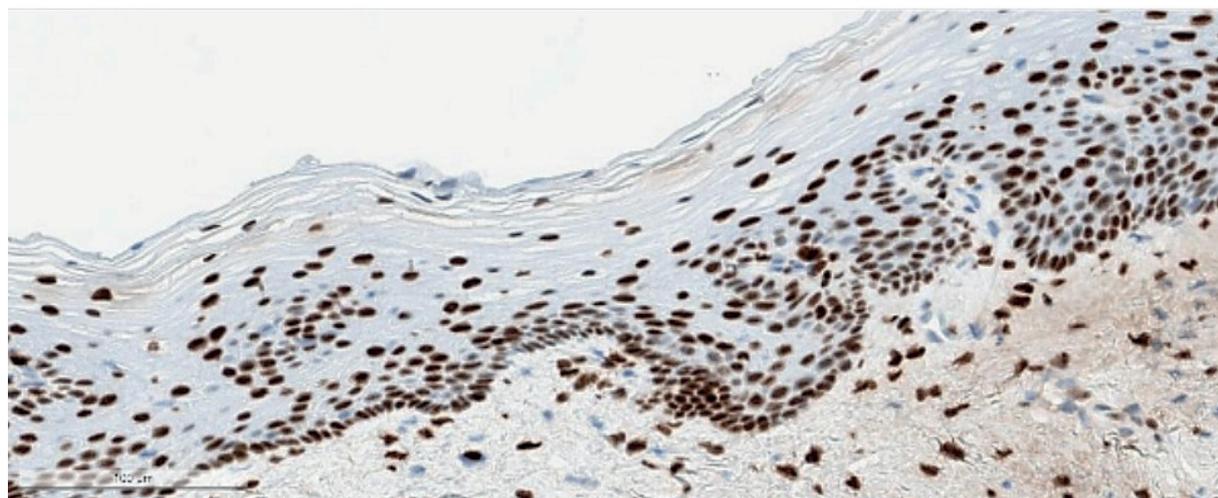


Рис.5 До процедуры с применением HIFU.

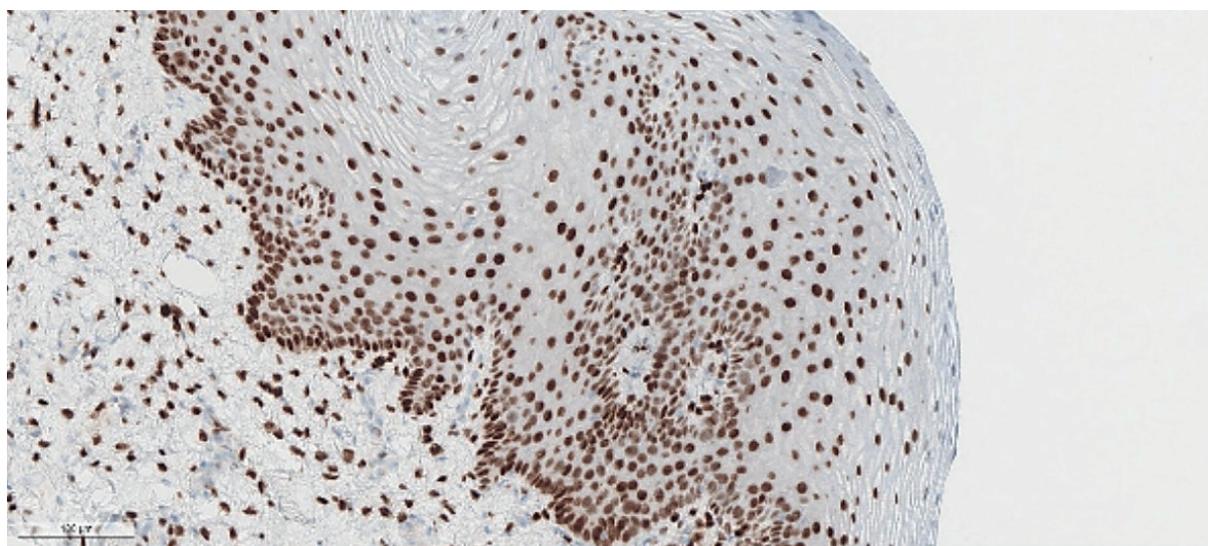


Рис.6 Спустя 2 месяца после проведения процедуры.

Ультразвуковое исследование мышц тазового дна:



Рис.7 Пример 1. Пациентка 42 года. Изменения при ультразвуковом исследовании мышц тазового дна: До процедуры с применением HIFU (слева) и Спустя 1 месяц после проведения процедуры (справа)

Таблица 1. Объективный контроль результатов лечения:

Диастаз m.bulbospongiosus на уровне сухожильного центра промежности	Длина уретры	Высота сухожильного центра промежности
До процедуры — 12,5 мм	До процедуры: — в покое 22 мм — при натуживании 14 мм	До процедуры — 5,5 мм
Сразу после 1й процедуры HIFU — 7 мм	Сразу после 1й процедуры HIFU: — в покое 25 мм — при натуживании 17 мм	Через 1 месяц - 5,5 мм
Через 1 месяц — 6,6 мм	Через 1 месяц: — в покое 22 мм — при натуживании 15 мм	Сразу после 2й процедуры HIFU — 7,7 мм
Сразу после 2й процедуры HIFU — 5,2 мм	Сразу после 2й процедуры HIFU: — в покое 29 мм — при натуживании 19 мм	

Обсуждение

Целью исследования было протестировать эту технологию регенерации в слизистой оболочке, фасциях и более глубоких мышечных тканях. Результаты исследования убедительны в отношении положительного влияния HIFU на пациентов с вульвовагинальной атрофией, синдромом широкого влагалища, пролапсом гениталий и стрессовым типом недержания мочи.

Основываясь на наших знаниях физики светового и энергетического оборудования, системы HIFU могут производить регенеративный тепловой эффект на большой глубине безопасным, заведомо известным и программируемым способом.

Целью исследования этой технологии было создание регенеративного теплового эффекта на целевых глубинах: не только в слизистой оболочки, но и фасциях, мышечных тканях, где мы находим поддерживающие элементы, которые определяют здоровье тазового дна и на которые влияют беременность, роды и гормональный дефицит.

В нашем опыте не было значительных осложнений или нежелательных побочных явлений, что согласуется с опубликованными к настоящему времени исследованиями о HIFU-терапии лица и тела [19]. Безопасность методики применения HIFU была подтверждена отсутствием отрицательной динамики многих показателей, а именно: лабораторными и инструментальными исследованиями, УЗИ мягких тканей, МРТ-диагностикой и гистологическими исследованиями. Методика, по данным гистологического исследования в месте проведения процедур, показала свою эффективность и безопасность, поскольку она запускает процесс неоколлагенеза в глубоких слоях дермы, при этом верхние слои тканей, дермы и придатки кожи остаются интактными,

что было продемонстрировано на примере применения технологии HIFU аппарата DOUBLO, производства Hironic, Республика Корея [20]

Во время применения аппарата Ultra Vera с применением сфокусированного ультразвука, не было выявлено недостатков в работе, а также ожидаемых возможных нежелательных явлений. При работе с аппаратом не возникало пожеланий в улучшении или потребности в использовании дополнительных процедур с другими технологиями. В рамках выверенного протокола лечения при применении технологии HIFU в гинекологии аппарат является самодостаточным и не требует значимых улучшений. Была отмечена высокая безопасность применения аппарата при проведении процедуры согласно протоколу лечения: при неправильном подключении или ошибках использования аппарат останавливал работу, предотвращая вероятность ожога тканей. Также были отмечены удобство использования, легкость управления, эргономичный интерфейс, позволяющий врачу не отвлекаться от проведения лечения, что повышает уровень безопасности процедуры.

Предлагаемый способ лечения стрессового и смешанного недержания мочи у женщин был выполнен у 23 женщин различной возрастной группы и при ГУМС. Результаты показали улучшение состояния у всех участвовавших в исследовании пациенток.

Изменения эпителия слизистой оболочки (расслоение и увеличение содержания гликогена в поверхностных кератиноцитах) полностью объясняют изменение pH, показанное в исследовании, и улучшение микробиоты и состояния влагалища [21]. Это изменение связано со многими положительными эффектами, достигнутыми при вульвовагинальной атрофии, благодаря выраженному тепловому эффекту, который, как мы уже знаем, вызывает еще более сильный стимул в эпителии, чем местные эстрогены.

Сексуальная жизнь и психологическое состояние всех пациентов значительно улучшилась. Согласно оценке опросников (PISQ-12 и FSFI [22-23]) [24], пациенты группы выразили большую степень удовлетворенности своим посещением врача, опросом и обратной связью. Многие из пациентов восстановили полное сексуальное удовлетворение, что является еще одним признаком того, что многие пациенты не теряют либидо. Восстановление тканей слизистой оболочки и восстановление вагинальной смазки, эластичности и податливости за счет неокollaгенеза и ангиогенеза, которые характерны для теплового эффекта, в дополнение к анатомическому восстановлению, повышают уверенность пациента и самооценку.

Регенерация слизистой оболочки влагалища и вульвы с использованием микросфокусированного ультразвука технологии HIFU визуально очевидна и подтверждается значительным улучшением Индекса вагинального здоровья.

Выводы по оценке фотографий некоторых клинических случаев из этой выборки (до и после лечения) очевидны. Регенеративный эффект заметен уже после первого сеанса лечения (Рис. 10-13).

Все участники продемонстрировали высокую приверженность лечению и его непрерывность, и большинство из них все еще находятся под наблюдением и контролем терапии в ее процессе.

Фотографии сравнения до и после процедуры применения HIFU:

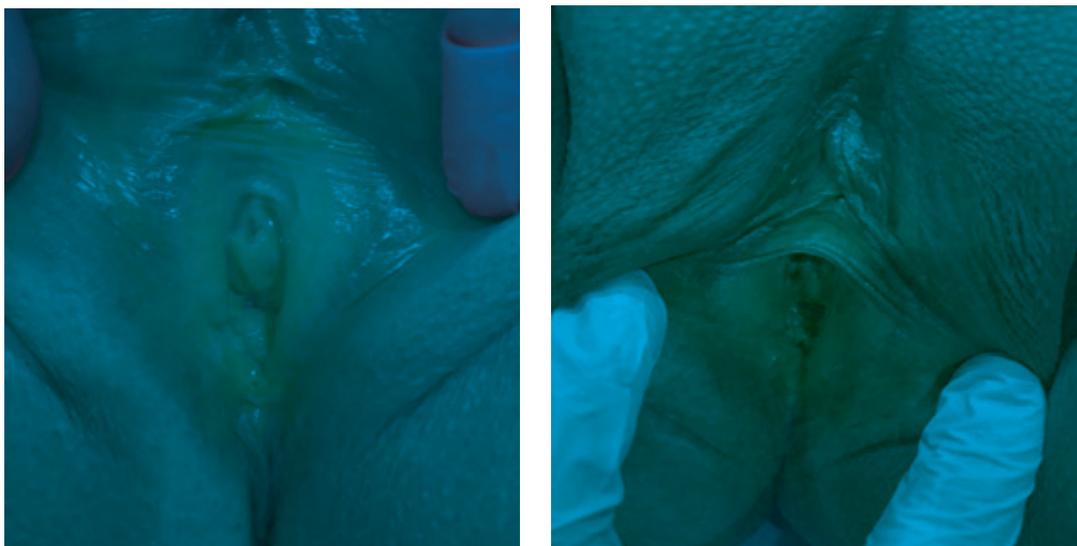


Рис. 10. Фотографии До процедуры (слева) и спустя 2 месяца после процедуры (справа)



Рис. 11. Фотографии До процедуры (слева) и спустя 2 месяца после процедуры (справа)



Рис. 12. Фотографии До процедуры (слева) и спустя 2 месяца после процедуры (справа)*Рис. 13. Фотографии До процедуры (слева) и спустя 2 месяца после процедуры (справа)***Выводы**

Технология микросфокусированного ультразвука HIFU показывает высокую клиническую эффективность и безопасность в безоперационной малоинвазивной коррекции целого ряда гинекологических заболеваний.

HIFU-терапия эффективна для стимуляции регенеративных процессов, направленных на лечение таких заболеваний, как стрессовое недержание мочи, пролапс гениталий, вульвовагинальной атрофии, синдром широкого влагалища [24]. Данная технология зарекомендовала себя как прорыв аппаратных методов в области гинекологии. Технология микросфокусированного ультразвука HIFU - самодостаточна и перекрывает собой все технологии теплового воздействия, и мы ожидаем дальнейшего развития этой технологии в области эстетической гинекологии.

Технология HIFU показала себя безопасным, эффективным и перспективным методом коррекции урогинекологических заболеваний, а также продемонстрировала высокую удовлетворенность женщин эстетическим эффектом процедуры. Исследование и наблюдение за пациентами продолжается, требуется проведения дальнейших рандомизированных клинических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Магон Н., Алинсод Р. Революционная технология неинвазивного лечения и вульвовагинального омоложения. Журнал Акушерство и гинекология Индии. 2016;66:300–2
2. Садик Н., Ротхаус К.О. Эстетическое применение радиочастот Устройства. Клиники пластической хирургии. 2016; 43: 557–65.
3. Диллон Б., Дмоховски Р. Радиочастота для лечения стресса недержание мочи у женщин. Текущий Урологические отчеты. 2009; 10: 369–74.
4. Кричман М., Роуэн К.Г., Аллан Б.Б. и др. Эффект однократного лечения, радиочастотная терапия с поверхностным охлаждением. Женская сексуальная функция: Рандомизированное контролируемое исследование VIVEVE I. Журнал сексуальной медицины. 2017;14:215-25.
5. Ведение симптоматических вульвовагинальная атрофия: заявление о позиции 2013 г. Североамериканского общества менопаузы. Менопауза 2013;20(9):888–902; викторина 903– 904.
6. Портман Д.Дж., Гасс М.Л. Мочеполовой синдром климактерического периода: Новое. Терминология вульвовагинальной атрофии Международное общество изучения Сексуальное здоровье женщин и Север Американское общество менопаузы. Вульвовагинальный Консенсус по терминологии атрофии Панель. Менопауза 2014; 21 (10): 1063–1068.
7. Гаспар А., Аддамо Г., Брэнди Н. Вагинальный фракционный CO₂-лазер: А малоин-

вазивный вариант вагинального омоложение. Американский журнал косметики Хирургия 2011;28(3):156–162.

8. Алам, М.; Белый, ЮВ; Мартин, Н.; Уизерспун, Дж.; Ю, С.; Уэст, Д.П. Ультразвуковая подтяжка кожи лица и шеи: слепой анализ проспективного когортного исследования. Дж. Ам - акад. дерм. 2010, 62, 262–269.

