

REPRODUCTIVE
MEDICINE

Central Asia
scientific and practical journal

РЕПРОДУКТИВНАЯ
МЕДИЦИНА

Центральная
Азия
научно-практический журнал



Тезисы выступлений

**XI региональная
конференция КАРМ**

**«Современные
проблемы
репродуктивной
медицины»**

**19-20 апреля 2024 года,
г. Туркестан,
Казахстан**



РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА Центральная Азия

Научно-практический журнал
Казахстанской Ассоциации репродуктивной медицины

Главный редактор

В.Н. Локшин, док. мед. наук, академик НАН РК, профессор

Заместители главного редактора

Т.М. Укыбасова, док. мед. наук, профессор; V. Snegovskikh, док. мед. наук

Редакционная коллегия

Р.Р. Аипов (Казахстан), М.К. Алчинбаев (Казахстан), Э. Амбарцумян (Армения), Г.У. Асымбекова (Кыргызстан), С.Б. Байкошкарова (Казахстан), Г.Б. Бапаева (Казахстан), Г.Ж. Бодыков (Казахстан), Р.К. Валиев (Казахстан), L. Gianaroli (Италия), А.М. Дошанова (Казахстан), А. Ellenbogen (Израиль), И.А. Жабченко (Украина), С.Ш. Исенова (Казахстан), Г.А. Ихтиярова (Узбекистан), Д.Р. Кайдарова (Казахстан), Ш.К. Карибаева (Казахстан), М.В. Киселева (Россия), А.И. Коркан (Казахстан), В.С. Корсак (Россия), Т.К. Кудайбергенов (Казахстан), Н.М. Мамедалиева (Казахстан), V. Morigov (США), Т.С. Нургожин (Казахстан), Г.К. Омарова (Казахстан), М.Р. Оразов (Казахстан), М.К. Отарбаев (Казахстан), А. Polyakov (Австралия) А.А. Попов (Россия), Г.С. Святова (Казахстан), S. Sgargi (Италия), Т.Ф. Татарчук (Украина), Г.Г. Уразбаева (Казахстан), Б.В. Шалекенов (Казахстан), О.В. Шурыгина (Россия)

Ответственный секретарь

А.Н. Рыбина, магистр медицины

Редакционный совет

А.Т. Аманов (Казахстан), А.А. Ахметова (Казахстан), М.Б. Аншина (Россия), М. Dimfeld (Израиль), Т.М. Джусубалиева (Казахстан), В.М. Здановский (Россия), В.Д. Зукин (Украина), А.И. Избасаров (Казахстан), Д.А. Иргашев (Узбекистан), Е.А. Калинина (Россия), Н.А. Каюпова (Казахстан), Р.С. Кузденбаева (Казахстан), В. Lunenfeld (Израиль), И.О. Маринкин (Россия), Т.А. Назаренко (Россия), А.И. Никитин (Россия), В.Е. Полумисков (Казахстан), В.Е. Радзинский (Россия), Е.Б. Рудакова (Россия), D. Felberg (Израиль), R. Frydman (Франция), А. Хомасуридзе (Грузия), М.А. Шахова (Россия), А.М. Юзько (Украина)

Учредитель

Общественное объединение «Независимая ассоциация репродуктивной медицины».
Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Толе би, 99

Соучредитель

Издательство «Медиа Сфера», Россия, Москва, Дмитровское шоссе, д. 46, корп. 2

Издатель / редакция

ТОО «КазМедПринт»
Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Ходжанова д. 55/9
Тел. +7 701 947 13 32
e-mail: kazmedprint@gmail.com



KAZMEDPRINT

Электронная версия журнала доступна на сайте www.repromed.kz

Выпускающий редактор Т. Васильева
Дизайнер Е. Варкентина

Издается с 2009 г.
Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и культуры РК
Свидетельство о регистрации № 10329-Ж от 24.08.2009 г.
Периодичность - 4 раза в год
Территория распространения – Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан
Тираж – 500 экз.

Подписаться на журнал можно в любом отделении АО «Казпочта».