9. Юсова Ж.Ю., Степанова Т.В - Микрофокусированный ультразвук в комбинации с PRP-терапией в коррекции инволютивных изменений кожи. Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2020;(4): 34-40

10. Григорьевская Л.А., Веткина И.Е., Горбунова Е.А. – Способ нехирургического лечения стрессового и смешанного типа недержания мочи у женщин фокусированным ультразвуком. Патент на изобретение RU 2710858 С1, 14.01.2020. Заявка № 2019101843 от 23.01.2019.

11. Петрос П. Интегральная система. Центральноевропейский журнал урологии 2011;64:110–19.

12. ДеЛэнси Дж. О. Структурный поддержка уретры в связи со стрессом недержание мочи: гамак гипотеза. [Комментарий] Американский журнал Акушерство и гинекология. 1994; 170:1713.

13. ДеЛэнси Дж. О. Структурный анатомия отдела таза. Американский журнал акушерства и гинекологии. 1999;180:815.

14. ДеЛэнси Дж. О., Кирни Р., Чоу Кью и др. Внешний вид аномалии мышц при магнитном резонансе изображения после вагинальных родов. Акушерство и Гинекология. 2003;101:46–53

15. ДеЛэнси Дж. О. Функциональная анатомия тазового дна и нижней части Мочеиспускательный канал. – Функциональная анатомия тазового дна и нижнего уретрального тракта [по состоянию на октябрь 08 2018].

16. Альстер, Т.С.; Танзи, Е.Л. - Неинвазивная подтяжка кожи рук, бедер и коленей с помощью чрескожного интенсивного сфокусированного ультразвука. Журнал дерматологической хирургии / 2012, 38, 754–759.

17. Пак Хёнчуль, Ким Ынджин и др. Высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук для лечения морщин и дряблости кожи в семи разных областях лица. Журнал Косметическая и лазерная терапия. 2012 Декабрь; 14 (6): 290-5

18. Ли Х.С., Янг В.С. и др. - Многопроходная ультразвуковая подтяжка кожи дряблость нижней части лица и шеи. Дерматологическая хирургия. 2012 Январь; 38 (1): 20-7

19. Фридман Д.П., Буржуа Г.П., и другие. Осложнения от микрофокуса чрескожное УЗИ: серия случаев и Обзор литературы. Лазеры в хирургии и лекарственное средство. 2018 янв;50(1):13-19

20. Сурикин С.И. Круглова Л.С. Грязнева Н.В. – Высокочастотный сфокусированный ультразвук (HIFU): Учебно-методическое пособие. – Оценка безопасности использования технологии HIFU. – М.: РИО ЦГМА, 2021, с. 11-15.

21. Х.А. Эхас; М. Галич; Г. Корин; П. Гарсия - Лечение атрофии, гиперэластичности влаглаща и стрессового недержания мочи методом интравагинальной HIFU-терапии - Международный журнал исследований в области акушерства и гинекологии (IJOGR) - Том 6 (2019) №2, стр. 735-765

22. Эспуна Понс М., Пуч Клота М., и другие. Опросник для оценки полового функции у женщин с пролапсом гениталий и/или недержание. Проверка испанского версия «Пролапс тазовых органов/мочевыделительная система». Опросник сексуального недержания мочи (PISQ12) «. Урологические акты Испании. Том 32. № 2 февраль 2008 г.

23. Блюмель Дж. Э., Бинфа Л. и др. Признак женской сексуальной функции: Тест для определения сексуальности (FSFI). Чилийский журнал акушерства и гинекологии 2004 г.; 69(2):118-125

24. Аполихина И.А., Горбунова Е.А. и др. Адаптированная и усовершенствованная терминология в эстетической терминологии. Приложение к журналу «Акушерство и гинекология»; № 11. 2022. С. 3-27.

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДА ТҰРАТЫН ӘЙЕЛДЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІК ҚЫЗМЕТІНЕ КОРОНАВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ӘСЕРІ

С.С. Худайбергенова, Р.Г. Нурхасимова, А.К. Аязбеков

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ -түрік университетінің акушерия және гинекология кафедрасы Түркістан қ., Қазақстан

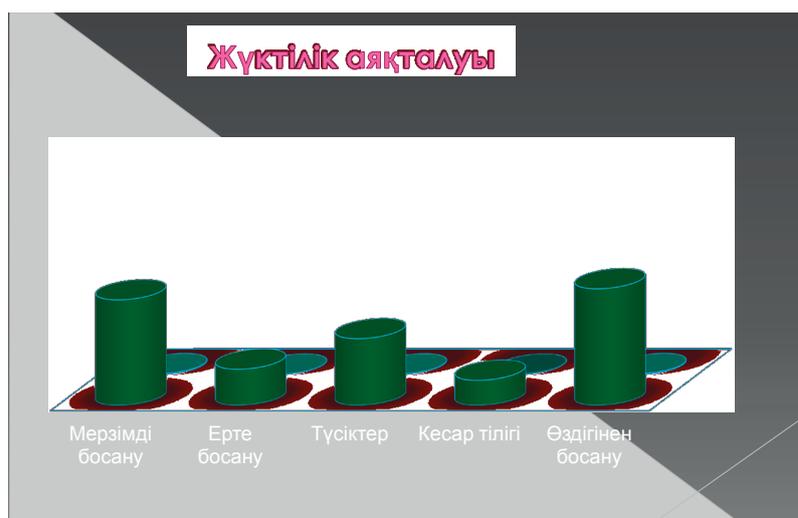
Тақырыптың өзектілігі.

Репродуктивті жүйенің әйел ағзасындағы атқаратын қызметі орасан зор екендігі баршамызға мәлім. Дегенмен, қазіргі таңда аталмыш жүйе қызметінің бұзылуы бүкіл Әлемде асқақтап отыр. Этиологиясына жүгінетін болсақ, әрине бірінші орынды инфекциялық асқынулар алады. Қазақстан Республикасының Түркістан облысында короновирустық инфекция пандемиясы кезінде жүкті, босанушы және босанған әйелдер ағзасында көптеген асқынулар дамыды. Корновирустар-РНК тасымалдаушы, жануар мен адам арасында таралатын, жоғарғы тыныс алу жолдарын зақымдайтын вирустар қатарына жатады. Негізгі зақымдаушы ұлпаларына альвеолярлық эпителий жатады. Олардың цитоплазмасында вирустар репликациясы жүреді [1].

«COVID-19» инкубациялық кезеңі 2-14 тәулік, орташа есеппен 5-7 тәулікті құрайды. Жүктілік кезіндегі иммунитеттің төмендеуі салдарынан «COVID-19»-ға шалдыққан әйелдерге бұл патология клиникасы анағұрлым ауыр өткендігіне көзіміз жетуде. Айта кетсек, жедел тыныс алу шамасыздығы дамып, ауыр түрлеріне жылдам ұласқандығы, жөтел мен дене қызуының ем аясында ұзаққа созылуы, клиника-зертханалық зерттеу нәтижелерінің патологиялық цифрларда тұрақты болуы, компьютерлік томографиялық зерттеу барысында өкпе тінінің 1-3 тәулік ішінде 60-70% -ға зақымдануы, емдік шараларға баяу көнуі [2]. Сонымен қатар, фертильді жастағы әйелдердің репродуктивті жүйе қызметтерінде көптеген асқынулардың кездесуі алаңдатады. Зерттеу мақсатында Түркістан облысындағы ауруханалардың босану бөлімдері мен гинекологиялық бөлімдерінен 252 босану тарихтарына ретроспективті талдау жасалынды. Гинекологиялық асқынулар бойынша жүктіліктің дамымай қалуы, өздігінен түсіктің 2-2,5 есеге артуы, жатырдан тыс жүктіліктің 3 есеге артуы. Акушерлік асқынулар бойынша сугіздік суаздық, мерзімінен ерте босану, патологиялық босанудың 12% -ға артуы, мекониальді қағанақ суы 34%-ға артуы, оперативтік босанудың артуы, макросомияның жиілеуі, кіндік патологияларының жиілеуі, нәрестелерде тума пневмонияның артуы байқалды.

Клиникалық ағымына қарай «COVID-19» жүкті босанушы және босанған әйелдерде жеңіл ағымда- 26,2%, орташа ағымда- 52,1%, ауыр ағымда-20%, аса ауыр ағымда-52% жиілікте кездесті.

Жүктілік және босану паритеті бойынша 1-3 жүктілік-95 (63,3%); 4-ші жүктілік- 55 (36,6%); 1-3 босану-50 (33,3%); 4-ші босану- 91 (60,7%);



Жүктіліктің аяқталуы - өздігінен босанумен-84 (56%), мерзімді босанумен-76 (50,7%) , өздігінен түсіктермен-48 (32%), мерзімінен ерте босанумен- 26 (17,3%) , оперативті босанумен-18 (12%) аяқталды.



Туылған нәрестелерде асфиксиялық асқынулар да біраз орын алды. Жеңіл дәрежелі нәресте асфиксиясы-54(36%), орта дәрежелі нәресте асфиксиясы-75(50%), ауыр дәрежелі нәресте асфиксиясы- 13(8,7%) кездесті.



Қорытынды:

Сонымен, қоршаған ортаның өзгерістері, климаттың күрт жылуы, халық шоғырлануының артуы, биотехнология мен басқа да факторлардың дамуы ауруды үдетеді. Сондай-ақ миграциялық толқындар, экономиканың глобализациялау құбылыстары жаңа инфекцияның таралуына жол ашады. Инфекциялық аурулардың эпидемиясына байланысты биологиялық қауіп-қатерлер ауқымды сипатқа ие [3]. «COVID-19» эпидемиясы ХХІ ғасырдың соңғы қатері емес. Зерттеуіміздің нәтижесі пандемия кезінде фертильді жастағы әйелдердің репродуктивті жүйе қызметінің анағұрлым бұзылыстарын байқатты. Аталмыш асқынулардың болуы еліміздің демографиялық жағдайына кері әсерін тигізеді, келер ұрпағымыздың сапалы болмауына әсер ететіндігі айдан анық. Сондықтан бұл індетті барынша жұқтырмау, алдын -алу шараларын нығайту, жүкті әйелдер денсаулық индексін жоғарылатуға жұмыстар жүргізуді талап етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Покровский ВИ, Киселев ОИ, Назаров ПГ. SARS: тяжелый острый респираторный синдром. Новый вирус, новая болезнь. Цитокины и воспаление. 2003;2(2):42–51. [Pokrovsky VI, Kiselev OI, Nazarov PG. SARS: severe acute respiratory syndrome. New virus, new disease. Tsitokiny i vospalenie = Cytokines and Inflammation. 2003;2(2):42–51 (In Russ.)]
2. Alserehi H., Wali G., Alshukairi A., Alraddadi B. Impact of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome. BMC Infect Dis. 2016; 16: 105-108.
3. Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm. <https://doi.org/10.1111/eci.13209> URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209> 5. Gu J., Han B., Jian Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ЭЛАСТИЧЕСКИХ ВОЛОКОН RS2018736 A456C ГЕНА *FBLN* В РАЗВИТИЯ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Д.А. Шомиров

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии г. Ташкент Узбекистан

Актуальность.

Наиболее частыми патологическими изменениями, требующими хирургической коррекции после гистерэктомии являются опущения стенок влагалища и несостоятельность мышц тазового дна. Пролапс культи влагалища после гистерэктомии лапаротомным доступом у женщин, ранее не имевших пролапса гениталий, составляет 2-5%. Частота выпадения купола влагалища после гистерэктомии составляет 0,2-43%.

Цель исследования.

Оценка выявляемости полиморфизмов гена системы эластических волокон rs2018736 A456C гена *FBLN* на риск развития патологии органов малого таза – развития постгистерэктомического пролапса гениталий.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 55 женщин с постгистерэктомическим пролапсом гениталий (ПГЭПГ) в возрасте от 30 до 67 лет. У всех пациенток проводились клинические, инструментальные, функциональные исследования. Для проведения молекулярно-генетических исследования были взяты цельная кровь в количестве 4 мл. У всех пациенток было получено письменное информированное согласие. Контрольную группу составили 37 пациенток соответствующего возраста.

Результаты исследования.

Среди обследованных пациенток с ГППГЭ по возрасту от 31-40 лет составили – 9 из 55, 41-50 лет – 24, 51-60 лет – 12 и старше 60 лет – 10 женщин. Тогда как в контрольной группе без ГППГЭ в возрасте от 20-30 лет – 3, 31-40 лет – 4, 41-50 лет – 22, 51-60 лет – 5 и старше 60 лет – 3 пациенток соответственно. Результаты молекулярно-генетических исследований гена (rs2018736) A456C гена *FBLN5* показали, что функциональный аллель А в контрольной группе женщин без ГППГЭ встречался в 79,7% случаев (59/74), а в основной группе женщин с ГППГЭ аллель А встречался – в 38,2% случаев (42/110), что в 2,08 раз было ниже по сравнению с контрольной группой ($\chi^2=30,84$; $p<0,001$; OR=0,16; 95% CI 0,08-0,31). Тогда как нефункциональный (мутантный) аллель С выявлялся в 68 случаях – в группе женщин с ГППГЭ, что составило 61,8% (68/110), тогда как в группе контрольных лиц без ГППГЭ мутантный аллель С определялся в 15 случаях (15/74), что составило 20,3%. ($\chi^2=30,84$; $p<0,001$; OR=6,37; 95% CI 3,21-12,63). Результаты анализов частоты встречаемости аллелей исследуемых полиморфизмов гена *FBLN5* среди пациенток с ГППГЭ и контрольной группы женщин статистически достоверно отличается ($p<0,05$). Полученные данные говорят о том, что полученное высокое значение отношения шансов (OR=6,37), указывают на зависимость ассоциации между мутантным аллелем С полиморфизма (rs2018736) гена *FBLN5* и постгистерэктомическим пролапсом гениталий.

Выводы.

Исследования показали, что исследование частоты распределения аллелей полиморфизма rs2018736 A456C гена *FBLN5* выборке женщин основной группы и в популяционной выборке

(контроль) показало, что благоприятный (функциональный) аллель А в контрольной группе женщин без ГППГЭ встречался в 79,7% случаев (59/74), а в основной группе женщин с ГППГЭ аллель А встречался – в 38,2% случаев (42/110), что в 2,08 раз было ниже по сравнению с контрольной группой. ($\chi^2=30,84$; $p<0,001$; OR=0,16; 95%CI 0,08-0,31). Тогда как нефункциональный (мутантный) аллель С выявлялся в 68 случаях – в группе женщин с ГППГЭ, что составило 61,8% (68/110), тогда как в группе контрольных лиц без ГППГЭ мутантный аллель С определялся- в 15 случаях (15/74), что составило 20,3%. ($\chi^2=30,84$; $p<0,001$; OR=6,37; 95% CI 3,21-12,63).

УДК: 618.3:577.161.2

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D КАК ПРИЧИНА И СЛЕДСТВИЕ МАКРОСОМИИ ПЛОДА

*Н.М. Аильбаева, А.Р. Алимбаева, Е.А. Гейнц, С.З. Танатаров,
Ш.М. Аильбаева, Г.Б. Тайоразова, М.Ш. Нигманова
НАО «Медицинский Университет Семей» г. Семей, Казахстан*

Актуальность.

Во всем мире остается спорным вопрос, связан ли дефицит витамина D у новорожденного с массой тела при рождении. Масса тела при рождении является важным показателем статуса питания и развития новорожденных и играет важную роль в выживании младенцев, развитии детей и сердечно-метаболических заболеваниях взрослых. Аномальной массой тела является: макросомия (масса тела при рождении $\geq 4,0$ кг). Проблемы развития и здоровья детей с макросомией, является одной из основных причин неонатальной смертности и детской заболеваемости. Это также было связано с повышенным риском задержки роста и хронических заболеваний в более позднем возрасте, таких как нарушения обмена веществ и болезни сердца. Заболеваемость макросомией во всем мире в последние десятилетия составляла 4,7–13,1%. Макросомия характеризуется асимметричным ростом окружности живота и избыточным накоплением жира. Исследования показали, что макросомия связана с повышенным риском кесарева сечения, осложнений при родах и последующего ожирения, нарушений обмена веществ и некоторых видов рака. Таким образом, изучение макросомии и ее факторов риска имеет важные последствия для общественного здравоохранения.

Цель.

Целью данного исследования явилось определение и сравнение уровня витамина D у доношенных новорожденных с крупным весом и нормальным весом при рождении.

Материалы и методы.

В исследование случай-контроль были включены 258 доношенных новорожденных. Они были разделены по массе тела при рождении на две группы: первая группа – 86 новорожденных в группе с массой тела при рождении более 4000 грамм и более, вторая группа – 172 новорожденных с массой тела при рождении от 2500 до 3999 грамм. Были собраны образцы пуповинной крови данных групп, родившихся в «Областном перинатальном центре» Абайской области. Далее было определен уровень витамина D, ИФА методом в Центре научно-исследовательской лаборатории НАО «МУС».

Результаты.

Средний уровень витамина D был равен в основной группе 13,2 нг/мл (95% ДИ: 11,7-14,6) нг/мл СО=6,7, минимальный уровень был равен 1,3 нг/мл, максимальный уровень был равен 35,10 нг/мл. При этом в контрольной группе средний уровень витамина D был равен 21,3 нг/мл (95% ДИ: 19,5-23,1) нг/мл СО=12,1, минимальный уровень был равен 0,5 нг/мл, максимальный уровень был равен 44,2 нг/мл ($p < 0,05$, $t = 5,759$).

Выводы.

Мы обнаружили, что у младенцев с макросомией был низкий уровень витамина D в отличие от нормовесных детей. Обеспечение беременных женщин добавками витамина D может предотвратить макросомию. Для подтверждения этого утверждения необходимы рандомизированные контролируемые испытания.

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

*U.R. Alimukhamedov, T.ZH. Tolykbaev, L.KH. Asanova, L.M. Khan,
M.R. Rustemov, SH.A. Khudaibergenov, F.B. Sultamuratova, A.ZH. Sadykova, D.K.
Alimukhamedova*

*Zhambyl Regional Multidisciplinary Hospital,
Taraz, Kazakhstan
Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology
Almaty, Kazakhstan*

Relevance:

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

Purpose of the research:

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

Materials and methods of the research:

According to the protocol (LISA), immediately after birth, the newborn is covered with a sterile bag in the right side lying position to prevent hypothermia; temperature is measured using a skin electrode. The newborn is stabilized using high-flow CPAP (20 l/min) through a face mask using heated and humidified air. This high-velocity airflow (producing a pressure of 15cmH₂O) is maintained throughout the procedure. Oxygen saturation is determined on the right wrist from the first minute of life. The supply of oxygen is regulated according to the level of oxygen saturation in the blood, starting from FiO₂ 0.21. High-velocity airflow (positive end-expiratory pressure, 15 cm H₂O) was maintained throughout the entire procedure, averaging 30 to 40 minutes. Oxygen saturation was determined on the right wrist from the first minute of life on a neonatal monitor. The starting oxygen concentration in the mixture supplied to children up to 28 weeks of gestation was in the range of 21-30%. At the 3rd minute, the face mask was changed to a mononasal cannula (endotracheal tube No. 2), which was used to perform high-flow CPAP. The nasopharyngeal tube was placed at a depth of 3.5–4 cm, an open gastric tube was also inserted and air was continuously aspirated. At the 4th minute after birth, caffeine benzoate (20 mg/kg)

is administered subcutaneously to the child. At 25-30 minutes after birth, under the control of direct laryngoscopy against the background of ongoing CPAP (positive end-expiratory pressure - 15 cm H₂O), a gastric tube (1.3 mm diameter probe) was manually inserted into the trachea. Then, a surfactant was administered at a dose of 200 mg/kg for 5-7 minutes with the child breathing spontaneously. Tried to avoid rapid administration due to the possibility of reflux. Throughout the procedure, aspiration of the contents of the stomach was carried out through a gastric tube in order to decompress and control the administration of the surfactant. According to our data, when performing non-invasive administration of surfactant, the patient is in the delivery room for a longer time - from 20 to 45 minutes on constant respiratory support. Upon completion of the insertion, the tracheal catheter was immediately removed. All manipulations were carried out under dynamic monitoring of vital functions to avoid unforeseen situations. The resuscitation place must be equipped with a heating system to avoid the development of hypothermia. The main complications of the surfactant administration procedure included: apnea, bradycardia, decreased blood oxygen saturation, choking, regurgitation, and catheter displacement. In case of prolonged apnea and or insufficient activity of the respiratory center, the procedure was stopped and intubation was performed. After completing the maneuver in the delivery or operating room, the newborn was transported using mononasal CPAP in an incubator with a transport ventilator in NCPAP mode. During the stay in the NICU, routine activities were carried out, including dynamic monitoring of vital functions, monitoring of the patent ductus arteriosus, as well as screening for intraventricular hemorrhages (IVH) and retinopathy (RP) in preterm infants and patent ductus arteriosus PDA; in accordance with standard practice. 645 case histories of newborns were analyzed for 7 months of 2021-2022, of which 118 cases were selected, which were stabilized according to the method (LISA) with a gestational age of 30 weeks.

Results of the research:

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

Conclusion:

Thus, the results of this study show that the LISA technique is convenient, effective and safe even in very preterm infants and does not lead to an increase in mortality and morbidity. In March 2015, the

journal *Acta Paediatrica* presented the results of a multicenter comparative study conducted in Germany on the effectiveness of minimally invasive surfactant administration in more than 1100 preterm infants up to 32 weeks of gestation. The authors demonstrated a significant reduction in the need for mechanical ventilation, the need for postnatal steroid administration, and the formation of BPD in the LISA group. Many doctors are skeptical about the ability of spontaneous breathing in very preterm infants and adhere to aggressive and invasive respiratory strategies. Recent studies have convinced us that there is no reason to “distrust” these children. Indeed, according to our observations, 93% of premature newborns demonstrated the appearance of spontaneous breathing already in the first minute of life. Until recently, the introduction of surfactant was carried out only in the case of intubation. This has led to the search for less invasive methods of administration. According to various literary sources, the upper age limit varies from 28 to 32 weeks. Is the use of minimally invasive respiratory maneuvers justified in children without antenatal steroid prophylaxis. Further research is required in this area.

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

*U.R. Alimukhamedov, T.ZH. Tolykbaev, L.KH. Asanova, L.M. Khan,
M.R. Rustemov, SH.A. Khudaibergenov, F.B. Sultamuratova, A.ZH. Sadykova, D.K.
Alimukhamedova*

*Zhambyl Regional Multidisciplinary Hospital
Taraz, Kazakhstan
Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology
Almaty, 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 cm H₂O, FiO₂ – 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 O₂ – 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.

A preliminary 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 luquid, 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 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 (Escherichia coli). Sensitivity to antibiotics: (amikacin, levofloxacin); resistant (ampicillin, gentamicin, ceftazidime, meropenem, ofloxacin).

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*.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ БЛАГОПОЛУЧИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ. «UNO-NEO» УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МАТРАС (литературный обзор)

*Алимухамедов У.Р., Садыкова А.Ж. Толькбаев Т.Ж.,
Султамуратова Ф.Б., Алимухамедова Д.К.
АО Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии,
г. Алматы, Казахстан*

Аннотация.

Данный обзор литературы посвящен актуальной проблеме неонатологии. Для избежание многократной санации дыхательных путей у новорожденных, целесообразно использовать многофункциональный вид матраса с вибрацией грудной клетки. Многофункциональный матрас «UNO – Neo» возможно использовать, как для доношенных, так и для недоношенных новорожденных детей. В данной работе представлены анализы данных мировой и отечественной литературы.

Ключевые слова: *новорожденные, вибрация, недоношенные, матрас, санация;*

Актуальность.

В Казахстане с внедрением международных критериев живорождения достигнуто снижение показателей перинатальной и младенческой смертности, в первую очередь за счет повышения качества оказания медицинской помощи детям, рожденным преждевременно. Согласно данным сайта <http://medinfo.kz>, недоношенные дети формируют до 50% патологию от всех болезней неврологической этиологии (2015) [1]. У большинства недоношенных детей развиваются механические повреждение вследствие многократных манипуляции, как например санации.

Совершенствование помощи в неонатологии является важнейшим фактором снижения смертности и инвалидизации новорожденных детей. Основным направлением деятельности в неонатологии является лечебно-диагностическая помощь [1]. Подготовка специалистов высокой квалификации, эффективная организация неонатальной службы и доступность современной аппаратуры позволяют качественно оказывать помощь критически больным новорожденным детям. Именно такая комплексная система позволяет обеспечить эффективное улучшение демографических показателей в Казахстане. Данный литературный обзор исследования вибрации на дыхательный центр позволит пристально изучить данную проблему.

Цель исследования:

Провести литературный обзор по влиянию вибрации на дыхательный центр, который способствует отхождению мокроты и улучшению функциональных и объемных показателей без многократной санации дыхательных путей и устранение апноэ доношенных и недоношенных новорожденных детей.

Материалы и методы исследования.

Был проведен поиск по базам данных MEDLINE, PubMed, и Scopus публикаций с 1970 по 2019 годы. Промежуток времени был основан на результатах Кокрановского обзора. Был проведен ручной поиск ссылок и цитат выбранных статей для сбора другой возможной соответствующей литературы. Неопубликованные данные не были рассмотрены для этого обзора.

Результаты исследования.

Поисковая стратегия привела к 9 статьям. Пять дополнительных статей были отобраны из ссылок исследований. После устранения дубликатов была отобрана 4 статьи на основе заголовка и аннотации. Еще 2 статьи были исключены следующие оценки полного текста. В четырех из этих исследований изучалось влияние тактильной стимуляции на прекращение апноэ, а в 3 – влияние вибрации на легкие.

В 1975 году Kattwinkel. показал, что ручная тактильная стимуляция каждые 5 из 15 минут приводит к значительному уменьшению апноэ у недоношенных детей. Поскольку это вмешательство увеличит нагрузку на медсестер, были проведены различные исследования для изучения влияния механической стимуляции на профилактику апноэ [2; 3].

Колеблющиеся воздушные или водяные матрасы чаще всего использовались для стимуляции младенцев и, как полагают, имитируют внутриутробную среду путем активации соматических проприоцепторов или кожных рецепторов в коже. В первом исследовании Korner et al. показали значительное снижение апноэ, связанное с нерегулярным колебанием водяного ложа. Во втором исследовании они показали снижение всех типов апноэ и значительное уменьшение апноэ в сочетании с брадикардией во время стимуляции. Тем не менее, другое исследование с использованием того же матраса с регулярными колебаниями не продемонстрировало значительных эффектов, как рандомизированное исследование у 122 детей и последующее исследование у детей, получавших теофиллин. Неспособность показать положительные результаты может быть вызвана привыканием в ответ на регулярные колебания в первых двух исследованиях и низкой частотой возникновения апноэ у детей, получавших теофиллин, у последних. Тем не менее, Джонс даже сообщил о побочных эффектах у некоторых детей, таких как увеличение апноэ, тяжелая брадикардия и гипоксия.

Кесаван с соавторами заявили, что вибрационные раздражители, прикладываемые к подошве стопы или ладони, активируют проприоцепторы в суставах, которые стабилизируют дыхание, используя внутреннюю рефлексивную связь между движениями конечностей и частотой дыхания. Этот рефлекс проявляется у спящих взрослых и новорожденных кроликов при пассивном движении конечностей. Однако причина использования частоты 128 Гц в статье не объясняется. Другие исследования показали, что 80 Гц является оптимальной частотой для вызова иллюзий движения [4; 5].

Смит и соавторы, Bloch-Salisbury et al. использовали матрасы, которые обеспечивали стохастические вибрационные стимулы, поскольку они выдвинули гипотезу, что небольшие шумовые входы могут стабилизировать нестабильные ритмы из-за нелинейных свойств дыхательного генератора. Эта гипотеза широко объясняется и подтверждается с помощью вычислительных моделей Пайдарфароми Бюркелем [6]. На основании предыдущих исследований, постулируется, что стимуляция в диапазоне 30–60 Гц может воздействовать на дыхательный центр через соматические или висцеральные механорецепторы в области грудной клетки. Тот факт, что эти рецепторы могут влиять на дыхательный ритм, подтверждается исследованиями, в которых использовалась электростимуляция для активации межреберных афферентов. Однако Binks et al. показали, что вибрация грудной поверхности также может возбуждать внутрилегочные рецепторы, поскольку она вибрирует легкое. Рецепторы растяжения в легких ответственны за ингибирование вдоха после увеличения объема легких [9; 11]. Кроме того, считается, что эти рецепторы воздействуют на тонус гладких мышц дыхательных путей, системное сосудистое сопротивление и ЧСС. Последняя гипотеза состоит в том, что стохастический резонанс напрямую стимулирует газообмен в ткани легких посредством механических возмущений, хотя эта гипотеза не была подтверждена. Тем не менее, эксперименты на морских свинках показали, что вентиляция с добавленным шумом улучшает газообмен по сравнению с обычной вентиляцией.