Подписной индекс периодического издания – 76063

Отпечатано в типографии ТОО «Print House Gerona»,
г. Алматы, ул. Сапаева, 30/8, офис 124, тел.: +7 (727) 398-94-59, 398-94-60

Редакция не обязательно разделяет мнение авторов публикаций.
При перепечатке материалов ссылка на журнал «Репродуктивная медицина» обязательна.

Журнал «Репродуктивная медицина» входит в Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан для публикации основных результатов научной деятельности.

ISSN 2303-9949



9 772303 994126



РЕПРОДУКТИВТІ МЕДИЦИНА Орталық Азия

Қазақстандық Репродуктивті Медицина Қауымдастығының
ғылыми-практикалық журналы

Бас редактор

В.Н. Локшин, м.ғ.д., ҚР ҰҒА академигі, профессор

Бас редактордың орынбасарлары

Т.М. Укыбасова, м.ғ.д., профессор; V. Snegovskikh, м.ғ.д.

Редакциялық алқа

Р.Р. Аипов (Қазақстан), М.К. Алчинбаев (Қазақстан), Э. Амбарцумян (Армения), Г.У. Асымбекова (Қырғызстан), С.Б. Байкошқарова (Қазақстан), Г.Б. Бапаева (Қазақстан), Г.Ж. Бодыков (Қазақстан), Р.К. Валиев (Қазақстан), L. Gianagoli (Италия), А.М. Доцанова (Қазақстан), А. Ellenbogen (Израиль), И.А. Жабченко (Украина), С.Ш. Исенова (Қазақстан), Г.А. Ихтиярова (Өзбекстан), Д.Р. Кайдарова (Қазақстан), Ш.К. Карибаева (Қазақстан), М.В. Киселева (Ресей), А.И. Коркан (Қазақстан), В.С. Корсак (Ресей), Т.К. Кудайбергенов (Қазақстан), Н.М. Мамедалиева (Қазақстан), V. Morozov (АҚШ), Т.С. Нургожин (Қазақстан), Г.К. Омарова (Қазақстан), М.Р. Оразов (Қазақстан), М.К. Отарбаев (Қазақстан), А. Ролуаков (Австралия), А.А. Попов (Ресей), Г.С. Святова (Қазақстан), S. Sgargi (Италия), Т.Ф. Татарчук (Украина), Г.Г. Уразбаева (Қазақстан), Б.В. Шалекенов (Қазақстан), О.В. Шурыгина (Ресей)

Жауапты хатшы

А.Н. Рыбина, м.ғ.м.

Редакциялық кеңес

А.Т. Аманов (Қазақстан), А.А. Ахметова (Қазақстан), М.Б. Аншина (Ресей), М. Dirnfeld (Израиль), Т.М. Джусубалиева (Қазақстан), В.М. Здановский (Ресей), В.Д. Зукин (Украина), А.И. Избасаров (Қазақстан), Д.А. Иргашев (Өзбекстан), Е.А. Калинина (Ресей), Н.А. Каюпова (Қазақстан), Р.С. Кузденбаева (Қазақстан), В. Lupenfeld (Израиль), И.О. Маринкин (Ресей), Т.А. Назаренко (Ресей), А.И. Никитин (Ресей), В.Е. Полумисков (Қазақстан), В.Е. Радзинский (Ресей), Е.Б. Рудакова (Ресей), D. Feldberg (Израиль), R. Fgydman (Франция), А. Хомасуридзе (Грузия), М.А. Шахова (Ресей), А.М. Юзько (Украина).

Құрылтайшы

«Тауелсіздік репродуктивтік медицина қауымдастығы» қоғамдық бірлестігі.
Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы, Төле би көшесі, 99

Тең құрылтайшы

«Медиа Сфера» баспасы, Ресей, Мәскеу, Дмитровское Шоссе, 46, бл. 2

Баспашы/редакция

«КазМедПринт» ЖШС,
Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Ходжанова көш., 55/9
Тел. +7 701 947 13 32
e-mail: kazmedprint@gmail.com



KAZMEDPRINT

Журналдың электрондық нұсқасы www.repromed.kz сайтында қолжетімді

Шығарушы редактор Т. Васильева
Дизайнер Е. Варкентина

2009 ж. бастап шығарылады.
Журнал ҚР Ақпарат және мәдениет министрлігінде тіркелген
Тіркеу туралы 2009 ж. 24.08 № 10329-Ж куәлік
Мерзімділігі – жылына 4 рет
Таралу аумағы – Қазақстан, Қырғызстан, Тәжікстан, Өзбекстан
Таралымы – 500 дана.