Клиницисты и инженеры Института Вайсса и Медицинской школы Университета Массачусетса разработали уникальную и запатентованную систему, которая снижает частоту

возникновения апноэ у новорожденных с низкой массой тела при рождении в ходе клинического испытания в медицинском центре Beth Israel Deaconess [7; 8]. Система использует концепцию стохастического резонанса для сброса системы неврологического контроля организма, применяя мягкую вибрацию к младенцу через поверхность матраса. Апноэ недоношенных является основным фактором для продления госпитализации, а также вызывает беспокойство по поводу последующего риска явных угрожающих жизни событий и синдрома внезапной детской смерти (СВДС) в домашних условиях. Несмотря на наличие нефармакологических вмешательств при апноэ недоношенных (таких как энергичная ручная стимуляция и репозиционирование младенца), существует острая потребность в надежном медицинском устройстве, которое стабилизирует дыхательные центры у недоношенных детей. Система Wyss Institute отслеживает частоту сердечных сокращений младенца, характер дыхания и другие физиологические сигналы [8; 9].

Исследователи из (Harvard University) Висса опубликовали результаты клинического исследования, в котором их устройство с вибрирующим матрасом успешно уменьшило апноэ у младенцев на 50%. Это устройство было основано на предыдущей работе, проделанной членом факультета Wyss Institute Джеймсом Коллинзом, доктором философии. Его работа показала, что при небольшом количестве случайных вибраций или «шума», воздействующих на человеческое тело, чувствительность этого тела к стимулам возрастет. Затем исследователи взяли это явление и применили его, разработав устройство для матраса, которое доставляет небольшое количество вибрации недоношенным детям. В экспериментальном исследовании они обнаружили, что оно помогло стабилизировать дыхание детей, а также улучшить оксигенацию крови ребенка [9].

В клиническом исследовании с участием 36 различных недоношенных детей, по крайней мере, с одним предыдущим эпизодом апноэ, команда обнаружила значительное снижение эпизодов апноэ. Фактически, они обнаружили, что эффекты этого устройства работали поверх эффектов кофеина, который в настоящее время используется для лечения апноэ у недоношенных детей. Кроме того, группа приняла во внимание различные проблемы дизайна, такие как ограничение количества вибрации, которая будет передаваться в голову младенца, которая будет защищать развивающийся мозг.

По данным А.С. Белевского (2013) результаты исследования установлено, что положительное влияние вибрационно-компрессионной терапии у больных ХОБЛ на МЦК и, как следствие, на отхождение мокроты. Вибрационно-компрессионная терапия улучшает функцию легких и может влиять на уменьшение гиперинфляции за счет компрессионного компонента, что является крайне важным эффектом для больных с ДН [10; 11]. Учеными НИИ пульмонологии на базе пульмонологического отделения городской клинической больницы № 57 было проведено исследование, целью которого являлось изучение влияния методов вибрационно-компрессионной терапии грудной клетки при помощи аппарата The Vest на функциональное состояние легких у больных ХОБЛ. В исследовании участвовало две группы больных ХОБЛ. В 1-й группе (n=11, средний возраст 66,2±7,0 лет) больные получали традиционную медикаментозную терапию согласно тяжести заболевания и курс вибрационно-компрессионной терапии при помощи аппарата The Vest. Во 2-й группе (контрольная, n=12, средний возраст 60,4 ± 8,6 года) пациенты получали только традиционную медикаментозную терапию. Вибрационно-компрессионная терапия проводилась при помощи аппарата системы очистки дыхательных путей The Vest, модель 105 (Hill-Rom, США). Число и время проведения сеансов, частота вибрации и сила компрессии назначались в зависимости от тяжести состояния пациента, при этом средняя частота вибрации составляла 8,9 Гц, средняя сила компрессии – 5,6 бар, время сеансов колебалось от 15 до 20 мин. Всего сеансов было 14. В течение всего периода наблюдения пациенты получали стандартную медикаментозную терапию в соответствии с клинической ситуацией (ингаляционные β₂-агонисты, ингаляционные глюкокортикостероиды при необходимости, муколитики, антибиотики при инфекциях нижних дыхательных путей). Всем пациентам до начала и после окончания лечения (визиты 1 и 2) выполняли функциональное

исследование легких с бодиплетизмографией и оценивали степень одышки, выраженность кашля, количество и характер мокроты по модернизированной шкале MRC. По этой шкале одышка оценивалась по 5-балльной системе, где 0 баллов – отсутствие одышки, а 5 баллов – одышка делает невозможным выход из дому или проявляется при одевании. Кашель оценивался по 3-балльной системе, где 0 баллов – отсутствие кашля, а 3 балла – выраженный мучительный кашель. Продукция мокроты также оценивалась по 3-балльной системе, где 0 баллов – отсутствие мокроты, 3 балла – большая продукция мокроты. Характер мокроты оценивался по ее цвету также по 3-балльной системе, где 0 баллов – бесцветная слизистая, 3 балла – темно-желтая, зеленая (гнойная). Основные результаты исследования: в группе с применением аппарата The Vest достоверно улучшились такие показатели функции легких, как форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), ОФВ1/ФЖЕЛ, пиковая скорость выдоха (ПСВ), а также снизились показатели, отвечающие за гиперинфляцию легких, – ООЛ и ООЛ/ОЕЛ. По данным модернизированной шкалы MRC у больных этой группы достоверно в среднем уменьшились одышка на 0,97 балла, кашель – на 1,43 балла, количество мокроты – на 0,91 балла, а также изменился характер мокроты с гнойного на слизистый (с 2,81 до 0,45 балла). В контрольной группе, получающей только медикаментозную терапию, достоверно улучшились лишь

показатели ФЖЕЛ и несколько уменьшились одышка (на 0,3 балла), кашель (на 0,85 балла), количество мокроты (на 0,85 балла), а также снизились показатели воспалительного характера мокроты с 2,9 до 1,3 балла [11].

В работе Т.Н. Зарипова, с соавт. (2014) [13], комплекс лечения пациентов основной группы включал разработанную ими технологию аппаратной вибрации гортани и воротниковой зоны аппаратом Flimm Fighter (США), инстилляций специфического бактериофага в гортань и проведения фонопедической дыхательной гимнастики. Лечение начинали с внутригортанных инстилляций 0,5-1 мл специфического бактериофага на область голосовых складок. Сразу после этого выполнялся низкочастотный вибромассаж, который начинали с боковой поверхности шеи при частоте 20 Гц, медленно продвигая вибратор снизу вверх до угла нижней челюсти, а затем опуская к надключичной области (по 1—2 мин с каждой стороны). При этом во время каждого выдоха больной произносил звук «м». Далее вибрации подвергалась область проекции пересечения пластинки щитовидного хряща и края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне вырезки щитовидного хряща. Воздействовали частотой 40 и 60 Гц по 1-2 мин с каждой стороны. При этом на выдохе произносятся звуки у, о, а. Третьим полем, на которое воздействовали вибрацией, являлась воротниковая зона. Вибратор продвигали от паравертебральной линии к плечевому суставу. Использовали частоту 40 Гц, воздействие осуществляли по 2-3 мин с каждой стороны. Курс лечения включал 8-10 процедур многозональной вибротерапии. Выбор аппаратной вибрации в качестве основного физического фактора лечения пациентов с обострением хронического ларингита обусловлен тем, что она усиливает крово- и лимфообращение, дренажную функцию, стимулирует обменные процессы в зоне воздействия. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что использование сочетанного воздействия специфического бактериофага, аппаратной вибрации области гортани и воротниковой зоны и фонопедической гимнастики сокращает срок купирования обострения хронического ларингита у лиц голосоречевых профессий по сравнению с таковым при традиционном подходе к лечению этих пациентов. Использование разработанной технологии позволяет повысить качество восстановления голоса, что является очень важным результатом для лиц голосоречевых профессий. Данный способ лечения обострений хронического ларингита позволяет достичь у лиц голосоречевых профессий длительной ремиссии и существенного снижения частоты последующих обострений.

По данным А.И. Дьяченко (2016) [12] говорится, что вынужденные вибрации, вызванные внешними механическими воздействиями, используются в диагностических и терапевтических целях. Рассматривается биомеханика некоторых внешних вибраций, используемых в

диагностических целях. Наиболее широко используются импульсная осциллометрия и другие варианты метода форсированных осцилляций, а также перкуссия. Обсуждаются проблемы распространения колебаний по поверхности и в глубоких тканях грудной клетки. В терапевтических целях создаются более мощные колебания грудной клетки, чем колебания, используемые в диагностических целях. Рассматривается биомеханика терапевтических вибраций, перкуссии, других видов физиотерапии, используемых для усиления вывода мокроты. Приводятся данные Кокрановских систематических обзоров эффективности вибрационной физиотерапии. Рассматриваются экспериментальные данные и теоретические оценки прохождения вибраций в легкие.

В работе И.И. Антипова (2016) говорится, что курс вибрационного воздействия на грудную клетку с частотой 100 Гц сопровождается в основном лишь позитивной субъективной динамикой в виде снижения частоты и выраженности жалоб [13; 14]. При этом отмечалось улучшение бронхиальной проходимости из-за улучшения дренажа бронхов, но лишь у пациентов с начальными нарушениями вентиляции. Только дополнительный прием облепиховой пасты на фоне вибротерапии способствовал снижению активности субклинического воспаления и усилению иммунологической защиты. Существенные позитивные результаты лечения достигались лишь у половины обследованных, что позволяет говорить о нецелесообразности или низкой целесообразности использования частоты вибрации 100 Гц у больных ХОБЛ даже 1- и 2-й степени тяжести в стабильный период течения болезни. У них наблюдались 43 больных ХОБЛ 1- и 2-й степени тяжести заболевания, 77,4% из которых относились к пациентам с низким риском обострений. Исследование выполнялось в стабильный период болезни. Анализировались: динамика клинического состояния, данных спирометрии, клинико-биохимических показателей крови, отражающих наличие активности воспалительного процесса, ряд показателей системного иммунитета. Выделены две группы пациентов, равнозначные в исходном состоянии по возрасту, тяжести болезни, выраженности функциональных нарушений. Первая группа – 20 человек, основная. Получала вибрационное воздействие на грудную клетку с частотой 100 Гц на фоне занятий лечебной физкультурой и ингаляций физиологического раствора. Вторая группа – 23 человека, группа сравнения, дополнительно получала внутрь облепиховую пасту.

Выводы. Таким образом, учитывая данные и ссылаясь на международных авторов рекомендуемый метод использования вибрации для дыхательного центра, в том числе и вибрационного матраса может улучшить состояния новорожденных детей без многократной санации. Это позволит применять метод виброматраса во всех перинатальных центрах в отделении ОРИТН и использовать в терапевтических целях. Вибро матрас, как «UNO – Neo» можно внедрить в ближайшее время и использовать в терапевтических целях. Чтобы выбрать наиболее эффективный способ стимуляции для лечения или предотвращения апноэ, необходимы дополнительные знания о нейрональных путях к мозгу, которые активируются механической тактильной стимуляцией, влиянии на все виды апноэ и соответствующих побочных эффектах. Необходимы дополнительные исследования, чтобы подтвердить, является ли автоматизированная стимуляция с использованием замкнутого цикла более эффективной, чем ручная стимуляция, как и где следует выполнять автоматическую стимуляцию, и возможные побочные эффекты.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аубакирова А.К. Медико-организационные технологии снижения неонатальной смертности в родовспомогательных учреждениях 3-го уровня // Медицина. – 2014. – №5. – С. 50-51.
2. Свеннингсен Н.В., Виттстром С., Хеллстром-Вестас Л. Осциллологический осциллирующий надувной матрас в неонатальном уходе за очень недоношенными детьми . Technol Health Care (1995) 3 (1): 43–6. [PubMed] [Google Scholar]

3. Марайонг П, Мостоуфи М.С. Вибротактильное устройство стопы для прерывания центрального апноэ у недоношенных детей. *Stud Health Technol Inform* (2009) 142 : 180–2.10.3233 / 978-1-58603-964-6-180 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Сайгал С., Уоттс Дж., Кэмпбелл Д. Рандомизированное клиническое исследование колеблющегося надувного матраса у недоношенных детей: влияние на апноэ, рост и развитие . *J Pediatr* (1986) 109 (5): 857–64.10.1016 / S0022-3476 (86) 80714-4 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Файл Е.О., Сетя А., Эйзенфельд Л. Компьютерная система для диагностики и лечения апноэ у новорожденных с помощью вибротактильной стимуляции . *Conn Med* (2013) 77 (9): 517–22. [PubMed] [Google Scholar]
6. Pichardo R, Adam JS, Rosow E, Bronzino J, Eisenfeld L. Система вибротактивной стимуляции для лечения апноэ недоношенных . *Biomed Instrum Technol* (2003) 37 (1): 34–40.10.2345 / 0899-8205 (2003) 37 [34: VSSTTA] 2.0.CO; 2 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Мещерякова Н.Н., Черняк А.В. // Пульмонология. 2011. № 5. С. 57.
8. Чикина С.Ю., Авдеев С.Н. // Научное обозрение респираторной медицины. 2012. № 1. С. 76.
9. Marcotte AL, Rosow E, Eisenfeld L, Bronzino JD. Развитие системы прерывания апноэ с помощью вибрационного стимула. *Материалы 22-й ежегодной Северо-восточной конференции по биоинженерии IEEE, Нью-Брансуик, Нью-Джерси: IEEE (1996). п. 28–9.10.1109 / NEBC.1996.503201 [CrossRef] [Google Scholar]*
10. Bose S. et al. // *J. Asthma*. 2013. V. 50. P. 219.
11. Osman L.P. et al. // *Thorax*. 2010. V. 65. № 3. P. 196.
12. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (GOLD, пересмотр 2013 г.). М.: Атмосфера, 2014. 96 с.
13. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. М., 2013. 37 с.
14. Симонова О. И., Томилова А. Ю., Горинова Ю. В., Сурков А. Н., Рославцева Е. А., Намазова-Баранова Л. С. Муковисцидоз. серии кн.: *Болезни детского возраста от А до Я. Вып. 5. М.: ПедиатрЪ. 2014. 84 с.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МАНДИБУЛОФАЦИАЛЬНЫЙ ДИОСТОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО

*Битимирова А.О., Алибекова Б.А., Алимбаева А.Р.
НАО «Медицинский университет Семей» г. Семей, Казахстан*

Актуальность темы.

Синдром Франческетти (Тричера–Коллинза, мандибулофациальный дизостоз) – это генетическое заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, поражающее преимущественно среднюю часть лицевого черепа и основания черепа. В подавляющем большинстве случаев последний сопровождается кондуктивной или смешанной тугоухостью и не приводит к нарушению интеллекта. Синдром характеризуется высокой пенетрантностью (более 90%) и различной экспрессивностью, что обеспечивает его клинический полиморфизм. Ген *TCOF1* расположен на хромосоме 5 в сайте 5q32 и содержит 26 экзонов. Согласно одной из наиболее распространенных классификаций синдром Франческетти можно отнести к так называемым остеодисплазиям. Его установленная популяционная частота составляет 1:50 000. Но это лишь частный пример остеодисплазии. Среди мальчиков и девочек заболеваемость одинакова.