Журналға «Қазпочта» АҚ кез келген бөлімшесінде жазылуға болады.

Мерзімді басылымның жазылу индексі – 76063

«Print House Gepona» ЖШС, типографиясында басып шығарылды
Алматы қаласы, Сәтпаев көшесі, 30/8, 124-кеңсе, тел.: +7 (727) 398-94-59, 398-94-60

Редакция жарияланым авторларының пікірімен міндетті түрде бөліспейді.
Материалдарды қайта басып шығару кезінде «Репродуктивная медицина» журналына сілтеме жасау міндетті.

ISSN 2303-9949



9 772303 994126

0 2



REPRODUCTIVE MEDICINE Central Asia

Scientific and practical journal
Kazakhstan Reproductive Medicine Association

Editor-in-Chief

V.N. Lokshin, MD, Academician of NAS RK, professor

Deputy Chief Editors

T.M. Ukybasova, MD, professor; V. Snegovskikh, MD

Editorial Team

R.R. Aipov (Kazakhstan), M.K. Alchinbaev (Kazakhstan), G.U. Asymbekova (Kyrgyzstan), S.B. Baikoshkarova (Kazakhstan), G.B. Bapaeva (Kazakhstan), G.Zh. Bodykov (Kazakhstan), A.M. Doschanova (Kazakhstan), A. Ellenbogen (Israel), L. Gianaroli (Italy), E. Hambartsoumian (Armenia), S.Sh. Issenova (Kazakhstan), G.A. Ikhtiyarova (Uzbekistan), D.R. Kaidarova (Kazakhstan), Sh.K. Karibaeva (Kazakhstan), M.V. Kiseleva (Russia), A.I. Korkan (Kazakhstan), V.S. Korsak (Russia), T. Kudaibergenov (Kazakhstan), N.M. Mamedaliev (Kazakhstan), V. Morozov (USA), T.S. Nurgozhin (Kazakhstan), G.K. Omarova (Kazakhstan), M.R. Orazov (Kazakhstan), M.K. Otambaev (Kazakhstan), A. Polyakov (Australia), A.A. Popov (Russia), S. Sgargi (Italy), B.V. Shalekenov (Kazakhstan), O. V. Shurygina (Russia), G.S. Svyatova (Kazakhstan), T.F. Tatarчук (Ukraine), G.G. Urazbaeva (Kazakhstan), R.K. Valiev (Kazakhstan), I.A. Zhabchenko (Ukraine)

Executive Secretary

A.N. Rybina, MMed

Editorial Council

A.T. Amanov (Kazakhstan), A.A. Akhmetova (Kazakhstan), M.B. Anshina (Russia), M. Dirnfeld (Israel), T.M. Dzhusubalieva (Kazakhstan), D. Feldberg (Israel), R. Frydman (France), D.A. Irgashev (Uzbekistan), A.I. Izbasarov (Kazakhstan), E. A. Kalinina (Russia), N. A. Kayupova (Kazakhstan), A. Khomasuridze (Georgia), R.S. Kuzdenbayeva (Kazakhstan), B. Lunenfeld (Israel), I.O. Marinkin (Russia), T.A. Nazarenko (Russia), A.I. Nikitin (Russia), V.E. Polumiskov (Kazakhstan), V.E. Radzinsky (Russia), E.B. Rudakova (Russia), M.A. Shakhova (Russia), A.M. Yuzko (Ukraine), V.M. Zdanovsky (Russia), V.D. Zukin (Ukraine)

Founder

Public Association «Independent Association of Reproductive Medicine».
Tole bi St. 99, Almaty, the Republic of Kazakhstan

Co-founder

Media Sphere Publishing Group, Dmitrovskoe Shosse 46, bldg. 2, Moscow, Russia

Publisher / editorial office

Kaz Med Print LLP,
Khodzhanov St. 55/9, Almaty 050060, the Republic of Kazakhstan.
Tel. +7 701 947 13 32
e-mail: kazmedprint@gmail.com

Online version of the journal: www.repromed.kz

Executive editor T. Vasilieva
Designer E. Varkentina

Published since 2009.