Цель исследования.

Наблюдение и описание клинического случая синдрома Франческетти.

Материалы и методы исследования.

Изучение первичной документации (обменная карта беременной, история родов, история болезни ребенка) и проведение комплексного обследования ребенка.

Результаты исследования.

Клинический случай: Ребенок, 32 недели 5 дней, поступил в ОРИТ новорожденных с жалобами пенистое отделяемое, стонущее дыхание, опущение наружных углов глаз. Из анамнеза ребенок от 3 беременности, 3 родов. На УЗИ в третьем триместре у ребенка выявлена задержка внутриутробного развития, асимметричная форма. При беседе с мамой выявлено: что у старшего предыдущего ребенка так же мелкие черты лица, отмечалась колобома верхнего века, ребенок отстает в физическом развитии.

При поступлении состояние на момент поступления тяжелой степени тяжести за счет дыхательных расстройств и незрелости, врожденной аномалии развития. Признаки незрелости: обильная смазка, лануго, мягкие ушные раковины, малая исчерченность ладоней и стоп, низкое расположение пупочного кольца. У ребенка отмечаются внешние клинические признаки синдрома Тричер-Коллинза-Франческетти: лицо маленькое, антимонголоидный разрез глаз, гипоплазия скуловых костей с обеих сторон, нижняя челюсть маленькая (микрогнатия) при попытке открыть рот ограничение подвижности челюсти, макростомия, акровидное небо. Орогастральный зонд проходит с трудом. Аномалии развития ушных раковин, расположены низко, деформированы. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Имеется расщелина мягкого неба. Подкожно-жировой слой тонкий. Тонус мышц снижен, поза полуфлексии. Тонус мышц снижен. Рефлексы врожденного автоматизма вызываются вяло, быстро угасают. Грудная клетка цилиндрической формы, укорочена. Дыхание регулярное, самостоятельное, отмечается участие вспомогательной мускулатуры: напряжение крыльев носа, втяжение межреберий, западение грудины. ЧДД-68 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС-148 в мин. Живот не вздут, при пальпации мягкий во всех отделах, пальпация беспокойства не вызывает. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не

пальпируется. Пупочный остаток в скобе, чистый, влажный. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Анус расположен в типичном месте, сомкнут. Мочеиспускание свободное. Стул отходит.

При медико-генетическом консультировании выявлено, деформации скелета относились только и исключительно к средней части лицевого черепа.

Черепно-лицевые особенности. По строению череп нормоцефалический. Обращают на себя внимание отчетливо антимоноголоидный разрез глаз, гипоплазия скул, гипоплазия нижней челюсти, из-за которых лицо представляется ромбообразным, «птичьим». Ниже приведен перечень диагностических черепно-лицевых аномалий для синдрома Франческетти. Обнаруженные аномалии у ребенка отмечены жирным шрифтом:

- **«Птичье лицо»**
- **Двусторонняя гипоплазия скуловых костей (81%) и орбит**
- **Антимоноголоидный разрез глаз (89%)**
- **Колобомы нижних век (69%)**
- **Гипоплазия нижней челюсти (78%)**
- Отсутствие ресниц на нижнем веке (53%)
- Высокое арковидное небо или расщелина неба (35%)
- Макростомия, открытый прикус
- Рост волос на щеках (26%)
- Атрезия хоан
- Микрофтальмия, экзофтальм
- Колобомы верхнего века и радужки
- Аномалии уха
- **Аномалии ушных раковин (77%)**
- Дефект наружного слухового прохода (36%)
- **Проводящая глухота (40%)**
- Преаурикулярные выросты или фистулы

При рождении в общем анализе крови гемоглобин - 198 г/, эритроциты - 5.9 /л, гематокрит - 60%, лейкоциты - 7.2 /л, тромбоциты – 100 /л, СОЭ (анализатор) - 0 мм/ч; СРБ - 12.00 мг/л – ускорено. КОС: рН 7,14, рСО₂ 61,7, рО₂ 52,0 ВЕ - 7,5, НСО₃ 16,3, лактат 4,9 глюкоза - 3, - декомпенсированный смешанный ацидоз. На рентгенографии органов грудной клетки: пневмопатия. Проведено обследование сердечно-сосудистой системы. Проведено обследования сердечно-сосудистой системы. На эхокардиографии полости сердца не расширены, клапаны не изменены, сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная, ОО, ОАП. Перед выпиской в динамике был сделан повторно ЭхоКГ: полости сердца не расширены. Клапаны не изменены. Сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная. ОАП. Также ребенок перед выпиской прошел аудиоскрининг. Заключение: Оба уха не прошел. Предположительно, это связано с анатомическим строением костей уха. Ребенок был консультирован многими специалистами. Генетик: Синдром Франческетти. рекомендовано: наблюдение педиатра, лор-врача. Оториноларинголог: Синдром Франческетти (колобомы нижних век, микрогнатия, высокое небо, расщелина мягкого неба, деформация ушных раковин). Челюстно-лицевой хирург: Синдром Франческетти. Q75 (врожденная расщелина мягкого неба, микрогнатия, деформация ушных раковин). Полученных результатов достаточно для подозрения на синдром Франческетти (клинически). Состояние ребенка при выписке стабильное. Режим палатный, укладка «гнездышко». Дыхание самостоятельное, адекватное. Кислородонезависим, сатурация в пределах нормы. Энтерально кормится через желудочный зонд СГМ, усваивает, не срыгивает. Не сосет в виду наличия анатомических особенностей строения лицевого скелета. В весе прибавляет. На осмотр реакция снижена. Сохраняются признаки синдрома Тричер-Коллинза- Франческетти. Кожные покровы и видимые

слизистые чистые, розовые. Тонус мышц снижен, поза полуженщины. Рефлексы врожденного автоматизма вялые. Аускультативно над легкими дыхание прослушивается по всем полям, хрипов не слышу. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул желтый, кашицеобразный, регулярный. Мочеиспускание свободное. Ребенок был выписан с желудочным зондом, мать проконсультирована и обучена кормлению.

Ребенок находился в стационаре с диагнозами:

Основной: Респираторный дистресс синдром, дыхательные расстройства средней степени тяжести.

Сопутствующий: Синдром Франческетти. Врожденная расщелина мягкого нёба. Маловесный ребенок к сроку гестации ребенок.

Фоновый: Гестационный возраст 32 недели 5 дней.

Выводы:

При достаточно подробном анализе черепно-лицевых аномалий и особенностей течения ЛОР патологии синдром Франческетти может быть диагностирован в неонатальном периоде. Комплекс простых исследований, а также фенотипические диагностические критерии помогут в этом. При более обширных возможностях можно использовать генеалогические методы, с целью профилактики тяжелой ЛОР патологии, тугоухости.

НӘРЕСТЕЛЕР АРАСЫНДА ГЕМОЛИТИКАЛЫҚ АУРУДЫҢ КЕЗДЕСУ ЖИІЛІГІ ЖӘНЕ СОҢЫ

Н.А. Имашева, Б.А. Алибекова

КеАҚ «Семей медицина университеті» Семей қ., Қазақстан

Зерттеудің өзектілігі.

Нәрестелер өлімі арасында гемолитикалық ауру перинаталды кезеңде 0,1-0,2%, бір жасқа дейінгі балалар арасында қайтымсыз орталық жүйке жүйесінің зақымдануы 10% кездеседі. Қазіргі таңдағы акушерства мен неонатологиядағы басты сұрақтардың бірі жүктілік иммунологиясы. Иммуноглобулинді дер кезінде ауруды алдын алып енгізу нәтижесінде ауру жиілігін төмендетті. Нәресте дүниеге келгеннен кейінгі толық зертханалық тексеру, уақытылы және тиімді көмек 90% жағдайда қолайлы болжам көрсетеді.

Зерттеу мақсаты.

Гемолитикалық аурумен туылған нәрестелердің кездесу жиілігі және құрылымын анықтау.

Зерттеу әдістері және материалдары.

Балалардың даму және ауру тарихы, жүктіліктің алмасу картасы, аналарының ауру тарихы.

Зерттеу нәтижесі.

Соңғы жылдары туыттық көрсеткішінің жоғарлауы байқалады. Жылдық есеп бойынша аурушандық көрсеткіші арасында Гемолитикалық ауру бесінші орында. АВО жүйесі бойынша кездесу жиілігі резус сәйкессіздікке қарағанда жоғары. Гемолитикалық аурудың жіктелуіне сәйкес анемиялық түрі сарғайғыштықпен бірге жиі кездеседі. Соңғы 4 жылда туған нәрестелерде ГБН кездеу жиілігін қарағанда 2019 жылы 49 нәрестеде ГБН анықталса, 2020-56, 2021-64, 2022-82 нәрестеге өсіп отыр. Барлық нәрестелерге фотоом жасалды. Алмастырып қан құю операциясы 11,5%, иммуноглобулинді ем 16%. Екі нәрестеде (2021-1, 2022-1) аяқталды. Жүктілік кезінде аурудың алдын алу еш жағдайда жүргізілмеген.

Қорытынды.

Сонымен қорыта келгенде нәрестелер арасындағы гемолитикалық ауру қазіргі таңда жиі кездеседі. Бұл нәрестелер арасындағы орталық жүйке жүйесінің қайтымсыз зақымдануының жиі себебі болуы мүмкін. Гемолитикалық ауруды ерте анықтау және уақытылы көмек көрсету болжамын жақсартады.

НӘРЕСТЕДЕ МАРФАН СИНДРОМЫНЫҢ АЛҒАШ АНЫҚТАЛУЫ

Н.А. Имашева, Б.А. Алибекова

КеАҚ «Семей медицина университеті» Семей қ., Қазақстан

Тақырып өзектілігі.

Марфан ауруы – туа біткен және тұқым қуалайтын ауру. Жаңа туған нәрестелерде сирек кездесетін диагноз. Дәнекер тінге әсер ететін ең көп таралған тұқым қуалайтын аурулардың бірі, кездесу жиілігі 3000-5000:1, аутосомды-доминантты ауру. Синдром көру, жүрек-қан тамырлары және тірек-қимыл аппаратының зақымдалуымен жүреді, бірақ өкпенің, терінің және орталық жүйке жүйесінің зақымдануы да болуы мүмкін. Жаңа туылған нәрестелерде аяқ-қолдың саусақтары жіңішке, ұзын болады. Өмір сүру ұзақтығының төмендеуі негізінен қолқа асқынуларына байланысты.

Зерттеу мақсаты. Сирек кездесетін генетикалық патология Марфан синдромымен нәрестеге клиникалық талдау.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Марфан синдромымен туған нәрестенің ауру және даму тарихы.

Зерттеу нәтижесі. Бала жүктіліктің 40-шы аптасында өздігінен жедел босанудан. Туғанда тыныс алу бұзылу синдромына байланысты нәрестелер патологиясы бөлімшесіне түсті. Түскен кездегі шағымдары: көбікті сілекейдің бөлінуі, әлсіз, шулы тыныстың болуы.

Анамнезінде: 4-ші жүктіліктен, 3-ші босану. Жүктіліктің II-ші триместрде бала жолдасының төмедеуі, колпит санациясы, жүктіліктің 25-26-шы аптасында фебрильді қызба түріндегі ЖРВИ мен ауырды. III-ші триместрде – анемия жеңіл дәрежелі (102 г/л) амбулаторлы емделді. Нәрестенің туған кездегі дене салмағы – 3710 грамм, бойы – 54 см, бас шеңбері – 37 см, кеуде шеңбері – 36 см. Апгар шкаласы бойынша бағалау 7/8 балл. Туылған кездегі жағдайы тыныс алу бұзылыстарына байланысты орташа ауырық дәрежеде. Терісі таза, бозғылт қызғылт, орташа акроцианоз. Балада дизэмбриогенездің айқын стигмалары болды-арахнодактилия (қол-аяқтардың саусақтары қалыптан тыс ұзын, жіңішке, патологиялық қалыпта), қолдың 3 саусағының контрактурасы, қолдың 1 саусағының патологиялық орналасуы, қосымша мойын қатпарлары. Мазасыздық кезінде мұрын-ерін үшбұрышының цианозы. Өкпеде тыныс әлсіреген. Қозғалыс белсенділігі төмендеген. Бұлшықет тонусы төмендеген. Туа біткен шартты рефлекстері баяу қозғалады, тез жоғалады. 30 минут ішінде баланың жағдайына мониторинг жүргізілді: 1,0 л/мин ағыны бар мұрын канюлялары арқылы ылғалданған оттегі берілді. ТЖ – 68 мин. жүрек соғу жиілігі – 158, Сатурация 80%. Динамикада жағдайының нашарлауы байқалады, тыныс алу бұзылыстарына байланысты бала шулы тыныс, кеуде қуысының ішке тартылуы, тыныс алу кезінде мұрын қанаттарының ісінуі, аузынан көбікті сілекейдің бөлінуі, еңтігу ТЖ – 76, сатурация-80%. Жүрек соғу жиілігі – 164 мин. тері, көрінетін шырышты қабаттар таза, бозғылт қызғылт, акроцианоз. Тұрақтандыру шаралары жүргізілді: сәулелі жылу режимі, 2,0 л/в мин ағыны бар мұрын арқылы ылғалданған оттегін берілу, мониторинг. Жағдайды тұрақтандырғаннан кейін, одан әрі бақылау, тексеру және емдеу үшін бала Нәрестелер патологиясы және шала туылған нәрестелерді күту бөлімшесіне ауыстырылды. Туған кезде жалпы қан анализінде гемоглобин – 243 г/л, эритроциттер – $7,2 \times 10^{12}/л$, гематокрит – 67%, лейкоциттер – $36,5 \times 10^9/л$, тромбоциттер – $283 \times 10^9/л$; СРБ – теріс. 24 сағаттан кейін: эритроциттер – $4,5 \times 10^{12}/л$; түсті көрсеткіш – 1.0; лейкоциттер – $8,8 \times 10^9/л$; тромбоциттер- $300 \times 10^9/л$; гематокрит – 46%; гемоглобин 166 г/л; Іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық мәліметтері бойынша өмірдің 2-ші және 10-шы күндерінде құрылымдық өзгерістер анықталған жоқ. ЭхоКГ деректері бойынша өмірдің 2-ші күніне диагноз қойылды: Оң жақ қарыншаның аздап кеңеюі. Клапандар өзгерген жоқ. Үш жармалы клапанның

аздап регургитация. Сол жақ қарынша миокардының жиырылу қабілеті қанағаттанарлық. d – 0.2 cm ООО. d – 0.2 cm ОАП. Шамалы өкпе гипертензиясы. Нейросонография бойынша патология анықталған жоқ. Оң, сол қолдың рентгенографиясы: сол қолдың туа біткен даму аномалиясы (туа біткен деформациялық позиция).