The journal is registered with Ministry of Information and Culture of the Republic of Kazakhstan
Certificate of registration No. 10329-Zh dated 24.08.2009

Frequency – 4 times a year

Territory of distribution – Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Uzbekistan

Circulation – 500 copies.

You can subscribe to the journal in any branch of Kazpost JSC.

Subscription index of the periodical - 76063

Printed at Print House Gerona, LLP

Almaty, 30/8 Satpaeva St., office 124, tel.: +7 (727) 398-94-59, 398-94-60

The editors do not always share the opinion of the authors of publications.

A reference to the Reproductive Medicine journal is mandatory when reprinting the journal material.



KAZMEDPRINT



The journal is included in the List of publications recommended by the Science and Higher Education Quality Assurance Committee of the Ministry of Science and Higher Education of the Republic of Kazakhstan for the publication of the main results of scientific activity.

Содержание

Вспомогательные репродуктивные технологии

Особенности выбора и подготовки доноров ооцитов в циклах эко/икси 5
А.Т. Абиекенова, А.Н. Рыбина, Е. Аскар, Ш.К. Карибаева, Р.К. Валиев, В.Н. Локшин

Көмекші репродуктивті технология тиімділігін арттырудағы гистероскопияның орны 6
Б.М. Алтыбаева

Клиническая эмбриология

Организация пренатального скрининга врожденных пороков и наследственных заболеваний в Республике Таджикистан 7
М.Д. Кадамалиева, Н.М. Мамадишоева

Женское здоровье

Генетические аспекты пролапса тазовых органов 8
Д.Э. Акрамова

Золотой стандарт лечения бактериального вагиноза 10
Д.Ж. Максумова, А.Э. Миреева, Л.А. Нурсеитова

Коррекция микробиоты влагалища при рецидивирующем бактериальном вагинозе 12
М.М. Рахматуллаева

Репродуктивная хирургия

Методы хирургического лечения большой субмукозной миомы матки у женщин с репродуктивными планами 13
З.Е. Барманашева, Д.В. Джакупов, Т.К. Кудайбергенов

Беременность и роды

Изменение микроархитектоники эритроцитов при беременности на фоне хронической артериальной гипертензии 15
Т.В. Павлова, Г.А. Ихтиярова, Ш.У. Бахрамова

Невынашивание беременности (согласно клиническому протоколу №185 от 28 июля 2023 г. и протоколу «Невынашивание беременности» ESHRE 2022 г.) 16
М.М. Тлемисова

Шкала оценки рисков развития острого пиелонефрита у беременных и тактика лечения данных пациенток 17
Б.У. Шалекенов, Е.М. Конаров, Е.Б. Толегенов, Р.Ю. Жумадилов

Опыт моделирования бактериального вагиноза в эксперименте 18
А.М. Жукембаева, И.С. Ясаков, К.С. Латкина, М.К. Экимжан, А.Т.Токенова, Г.Орынгали

Ретроспективный анализ влияния соматических и гинекологических заболеваний на развитие раннего невынашивания беременности 23
Г.Д. Матризаева

Преэклампсия: влияние на плод и новорожденного 23
Ф.К. Ахмедов

Диагностические критерии дефицита железа в развитии аномальных маточных кровотечений в репродуктивном возрасте 25
Ш.Б. Оллоназаров, Ф.К. Ахмедов, Д.Я. Зарипова

Путь к более безопасным и эффективным родам: доказательная база к ведению индуцированных родов 26
Д.Д. Султанмуратова, С.Ш. Исенова

Особенности выбора и подготовки доноров ооцитов в циклах ЭКО/ИКСИ

А.Т. Абшекенова^{1,2}, А.Н. Рыбина^{1,2}, Е. Аскар^{1,2}, Ш.К. Карибаева^{1,2}, Р.К. Валиев¹, В.Н. Локшин¹

¹ТОО «Международный Клинический Центр Репродуктологии «PERSONA»», Алматы, Республика Казахстан;

²НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Проблема бесплодного брака остается одной из самых актуальных в современной медицине. Широкое распространение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) стало причиной быстрого прогресса репродуктивной медицины.

На сегодняшний день в Казахстане программы с донорскими ооцитами составляют около 15% всех циклов ЭКО, что говорит о высокой потребности данного метода ВРТ для нашего населения.

Стимуляция суперовуляции донорских ооцитов занимает ключевое место в развитии технологий вспомогательной репродукции в целом. В программах донорства ооцитов участвуют молодые и здоровые женщины, проходящие строгие протоколы стимуляции яичников для получения ооцитов хорошего качества. Достижения в области технологии рекомбинантной ДНК привели к разработке рекомбинантного фоллитропина альфа.

Цель исследования – оценить эффективность биосимиляра фоллитропина альфа в циклах стимуляции суперовуляции доноров ооцитов в сравнении с оригинальным препаратом в протоколах PPOS.

Материалы и методы: Проспективное когортное исследование включало 25 доноров ооцитов, у которых была проведена стимуляция суперовуляции с февраля по сентябрь 2023 г. в Международном Клиническом Центре Репродуктологии «PERSONA» (Алматы, Казахстан).

25 одних и тех же доноров ооцитов были включены в 2 группы с интервалом в 3 месяца. Первая группа (основная) была представлена 25 донорами ооцитов, которым стимуляция суперовуляции проводилась биосимиляром фоллитропина альфа. Вторую (контрольную) группу составили те же 25 доноров ооцитов, которым была проведена стимуляция оригинальным препаратом.

Доноров, включенных в основную группу, стимулировали со 2-го или 3-го дня цикла биосимиляром рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона (рФСГ) и человеческим менопаузальным гонадотропином (чМГ). Овуляцию индуцировали агонистами гонадотропин-рилизинг гормона или в комбинации с хорионическим гонадотропином человека (ХГЧ) при созревании 2-х и более доминантных фолликулов. Для контрольной группы использовали протокол с оригинальным препаратом рФСГ и чМГ в тех же дозах. В обеих группах для подавления овуляции применялся микронизированный прогестерон по 200 мг/день перорально со старта стимуляции до триггера. Полученные ооциты доноров оплодотворялись методом ИКСИ либо подвергались заморозке. Все эмбрионы культивировались до 5-6 суток; производился перенос в полость матки реципиентов с дальнейшей поддержкой лютеиновой фазы прогестинами. Исход программы определялся путем сдачи анализа крови на б-ХГЧ через 14 дней после эмбриотрансфера.

Основные контрольные показатели: количество извлеченных ооцитов, степень их зрелости, частота оплодотворения, процент бластуляции и количество эмбрионов на 5-ый или 6-ой дни с хорошей морфологией (Top Quality Blastocysts – TQB), частота наступления беременности у реципиентов (ЧНБ).

Результаты: Число зрелых ооцитов в исследуемых группах достоверно не различалось, составив $20,6 \pm 1,1$ в Группе 1 и $21,2 \pm 1,3$ в Группе 2 (81,1% против 82%, соответственно). Среднее число оплодотворенных ооцитов в Группе 1 составило $5,6 \pm 0,8$, а в Группе 2 – $6,1 \pm 1,1$, тем самым показатель оплодотворения в двух группах не имел различий (67,5% в Группе 1 против 79,2% в Группе 2, $p > 0,05$). Частота бластуляции не имела достоверных различий как в группе с биосимиляром, так и в группе с оригинальным препаратом (49,1% против 52,2%, $p > 0,05$). Количество TQB составило $1,5 \pm 0,7$ (55%) в Группе 1 против $1,8 \pm 0,5$ (48%) в Группе 2. Тем временем, уровень ЧНБ в обеих группах также не имел статистически достоверных различий (42,8% против 46,5%, $p > 0,05$).