Мамандардың кеңестері: Травматолог-ортопед (23.01.2023 10:00) Қорытынды: D/S: Арахнодактилия. Марфан Синдромы. Ұсынылды: 1) тұрғылықты жері бойынша хирургтың бақылауында болу. Генетик (23.01.2023 10: 00) Қорытынды: Марфан Синдромы? Ұсынылды: 1) тұрғылықты жері бойынша педиатрдың, көз дәрігерінің бақылауы. 2) 6 айдан кейін қайта кеңес беру. Офтальмолог (23.01.2023 10:00) Қорытынды: ПКВ көз дәрігері 40 апта Диагноз; АИ патологиясы жоқ көз түбі 6 айда көз дәрігерін қарау ұсынылады. Кардиолог (24.01.2023 09:00) қорытынды: ПФК: ОАП. ООО. СНФК0 Ұсынылған: 3 айдан кейін динамикадағы ЭХОКГ, 3 айдан кейін ЭХОКГ нәтижелерімен амбулаториялық динамикадағы кардиологтың тексеруі, физикалық белсенділіктен аулақ болу (қатты жылау, кернеу), гипотермиядан аулақ болу, алдын алу. Невропатолог (24.01.2023 10:00) Қорытынды: ОЖЖ-нің гипоксиялық-ишемиялық зақымдануы, церебральды ишемия І дәрежесі, уыттану синдромы, өткір кезең. Р 91.4 ұсынылған: динамикадағы НСГ. Тұрғылықты жері бойынша невропатологтың бақылауында болу.

Перзентханадан өмірдің 10-шы күніне шығарылды. Шығару кезінде баланың жағдайы қанағаттанарлық. Сұраныс бойынша омырауды белсенді сорады. Тексеру кезінде реакция сақталады. Айқайы қатты. Тері және көрінетін шырышты қабаттар қызғылт, таза. Бұлшықет тонусы жеткілікті.

St. Localis: арахнодактилия (жоғарғы және төменгі аяқтың саусақтары әдеттен тыс ұзартылған, тар, патологиялық икемділікке ие), қолдың 3 саусағының контрактурасы, қолдың 1 саусағының патологиялық қондырғысы, қосымша мойын қатпарлары. Үлкен еңбегі керілмеген. Кеуде қуысы симметриялы. Өкпеде тыныс алу барлық кеңістікте тыңдалады, сырыл жоқ. Жүрек тондары айқын, ырғақты. Іші жұмсақ, бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Кіндік аймағы таза, өзгерген жоқ. Нәжісі тұрақты. Зәр шығару еркін. Шығару кезіндегі салмағы – 3722 грамм. Нәресте анасымен бірге үйге шығарылды, анасына нұсқаулар мен кеңестер берілді.

Қорытынды.

Қазіргі уақытта бүкіл әлемде тұқым қуалайтын және туа біткен дәнекер тін ауруларының өсуі байқалады. Медициналық-генетикалық білімді жетілдірудің арқасында біз тұқым қуалайтын өзгергіштікті ерте кезеңдерде анықтай аламыз. Марфан синдромы бар науқастар кешенді және көпсалалы тексеруді қажет етеді. Марфан синдромы бар науқастардың өмір сүру ұзақтығы мен сапасы негізінен жүрек-тамыр жүйесі, қаңқа және көздің зақымдану көлемі мен ауырлығына байланысты. Емдеуді ерте бастау өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік береді.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Б.С. Омаргазина

НАО «Медицинский Университет Астана», г. Астана, Казахстан

Актуальность темы

Согласно мировой статистике, ежегодно в мире рождается около 15 млн недоношенных детей, более 1 млн из них умирают вскоре после рождения, а среди выживших — высокий процент детей, имеющих физическую и неврологическую инвалидность.

В общей популяции новорожденные младенцы с экстремально низкой (500-999 г) и очень низкой (от 1000 до 1499 г) МТР в Казахстане составляют не более 1%, что соответствует показателю развитых стран, например, Великобритании. Однако в структуре ранней неонатальной смертности (РНС) по весовым категориям этот контингент новорожденных занимает лидирующее положение, составляя 53%, а среди выживших — высок удельный вес инвалидов (1,2).

Одной из наиболее частых проблем раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных являются гемодинамические нарушения, что обусловлено функционированием фетальных коммуникаций в постнатальном периоде, определяемых особенностями перехода плодового кровообращения на кровообращение новорожденного в первые 24 часа после рождения (3).

В патогенезе развития и прогрессирования критических состояний у новорожденных одну из ведущих ролей играет артериальная гипотония (АГ) и, как следствие - нарушение перфузии тканей. Известно, например, что у 40% недоношенных с гестационным возрастом менее 30 недель, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), отмечается артериальная гипотония (АГ), развивающаяся в первые 24 часа жизни. Клинические проявления артериальной гипотонии разнообразны: от практически бессимптомного течения до клиники шока (4,5,6).

Генез артериальной гипотонии у новорожденных многообразен. Как правило, имеется сочетание различных факторов, нередко трудно диагностируемых в клинической практике, что требует улучшения качества диагностики и лечения гемодинамических нарушений (7,8).

В последнее время обсуждается вопрос ведения новорожденных с артериальной гипотонией на основании данных кровотока в верхней полой вене (ВПВ). Нарушение кровотока в ВПВ ассоциировано с увеличением летальности и нарушениями нервно-психического развития в возрасте 3 лет (9,10,11).

В настоящее время в Казахстане диагностика гемодинамических нарушений у новорожденных детей, базируется преимущественно на косвенных методах, что приводит порой к гипердиагностике, либо недооценке нарушений, а также к полипрогмазии и частому или необоснованному использованию инотропных препаратов, либо отсутствием коррекции гемодинамики в целом.

Более надежные методы оценки гемодинамики и системного кровотока помогли бы улучшить качество диагностики гемодинамических нарушений в неонатологии, и соответственно улучшить лечебный подход, снизить частоту смертности и процент инвалидизации.

В настоящее время в неонатологии используется функциональная эхокардиография, которая может обеспечить не только объективную оценку сердечной функции и сердечного выброса, выявить гемодинамически значимый открытый артериальный проток, но и позволит надежно оценить системный кровоток.

Приведенные факты обосновывают актуальность проведения исследования, по ранней оценке, характера гемодинамических нарушений на основании данных кровотока в верхней полой у недоношенных новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела и их неблагоприятных последствий.

Цель исследования:

Обосновать возможность эхокардиографического исследования для измерения кровотока в ВПВ, произвести замеры показателей скорости кровотока в верхней полой вене у недоношенных новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, установить средние показатели.

Материал исследования:

Обследовано 30 недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении методом сплошной выборки.

Критерии исключения: новорожденные с грубыми врожденными пороками сердца.

Методы исследования:

Эхокардиографическое исследование сердца младенцев с ЭНМТ и ОНМТ (оценка сердечного выброса, кровотока ВПВ в первые 24 часа жизни после рождения в мл/кг/мин и в динамике).

Ультразвуковое исследование головного мозга младенцев с ЭНМТ и ОНМТ в первые 24 часа жизни после рождения и на 3, 7, 14 сутки.

Результаты

В результате исследования с учетом критериев исключения исследовано 29 недоношенных новорожденных, из них 18 недоношенных детей с ЭНМТ и 11 с ОНМТ. Средний вес в категории детей с ЭНМТ составил 721 грамм, среди детей с ОНМТ 1323 грамма. Было обследовано 48% девочек, 52% мальчиков. Большинство детей получили профилактику РДС кортикостероидами, что составило 55% новорожденных. Большая часть детей находилась на ВВЛ (59%) без использования сурфактантзаместительной терапии (62%). Средний уровень рН сразу же после рождения составил 7,2, средний показатель уровня лактата у недоношенных составил 6,4. У 4% недоношенных детей отмечался нулевой диастолический кровоток в передней мозговой артерии в первые сутки жизни. У 7% новорожденных выявлено ВЖК в первые 7 суток жизни. У 17% детей на момент осмотра использовалась водная нагрузка либо использовалась кардиотоническая поддержка. Средняя скорость кровотока в верхней полой вене у недоношенных детей составила 245,6 мл/кг/мин, при этом минимальная скорость зарегистрирована как 46 мл/кг/мин, а максимальная 394 мл/кг/мин. Среди детей с ЭНМТ при рождении средний показатель кровотока в ВПВ составил 238 мл/кг/мин, у детей с ОНМТ 256 мл/кг/мин. У 27% недоношенных детей с неблагоприятным исходом средний уровень кровотока в ВПВ составил 185 мл/кг/мин.

Выводы

1. Наиболее значимым методом диагностики для выявления гемодинамических нарушений у недоношенных новорожденных является функциональная диагностика сердца в комплексе с косвенными клиническими показателями нарушения гемодинамики. Функциональная эхокардиография — рациональный и неинвазивный метод, который может обеспечить не только объективную оценку сердечной функции и сердечного выброса, выявить гемодинамически значимый открытый артериальный проток, но и позволит надежно оценить системный кровоток, величина которого определяет сердечный выброс.

2. Средняя скорость кровотока в верхней полой вене у недоношенных детей составила 245,6 мл/кг/мин, при этом минимальная скорость зарегистрирована как 46 мл/кг/мин, а максимальная 394 мл/кг/мин. Среди детей с ЭНМТ при рождении средний показатель кровотока в ВПВ составил 238 мл/кг/мин, у детей с ОНМТ 256 мл/кг/мин.

На данном этапе исследование продолжается с целью выявления корреляции показателя кровотока в верхней полой вене с другими клиническими показателями нарушения гемодинамики, выявление взаимосвязи с неблагоприятными исходами у новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Tamanna Moore, Jonathan Myles e.a., Neurological and developmental outcome in extremely preterm children born in England in 1995 and 2006: the EPICure studies. *BMJ* 2012 Dec 4;345:e7961. doi: 10.1136/bmj.e7961.
2. Чувакова Т.К., Карин Б.Т., Джаксалыкова К.К., Жумамбаева С.М. Резервы снижения ранней неонатальной смертности в Республике Казахстан по результатам конфиденциального аудита // *Наука и здравоохранение*. 2021. 5(Т.23). С. 49-57. doi 10.34689/SH.2021.23.5.006
3. Fanaroff JM, Fanaroff A.A. Blood pressure disorders in the neonate: Hypotension and hypertension [Раздел книги] // *Neonatology. A practical approach to neonatal diseases* / авт. книги Buonocore G, Bracci R, Weindling M. - Milano: Springer-Verlag Italia, 2012
4. Lyu Y., Ye X.Y., Isayama T., et al. Admission Systolic Blood Pressure and Outcomes in Preterm Infants of \leq 26 Weeks' Gestation // *American Journal of Perinatology*. 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1603342.
5. Barrington KJ Hypotension and shock in the preterm infant. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* [Журнал] // *Pediatrics*. - 2008 г. - 13. - стр. 16-23.
6. Groves AM Kuschel CA, Knight DB, Skinner JR Relationship between blood pressure and blood flow in newborn preterm infants [Статья] // *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* -2008 г.- Т. 93. - стр. 29-32.
7. Doyle LW Cardiopulmonary outcomes of extreme prematurity [Журнал] // *Semin Perinatol.* - Feb 2008 г.- Т. 32(1). - стр. 28-34.
8. Hofstetter A.O. Legnevall L., Herlenius E., Katz-Salamon M. Cardiorespiratory development in extremely preterm infants: vulnerability to infection and persistence of events beyond term-equivalent age. [Журнал] // *Acta Paediatrica*. - 2007 г. - Т. 97. - стр. 285-92.
9. De Waal K., & Kluckow M. (2020). Superior vena cava flow: Role, assessment and controversies in the management of perinatal perfusion. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 101122. doi:10.1016/j.siny.2020.101122
10. Bennett WF, Altaf F, Deslauriers J. Anatomy of the superior vena cava and brachiocephalic veins. *Thorac Surg Clin* 2011;21(2):197–203.
11. Kluckow M and Evans N: Superior vena cava flow. A novel marker of systemic blood flow. *Arch Dis Child* 82:2000; F182-F187.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА TNF- α ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л. И. Сулейманова¹, З.С. Камалов², З.Ж. Рахманкулова¹, У.П. Набиева²

¹Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

² Институт иммунологии и геномики человека АН Республики Узбекистана

Актуальность. Внебольничная пневмония в структуре детской заболеваемости и смертности занимает одно из лидирующих мест, особенно среди новорожденных и детей раннего возраста.

Цель исследования. Провести анализ содержания провоспалительного цитокина FNO- α у новорожденных и детей раннего возраста с внебольничной пневмонией в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материал и методы. Всего обследовано 170 детей, из них 120 с внебольничной пневмонией: 52 новорожденных и 68 детей раннего возраста. Группу контроля составили 50 здоровых детей. Иммунологические исследования у обследованных детей проводились в лаборатории иммунорегуляции Института иммунологии и геномики человека АН РУз. Содержание TNF- α в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (тест-система АО «ВЕКТОР-БЕСТ» - Россия, Новосибирск). Статистическая обработка материала проведена с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Достоверность различий изученных показателей оценивали по критерию Стьюдента (t).

Результаты. Установлено, что у новорожденных детей с внебольничной пневмонией уровень продукции TNF- α был достоверно повышен и при среднетяжелой, и при тяжелой степени относительно контроля. При этом наибольшее его увеличение отмечалось у новорожденных детей с тяжелой внебольничной пневмонией. Так, содержание TNF- α у новорожденных со среднетяжелым течением составило $42,5 \pm 1,1$ пг/мл, что было в 2,3 раза больше ($P < 0,001$), чем в группе контроля - $18,7 \pm 1,3$ пг/мл, а у новорожденных с тяжелым течением содержание этого цитокина было повышено в 2,9 раза ($P < 0,001$) относительно контроля и составило $53,6 \pm 2,4$ пг/мл. У детей раннего возраста содержание TNF- α также при среднетяжелом течении пневмонии было повышено в 2 раза относительно контроля, соответственно $43,7 \pm 2,5$ пг/мл и $21,3 \pm 1,1$ пг/мл. У детей раннего возраста с тяжелым течением внебольничной пневмонии уровень TNF- α превышал значения контроля в 3,2 раза ($P < 0,001$) и составил $69,1 \pm 3,4$ пг/мл, и также он был несколько выше, чем у новорожденных детей с тяжелым течением заболевания.

Выводы. Таким образом, полученные данные показывают, что у новорожденных и детей раннего возраста при внебольничной пневмонии с увеличением степени тяжести резко возрастает продукция провоспалительного цитокина TNF- α .

УДК: 616.24-002: 618.3:577.161.2

АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Г.Б. Тайоразова, А.Р. Алимбаева, Е.А. Гейнц, С.З.Танатаров, Н.М. Аильбаева, М.Ш. Нигманова, Ш.М. Аильбаева
НАО «Медицинский Университет Семей», г.Семей, Республика Казахстан

Актуальность. Во всем мире на пневмонию приходится почти каждый пятый случай смерти среди детей старше 5 лет. Этиологические факторы пневмонии варьируются в зависимости от возраста, источника инфекции (внебольничная или внутрибольничная пневмония) и лежащих в основе дефектов хозяина, таких как иммунодефицит. В неонатальном периоде недоразвитая иммунная система предрасполагает новорожденных, особенно недоношенных, к легочным инфекциям, что является основной причиной смерти. Витамин D является стероидным гормоном, который играет важную роль в гомеостазе кальция и фосфора, метаболизме костей и развитии костей. Недавно сообщалось о роли витамина D в гомеостазе глюкозы, сердечно-сосудистых заболеваниях, иммунной системе и раке. Действительно, в многочисленных сообщениях предполагается жизненно важная роль витамина D в функционировании и регуляции иммунной системы, поскольку 1,25-дигидроксивитамин D может способствовать врожденному незрелому ответу на патоген. Кроме того, многочисленные исследования выявили связь респираторных инфекционных заболеваний и недостаточности витамина D в сыворотке у детей без рахита. Биомаркеры, применяемые в синергии с клиническими признаками и симптомами пневмонии, могут предоставить дополнительные данные о тяжести заболевания и дифференциации между бактериальной и вирусной этиологией. Пентраксин 3 известен как медиатор острой фазы, активность которого быстро возрастает при воспалительных и инфекционных заболеваниях.

Цель. Исследование было направлено на оценку концентрации витамина D в сыворотке крови недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией.

Материалы и методы исследования. Мы определили уровни 25(OH)D пуповинной крови ИФА методом в Центре научно-исследовательской лаборатории НАО «МУС» у 228 младенца, родившихся в «Областном перинатальном центре» Области Абай, РК. В основную группу вошли 76 недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией, в контрольную группу вошли 152 недоношенных новорожденных без врожденной пневмонии.

Результаты. В основную группу вошли 76 (33,3%) детей, в контрольную группу вошли 152 (66,7%) детей. Из них 111 (48,7%) были мальчиками, 152 (66,7%) девочками. При этом, в основной группе мальчиков было 44 (57,9%), девочек 32 (42,1%), в контрольной группе мальчиков было 67 (44,1%), девочек 85 (55,9%). Средний срок гестации был 31,6 (95%ДИ:31,2-32,0) недель СО=2,88, минимальный срок гестации был 24,0 недель, максимальный гестационный срок был 36,0 недель. При этом в основной группе средний срок гестации был 29,9 (95%ДИ:29,4-30,5) недель СО=2,51, минимальный срок гестации в этой группе был 24 недель, максимальный срок гестации 35 недель. Средний срок гестации в контрольной группе был 32,4 (95%ДИ:32,0-32,9) недель СО=2,69, минимальный срок гестации в этой группе был 25 недель, максимальный срок гестации 36 недель. Средний уровень 25(OH) D был равен 18,0 (95%ДИ:17,0-19,0) нг/мл СО=7,77, минимальный уровень был равен 1 нг/мл, максимальный уровень был равен 32 нг/мл. При этом в основной группе средний уровень 25(OH) D был равен 12,0 (95%ДИ:10,3-

13,6) нг/мл $CO=7,28$, минимальный уровень был равен 1 нг/мл, максимальный уровень был равен 30 нг/мл. В контрольной группе средний уровень 25(OH) D был равен 21,0 (95%ДИ:20,1-22,0) нг/мл $CO=6,07$, минимальный уровень был равен 4 нг/мл, максимальный уровень был равен 32 нг/мл. Средний уровень 25(OH)D в плазме пуповины составил 34,0 нг/мл (диапазон: 4,1–95,3 и стандартное отклонение: 14,1). Младенцы, рожденные до 32 недель гестации, имели повышенные шансы иметь уровни 25(OH)D ниже 20 нг/мл в нескорректированной (отношение шансов (ОШ): 2,2; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,1–4,3) и скорректированной модели (ОШ: 2,4; 95% ДИ: 1,2–5,3) по сравнению с более зрелыми детьми.

Выводы. Младенцы, рожденные в сроке гестации <32 недель, подвержены более высокому риску низкого уровня 25(OH)D, чем более зрелые дети. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования связи между низким уровнем 25(OH)D и преждевременными родами и их последствиями.

СТАБИЛИЗАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ПО МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ LISA ЗА 2022 ГОД В ЖОМБ

*Т.Ж. Толыкбаев, А.Г. Туленбетова, Л.Х. Асанова
Жамбылская областная многопрофильная больница, г. Тараз, Казахстан*

Актуальность: Недоношенные дети наиболее уязвимы сразу после рождения. Ведение ребенка в первые минуты жизни может оказать существенное влияние на важные краткосрочные и долгосрочные заболевания, связанные с недоношенностью. Применение методов неинвазивной вентиляции (НИВ) с рождения в родильном зале (ДР) во время фетально-неонатального перехода снижает потребность в инвазивной механической вентиляции, смертность и бронхолегочную дисплазию (БЛД). Недавно были внедрены методы введения сурфактанта, исключаяющие вентиляцию легких.

Цель: Цель нашего исследования состояла в том, чтобы оценить влияние внедрения новой процедуры менее инвазивного введения сурфактанта (LISA) а также влияние стабилизации недоношенного и определить, связано ли это с улучшением респираторных исходов.

Метод исследования: В этом ретроспективном исследовании по улучшению качества были проанализированы недоношенные дети, родившиеся до 30 недель гестации в период с января 2022 года по январь 2023 г. проанализированы с использованием протокола по стабилизации составленный по Европейскому стандарту. Затем влияние LISA на респираторный исход оценивали путем учета состояния недоношенных во время нахождения в ОРИТН.

Результаты: За период исследования было включено 140 младенцев. Было выявлено что БЛД развился в 9% (у 12 детей), умершие в 24% случаев. В 19% случаев метод введения сурфактанта было через интубацию трахею, в 78% случаев введение сурфактанта было по малоинвазивному методу. Через 6 часов после рождения ИВЛ потребовали в 47% случаев, в 50% случаев у детей не потребовалась ИВЛ. Стабилизация сделана детям в весе при рождении 500-749грамм – 34 младенцам, 750-999грамм- 55 младенцев, 1000-1249грамм- 28 младенцам, 1250-1499 грамм- 18 детям. В 31% случаев нахождения в ОРИТН составило в 10-15дней.

Заключение: В этом исследовании успешное внедрение нового метода было связано с более низкой частотой ИВЛ через неделю после рождения, значительного снижения БЛД I/II/III степени и смертности.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Т.Ж. Толыкбаев, Ш.А. Худайбергенов, Л.Х. Асанова
Жамбылская областная многопрофильная больница, г. Тараз, Казахстан*

Актуальность: Хирургическая помощь новорожденным улучшается с каждым годом. Пренатальная диагностика пороков развития выявляет пороки развития на ранних сроках беременности. В связи с этим летальность новорожденных с пороками ежегодно уменьшается. Но на данный момент остро стоит вопрос выживаемости новорожденных с НЭК

НЭК является «болезнью выживших недоношенных», поэтому количество больных с этой патологией будет неизбежно расти параллельно повышению выживаемости глубоко недоношенных новорожденных, а также детей группы риска (недоношенные дети, пациенты, перенесшие гипоксию в родах, а также угрожаемые по развитию интранатальной и внутриутробной инфекции)

Часто встречающиеся проблемы в хирургии новорожденных на сегодня это некротизирующий энтероколит у новорожденных. С начала года проведено 3 операции недоношенным новорожденным. На примере одного из пациентов рассмотрим возникновение и лечение заболевания.

Заболевание у новорожденного выявлено к концу 1 суток жизни. у многорожавшей женщины в возрасте 41 лет. Из анамнеза у матери во время беременности гипертензия, осложненная преэклампсия тяжелой степени, по поводу которой было решено родоразрешение по медицинским показаниям без родовой деятельности. В недоношенном сроке родился ребенок мужского пола, с весом 2200 гр. В первые сутки у ребенка отмечается нарушение дыхания в виде дыхательных нарушений 2 степени. Проведена коррекция неинвазивной вентиляцией аппаратом НСРАР. В динамике в 1 сутки отмечается нарушение гемодинамики с нарушением толерантности к пище (вздутие живота, по желудочному зонду застой желчи). Сразу же проведено рентгенологическое исследование брюшной полости, на котором отмечается статическая петля. Решено в экстренном порядке провести оперативное вмешательство. Операция ревизия брюшной полости, устранение динамической непроходимости кишечника, проведена под спинальной анестезией. Первые сутки находился в реанимационном отделении, в последующем получал полное парентеральное питание в течении 7 суток, на 7 сутки переведен в палату совместного пребывания с матерью и на 15 сутки выписан домой с выздоровлением. Контрольный осмотр ребенка хирургом в возрасте 1 месяца состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Некротизирующий энтероколит - это болезнь новорожденных, гемодинамика у которых страдавшая внутриутробно в большинстве случаев встречающаяся у недоношенных новорожденных (так как гемодинамику у новорожденных с экстремально низкой массой тела контролировать тяжелее). Частота встречаемости варьируется в зависимости от рождаемости новорожденных с экстремально низкой массой тела и детей у которых страдала гемодинамика внутриутробно, из за фона у беременных (преэклампсии, сахарный диабет и т.д.). Дети обычно рождаются недоношенными и с малой массой тела. Инфекции у матери, курение, наркомания и все факторы, которые могут вызвать низкий вес плода, нарушение гемодинамики повышают частоту энтероколита. Риск возникновения энтероколита у новорождённых от беременных с ИППП, на 50 % выше.

Ежегодно проводятся в среднем 15-20 операции новорожденным в перинатальном центре ЖОМБ с некротическим энтероколитом у новорожденных. Послеоперационная выживаемость составляет в среднем 60-70 % при данном заболевании. Поэтому, я считаю эту тему актуальной для обсуждения и выведения дальнейшей тактики как лечения, так и предотвращения этого заболевания.

Заключение:

Больных с НЭК лучше оперировать до развития перфорации кишки.

Новорожденные, особенно группы риска, должны быть консультированы детским хирургом при проявлении первых симптомов НЭК, до развития хирургических осложнений.

Операцией выбора у больных с НЭК является экономная резекция пораженных отделов кишечника с наложением кишечных стом.

Стомы необходимо закрывать не позднее 3-4 недель после их наложения

Улучшение результатов лечения НЭК возможно лишь при тесном взаимодействии врачей различных специальностей

МОЛНИЕНОСНАЯ ПУРПУРА НОВОРОЖДЕННЫХ. ДЕФИЦИТ ПРОТЕИНА С: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Тортаева Г.С., Букибаева Г.Т.

Корпоративный фонд «University Medical Center», г. Астана, Казахстан

Абстракт.

Молниеносная пурпура новорожденных является редким, опасным для жизни состоянием, вызванным врожденным или приобретенным дефицитом протеина С или S и антитромбина III. Неонатальная молниеносная пурпура описывает синдром внутрисосудистого тромбоза и геморрагического инфаркта кожи, который быстро прогрессирует и сопровождается сосудистым коллапсом и диссеминированным внутрисосудистым свертыванием.

Ключевые слова: новорожденные дети, гематомы, ДВС, медикаментозная терапия.

Молниеносная пурпура новорожденных

Молниеносная пурпура новорожденных является редким, опасным для жизни состоянием, вызванным врожденным или приобретенным дефицитом протеина С или S и антитромбина III. Неонатальная молниеносная пурпура описывает синдром внутрисосудистого тромбоза и геморрагического инфаркта кожи, который быстро прогрессирует и сопровождается сосудистым коллапсом и диссеминированным внутрисосудистым свертыванием. Состояние часто приводит к летальному исходу, если нет раннего распознавания клинических симптомов, быстрой диагностики и начала заместительной терапии. [1]

Молниеносная пурпура остается относительно редким заболеванием, первые случаи были описаны в 1884 г., и поэтому большинство статей, написанных о ней, представляют собой отчеты о клинических случаях и серии случаев. Молниеносная пурпура была описана у новорожденного в 1962 году, и предполагалось, что ее этиология является наследственным заболеванием, поскольку у трех братьев и сестер были схожие поражения кожи. [2] Только в 1983 году у ребенка была описана возможная связь между клиническими проявлениями молниеносной пурпуры и дефицитом протеина С, и вскоре после этого первый ребенок с подтвержденным гомозиготным дефицитом протеина С был успешно вылечен заместительной терапией протеином С. [3,4] Наследственная неонатальная форма с тяжелым дефицитом протеина С встречается примерно в 1:1 000 000 живорождений. [5]

Бывают как врожденные, так и приобретенные причины молниеносной пурпуры новорожденных. Наследственные причины связаны с дефицитом гомозиготного протеина С или S; Приобретенные причины более распространены и часто связаны с тяжелой инфекцией, вызывающий коагулопатию и относительный дефицит протеина С. [6,7]

Если дефицита протеина С или S в пределах семьи известна, доступна пренатальная диагностика для женщин из группы риска рождения ребенка с гомозиготной недостаточностью. Для этого требуется биопсия ворсин хориона. Несмотря на идентификацию почти 200 уникальных мутаций в генах протеина С и 131 в гене протеина S, 6,36,37 основной дефект не всегда идентифицируется. [8] Забор крови плода предлагает альтернативный метод; однако, уровень фетального протеина С во втором триместре может быть очень низким (ниже 8%). Так как при биопсии ворсин хориона возможно попадание материнской крови, предоставляется сложным отличить это гетерозиготное и гомозиготное состояние. При врожденном дефиците протеина С в центральной нервной системе могут возникнуть осложнения в третьем триместре, антенатальная диагностика может дать возможность для раннего вмешательства, своевременным родоразрешением и началом заместительной терапии, и предотвращение разрушительных последствий тяжелого протеина С дефицита. [9]

Молниеносная пурпура новорожденных обычно проявляется быстрым появлением кожных пурпурных поражений после рождения и ДВС-синдрома. Кожные проявления молниеносной

пурпуры имеют характерный внешний вид и эволюцию. Молниеносная пурпура начинается с эритемы, в центре которой развиваются неравномерные участки сине-черного геморрагического некроза. В некоторых случаях образуются везикулы и буллы. Пораженная кожа вначале болезненна и уплотнена, но на более поздних стадиях может наблюдаться полная потеря чувствительности. Возможно вторичное инфицирование гангренозной ткани, некроз может распространяться на более глубокие ткани, что в дальнейшем приведет к ампутации конечностей. [10] Тяжелый дефицит протеина С часто связаны с тромбозом сосудов головного мозга и офтальмологические осложнения, включая кровоизлияние в стекловидное тело и отслоение сетчатки, которое может привести к частичному или полному слепоте. [11,12] В острой фазе лабораторные данные соответствуют ДВС-синдрому: тромбоцитопения, гипофибриногемия, увеличение количества продуктов деградации фибрина и увеличение протромбина (ПВ) и активированного частичного тромбопластинового (АЧТВ) время. Если состояние не распознано и своевременно не проводится лечение, оно обычно приводит к летальному исходу. Появление симптомов обычно происходит в течение 2-12 часов после рождения. Однако встречаются дети с более поздним проявлением молниеносной пурпуры в возрасте от 6 до 12 месяцев. [13,14]

Лечение в острую фазу включает проведение заместительной терапии свежезамороженной плазмой или концентратом протеина С и поддерживающую терапию, включающую антикоагулянтную терапию варфарином или низкомолекулярным гепарином [15].