Заключение: Биосимиляры препарата человеческого рФСГ при стимуляции суперовуляции доноров ооцитов являются не менее эффективными, чем оригинальные препараты в циклах ЭКО/ИКСИ. Протоколы стимуляции с биосимилярами могут обеспечить сопоставимые эмбриологические и клинические результаты, имея при этом экономическую эффективность.

Көмекші репродуктивті технология тиімділігін арттырудағы гистероскопияның орны

Б.М. Алтыбаева¹

¹Институт репродуктивной медицины, Шымкент, Республика Казахстан

Өзектілігі: Гистероскопия – жатыр қуысы мен эндометрий жағдайын зерттеуге қолданылатын ең ақпаратты инструменттік әдістердің бірі. Оның бедеуліктің жатырышылық формасына көмектесуде рөлі жоғары.

Гистероскопияны қай кезде жасау қажет?

- ЭКҰ бір немесе бірнеше рет сәтсіз болған жағдайда.
- Жатыр патологиясын анықтап, жою.

ДДС ұйымының мәліметі бойынша жер шарында халықтың 17% бедеулікке шалыққан, 50% ер және 50% әйел факторы болып саналады.

Бедеулік себептерінің ішінде 25-70% жатыр факторына келеді. Себебі эмбрионның жатырға орнығуы эндометрий қабатының қабылдау мүмкіндігіне байланысты.

Зерттеудің мақсаты – ИРМ Шымкент емханасында қаралып жүрген емделушілерде бедеуліктің жатыр патологиясының кездесу жиілігін анықтап және Гистероскопия отасының ҚРТ тиімділігін арттырудағы рөлін анықтау.

Материалдар мен әдістері: ИРМ Шымкент емханасында 2023 жылда қаралған 595 пациентке гистероскопия отасы жасалынды. Оның ішіне гинекологиялық аурулары бойынша және ЭКҰ дайындалып жүрген әйелдер кіреді.

Сонымен қатар диагноз УДЗ е.ц. 1 фазасында қаралып, қойылған.

Гистероскопия отасы 95% пациентке е.ц. 5-9 күндері жасалынып, сол күні гистологиялық зерттеуге материал алынған.

Алынған емнің тиімділігі динамикалық бақылау мен УДЗ көрсеткіштері арқылы, ал алыс нәтижелер ЭКҰ сәтті болуымен бағаланған.

Нәтижелері: Зерттеуге алынған әйелдердің жасы 21 жастан 47 жасқа дейін аралық кұрайды. 595 пациенттің 379-ы бедеулік диагнозымен, оның 284-ы ЭКҰ-ға дайындалып жүрген әйелдер.

284 пациенттің 171-інде диагностикалық гистероскопия жасалынған (162-ы пролиферативті фазада), қалғандарында жатырышылық патология анықталды (полип, гиперплазия, бөгде зат, синехии, т.б.).

284 пациенттің 26% (73) бір немесе бірнеше рет ЭКҰ сәтсіз болған. Сол 73 пациенттің 42% (30) жатырышылық патология анықталған.

171 диагностикалық гистероскопия барысында 6,4%-ында жатырышылық патология (полип, гиперплазия, синехии) кездейсоқ анықталған.

Гистология қорытындысы бойынша 68 пациентте (40%) созылмалы эндометрит расталып, антибиотикалық және қабынуға қарсы комплексті ем тағайындалды. Емнен кейін 53% (36) ЭКҰ жүктілікпен аяқталды.

Жалпы гистероскопиядан кейін 34% (97) пациентте ЭКҰ жүктілікпен аяқталған. Босану көрсеткіші жылдың соңында анықталады.

Қорытынды:

1. Жатыр ішінің патологиясы бедеуліктің барлық түрінде қосылып кездеседі. ЭКҰ сәтсіз болу себебінің бірі болып саналады.