Существует два вирусно-инактивированных белка, полученных из плазмы человека. Доступны концентраты С: цепротин (Baxter Bioscience, Glendale, CA, США) лицензирован для использования при врожденном дефиците протеина С в США и Европа; и Protexel (LFB, Лилль, Франция) лицензирован для использования в Европе. К сожалению, эти лекарственные препараты не получили широкого распространения в России и во многих других странах. Начальная доза обоих препаратов составляет 100 ЕД/кг, затем по 50 ЕД/кг каждые 6 ч. [16] Дозировка основана на том факте, что 1 МЕ/кг концентрата протеина С увеличивает содержание протеина С в плазме на 1 МЕ/дл, а период полувыведения плазменного протеина С составляет 6-10 часов. [17, 18].

Трансплантация печени была проведена как успешное лечение дефицита гомозиготного протеина С при отсутствии возможности в проведении заместительной терапии [19].

Дифференциальная диагностика молниеносной пурпуры новорожденных проводится с кальцифилаксией, кумадиновый некроз, менингококкемия, некротизирующий фасцит, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, синдром токсического шока, тромбофлебит, васкулит.

В КФ УМС, в ОРИТН на 3 день жизни поступил ребенок с диагнозом: Геморрагическая болезнь новорожденного. Острый тромбоз сосудов нижних конечностей и тромбоз сосудов головного мозга. Острый инфаркт мозга. Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, острый период, тяжелое течение. ВЖК (не травматическое) 3 степени. Неонатальные судороги.

Из анамнеза: Ребенок от 3 беременности, 2 родов. 1-ая беременность – 2020 г – срочные роды, 3300гр, б/о 2-ая беременность - самопроизвольный выкидыш в сроке 7 недель, 3-я беременность – данная.

На Д учете с 12 недель. В 12 недель стационарное лечение с диагнозом угрожающий аборт. На 34 недели стационарное лечение с диагнозом ложные схватки. Из обменной карты - в сроке 18 недель - заключение инфекциониста от 31.05.22. - Хр. цитомегаловирусная инфекция, латентное течение, легкой степени тяжести (ИФА IgG положительные во время беременности на ЦМВИ, краснуха от 15.04.2022.), в акушерском диагнозе - хр.сальпингоофорит, из обменной карты - неоднократно кольпит во время беременности.

Акушерский диагноз: Быстрые срочные роды в сроке 38 недель+4 дня. Однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода. Родилась девочка, вес при рождении 3070 г, рост при рождении 49 см. Окружность головы 33см. Окружность груди 32см. Оценка по шкале Апгар 8/9 б.

С рождения находилась с мамой, сосала грудь активно. На 3 день жизни ребенок начал вялое сосать, появились судороги в конечностях клонического характера, кратковременные, купировались самостоятельно. Состояние ребенка расценивалось как тяжелое за счет судорожного синдрома, геморрагического синдрома. Температуру удерживала в норме. Обходилась без дополнительной респираторной поддержки и оксигенации. Сатурация в пределах нормы. Кожные покровы чистые, субиктеричные до 2 зон по шкале Крамера. В области левой стопы на уровне голеностопного сустава и пятки определяется образование неправильной формы, темно - синего цвета, при пальпации ребенок реагирует - предположительно гематома (размеры образований в выписке при поступлении не указаны). В области правой стопы точечные образования темно-синего цвета в количестве 3 штук. Голова конфигурирована, кости черепа плотные, большой родничок 0,5x0,5 см, выполнен. Неврологический статус: На осмотр ребенок реагирует беспокойно - крик раздражительный. Тонус мышц умеренно снижен. Рефлексы врожденного автоматизма вызываются, оживлены. ОД=ОС. Фотореакции сохранены. Судорог и тремора при поступлении отделение реанимации нет. Менингеальные знаки отрицательные. Реакция на звук «+». Пульс на периферических сосудах определяется, включая сосуды стопы - удовлетворительных свойств. Обследована:

По данным ОАК - гемоглобин 154 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гематокрит 45%, лейкоциты $17,9 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $125 \times 10^9/л$. В динамике в ОАК отмечалось снижение гемоглобина до 124 г/л, тромбоцитов до $34 \times 10^9/л$. По данным коагулограммы ПТВ 14,9 сек, МНО 1,06, ПТИ 93%, фибриноген 2,9 г/л. В Б/х анализе крови гипербилирубинемия за счет непрямой фракции, билирбин общий 153,2 мкмоль/л, прямой 22,8 мкмоль/л. НСГ признаки ВЖК 3 степени справа, паренхиматозного кровоизлияния слева, гипоксических изменений структур головного мозга. УЗИ мягких тканей по наружной стороне левой стопы лоцируются гематомы подкожные 21-5мм, жидкостные образования со взвесью, по наружной стороне стопы гематомы 6-12мм со взвесью, кровеносные сосуды по периферии в образованиях не лоцируются проходимость вен нижних конечностей не нарушена сжимаемы, проходимы. Заключение: Гематомы стоп. Консультация сосудистого хирурга в области левой стопы на уровне голеностопного сустава, нижней трети голени и пятки определяется образование неправильной формы, темно - синего цвета, в динамике наблюдалось увеличение размеров гематом. Заключение: Спонтанные гематомы обеих н/конечностей. Консультация онкогематолога Диагноз: Тромбоз нижних конечностей? ОНМК по ишемическому типу? Тромбоцитопения потребления. Коагулопатия. Синдром Казабаха-Мерритта?

Учитывая тяжесть заболевания, ребенок переведен в КФ УМС г.Астана для дальнейшего обследования и лечения.

При поступлении в ОРИТН КФ УМС: Состояние крайне тяжелое, за счет геморрагического синдрома и неврологической симптоматики. Температура тела в пределах нормы. В сознании, на осмотр реагирует болезненным плачем, двигательная активность снижена. Глаза открывает, фотореакция положительная. Голова округлой формы, Б.Р. 1,5 x 1,5 см, не напряжен. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы врожденного автоматизма не вызываются. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Симптом «белого пятна» до 2 секунд. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, сухие. Видимые слизистые чистые, бледно – розовые. Дыхание самостоятельное, отмечалось снижение сатурации, подключен увлажненный кислород через биназальные канюли потоком 0,5л/мин, сатурация восстановилась. Аускультативно в легких дыхание проводится по всем полям, проводные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника выслушивается вялая. Стула при осмотре не было. Мочится.

Локальный статус: в области подошвы левой стопы с переходом в голеностопного сустава по задней поверхности до средней трети голени имеется образование сине-черного цвета и

образованием пузыря с геморрагическим содержимым, на ощупь конечность теплая, дистальный отдел конечности, пальцы розовые. В области внутренней поверхности голеностопного сустава отмечается образование сине-черного цвета и образованием пузыря с жидкостным содержимым размером 3,0x1,5см, на ощупь конечность теплая. Пальпация болезненная, движения в обеих нижних конечностях в полном объёме.

На 8 день жизни ребенок переведен в отделение неонатологии КФ УМС.

При обследовании выявлено: дефицит протеина С, выявлен снижение антитромбина III в анализах крови. По данным коагулограммы отмечалась гипофибриногемия,

Проведенное лечение: гемостатическая терапия, подключен Октаплекс из расчета 50 мг/кг каждые 6 часов. Проводилась трансфузия СЗП. Пузыри самостоятельно вскрывались и образовывались корки.

На 14 день жизни, у ребенка отмечаются клонические судороги, повышение температуры тела до 38С, на фоне которой появлялись новые гематомы в паховой области с переходом на внутреннюю часть левого бедра и левой половой губы размером 5,0x5,0см, на подошве правой стопе размером 2,0x0,5см. Назначена противосудорожная терапия.

При проведении КТ головного мозга выявлены признаки последствий гипоксически-ишемического поражения вещества головного мозга, участки кровоизлияния в правом полушарии большого мозга, выраженной внутренней гидроцефалии, гигромы субарахноидального пространства обоих полушарий. В динамике КТ- картина с ухудшением в виде нарастания внутренней гидроцефалии и гипоксически-ишемического поражения вещества головного мозга.

Осмотр офтальмолога – Диагноз: OD - Аномалия развития ДЗН. Синдром косоугольного вхождения ДЗН. OU - пролиферативная витреохориоидопатия.

На 43 день жизни отмечается повторное появление гематомы в области передней брюшной стенки размером 10x3,5см, на ощупь плотная, горячая, болезненная. Через 3 дня в области гематом появлялись пузыри, которые сами вскрывались с образованием корки. Корки постепенно отходили, обработка гематом не проводилась, заживали самостоятельно, проводился охранительный, щадящий режим, гемостатическая, противосудорожная терапия. В динамике в области передней брюшной стенки корочки полностью отпали, кожа под ними розовая, без признаков воспаления. В области голеностопного сустава слева и в области пятки корки в динамике отходят, кожа под ними розовая, без признаков воспаления. В паховой области и подошве правой стопы корочки полностью отпали, кожа под ними розовая.

Учитывая стабильное состояние, отсутствие новых гематом, полное заживление «старых» гематом, ребенок переведен по месту жительства для дальнейшего наблюдения и лечения с рекомендациями.

Заключение: Неонатальная молниеносная пурпура, вызванная врожденным или приобретенным дефицитом протеина С или S, остается опасным для жизни состоянием. Раннее выявление клинических симптомов, своевременная диагностика и заместительной терапии снижают смертность.

NEONATAL PURPURA FULMINANS. PROTEIN C DEFICIENCY: CASE STUDY

Abstract

Neonatal Purpura Fulminans is a rare, life-threatening condition caused by congenital or acquired deficiencies of protein C or S and antithrombin III. Neonatal Purpura Fulminans describes the syndrome

of intravascular thrombosis and hemorrhagic cutaneous infarction, which progresses rapidly and is accompanied by circulatory collapse and disseminated intravascular coagulation.

Key words: newborn infants, hematomas, DIC, drug therapy.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Irfan Kazi SG, Siddiqui E, Habib I, Tabassum S, Afzal B, Khan IQ. Neonatal Purpura Fulminans, a rare genetic disorder due to protein C deficiency: A case report. *J Pak Med Assoc.* 2018 Mar;68(3):463-465.
2. Van Der Horst RL. Purpura fulminans in a newborn baby. *Arch Dis Child* 1962;37:436e41.
3. Sills RH, Marlara RA, Montgomery RR, Deshpande GN, Humbert JR. Severe homozygous protein C deficiency. *J Pediatr* 1984;105:409e13.
4. Branson HE, Katz J, Marble R, Griffin JH. Inherited protein C deficiency and coumarin-responsive chronic relapsing purpura fulminans in a newborn infant. *Lancet* 1983;2:1165e8.
5. Lamadrid-Zertuche AC, Garza-Rodriguez V, Ocampo-Candiani JJ. Pigmented purpura and cutaneous vascular occlusion syndromes. *An Bras Dermatol.* 2018 Jun;93(3):397-404.
6. Reitsma PH, Bernardi F, Doig RG, et al. Protein C deficiency: a database of mutations, 1995 update. On behalf of the Subcommittee on Plasma Coagulation Inhibitors of the Scientific and Standardization Committee of the ISTH. *Thromb Haemost* 1995;73:876e89.
7. Dogan Y, Aygun D, Yilmaz Y, et al. Severe protein S deficiency associated with heterozygous factor V Leiden mutation in a child with purpura fulminans. *Pediatr Hematol Oncol* 2003;20:1e5
8. Barnes C, Newall F, Higgins S, Carden S, Monagle P. Perinatal management of patients at high risk of homozygous protein C deficiency. *Thromb Haemost* 2002;88:370e1
9. Reverdiau-Moalic P, Delahousse B, Body G, Bardos P, Leroy J, Gruel Y. Evolution of blood coagulation activators and inhibitors in the healthy human fetus. *Blood* 1996;88:900e6
- Thomas B. Perera; Heather M. Murphy-Lavoie. «Purpura Fulminans». Last Update: July 18, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532865/#article-25624.s2>
- Hattenbach LO, Beeg T, Kreuz W, Zubcov A. Ophthalmic manifestation of congenital protein C deficiency. *J AAPOS* 1999;3:188e90.
- Seligsohn U, Berger A, Abend M, et al. Homozygous protein C deficiency manifested by massive venous thrombosis in the newborn. *N Engl J Med* 1984;310:559e62.
- Tuddenham EG, Takase T, Thomas AE, et al. Homozygous protein C deficiency with delayed onset of symptoms at 7 to 10 months. *Thromb Res* 1989;53:475e84.
- Marlara RA, Montgomery RR, Broekmans AW. Diagnosis and treatment of homozygous protein C deficiency. Report of the working party on homozygous protein C deficiency of the Subcommittee on Protein C and Protein S, International Committee on Thrombosis and Haemostasis. *J Pediatr* 1989;114:528e34.
- Kizilocak H, Ozdemir N, Dikme G, Koc B, Celkan T. Homozygous protein C deficiency presenting as neonatal purpura fulminans: management with fresh frozen plasma, low molecular weight heparin and protein C concentrate. *J Thromb Thrombolysis.* 2018 Feb;45(2):315-318.
- Goldenberg NA, Manco-Johnson MJ. Protein C deficiency. *Haemophilia* 2008;14:1214e21.
- Veldman A, Fischer D, Wong FY, et al. Human protein C concentrate in the treatment of purpura fulminans: a retrospective analysis of safety and outcome in 94 pediatric patients. *Crit Care* 2010;14:R156.
- Fischer D, Schloesser RL, Nold-Petry CA, Nold MF, Veldman A. Protein C concentrate in preterm neonates with sepsis. *Acta Paediatr* 2009;98:1526e9
- Lee MJ, Kim KM, Kim JS, Kim YJ, Lee YJ, Ghim TT. Long-term survival of a child with homozygous protein C deficiency successfully treated with living donor liver transplantation. *Pediatr Transplant* 2009;13:251e4