2. Гистероскопияны ЭКҰ дайындық ретінде барлығына жаппай тағайындаудың қажеті жоқ. Егер жатыр ішінің патологиясы және анамнезінде бір немесе бірнеше ЭКҰ сәтсіз өткен жағдайда қолдану.

3. Егер ЭКҰ бағдарламасында бір трансфер эмбрион сәтсіз өткен жағдайда, диагностика ретінде гистероскопия тағайындау қажет.

Организация пренатального скрининга врожденных пороков и наследственных заболеваний в Республике Таджикистан

М.Д. Кадамалиева¹, Н.М. Мамадшоева¹

¹ГУ «Республиканский медико-генетический центр», Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность: Частота врожденных аномалий в мире различна и в значительной степени зависит от того, насколько тщательно собираются данные.

По данным экспертов ООН и Всемирной организации здравоохранения, число инвалидов в мире составляет 10-15%. Низкая частота инвалидов в России и бывшем СССР (от 1 до 3%) связана с жесткими критериями инвалидности, тем не менее число инвалидов в Республике Таджикистан (РТ) увеличивается. Причины инвалидности могут быть самыми разными, но установлено, что ведущими причинами детской инвалидности являются врожденная и наследственная патология, хромосомные болезни, болезни внутриутробного и перинатального периодов, а у детей старших возрастных групп возрастает роль травматизма и приобретенной патологии. Хорошо известно, что причинные факторы детской инвалидности, действующие в ранних периодах жизни, связаны с неудовлетворительным состоянием здоровья женщин репродуктивного возраста и воздействием факторов в пренатальный период.

Моногенные наследственные заболевания и синдромы являются одной из причин детской инвалидности. Согласно каталогу В. Мак-Кьюсика «Менделевское наследование у человека», известно более 2000 наследственных заболеваний и синдромов. Взятые в отдельности моногенные синдромы редки, но в сумме их частота столь значительна, что представляет серьезную проблему для здравоохранения. При анализе данных о причинах детской инвалидности и структуры наследственной патологии у детей отмечается высокое сходство. В связи с этим становится очевидным: для уменьшения числа детей-инвалидов необходима профилактика генетических болезней.

Частота хромосомных болезней среди новорожденных составляет около 0,5%. Хромосомные болезни занимают в структуре детской инвалидности более значительное место, чем это принято.

Цель исследования – внедрить способы профилактики, которые проводятся на 3-х уровнях (презиготическом, пренатальном и постнатальном), что является одной из приоритетных задач здравоохранения.

Материалы и методы: В настоящее время в РТ разработана и внедрена двухуровневая система пренатальной диагностики. Основными ее методами являются:

- бактерио- и серологическое обследование беременных женщин;
- исследование сывороточных маркеров беременных женщин на патологию плода;
- ультразвуковое исследование плода;
- медико-генетическое консультирование;
- инвазивная пренатальная диагностика.

На первом уровне (акушерско-гинекологические службы) производится обследование беременных на бактерио- и серологическое обследование, скрининговое обследование сывороточных маркеров, УЗИ плода, назначение фолиевой кислоты. На втором уровне (медико-генетическая консультация) проводится медико-генетическое консультирование беременных группы высокого риска по рождению ребенка с врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями (ВПР и НЗ), инвазивная пренатальная диагностика. Сроки проведения и виды исследования определены нормативными документами Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Исследование сывороточных маркеров проводится в период с 9 до 13 недели, включая протеин, ассоциированный с плацентой беременной – РАРР-А (также по желанию пациента возможно обследование на свободный хорионический гонадотропин человеческий – ХГЧ), а также в период с 16 до 20 недели, включая альфафетопротеин – АФП и ХГЧ (по желанию пациента, также определяют неконъюгированный эстриол).

Ультразвуковое исследование плода должно проводиться не менее чем 3-хкратно, в сроках 10-14, 20-24 и 32-34 недели беременности. УЗИ плода также проводится на 2-х уровнях.

Результаты: Медико-генетическое консультирование должно быть пройдено всеми беременными из группы высокого риска по рождению ребенка с ВПР и НЗ. Врачи акушеры-гинекологи должны направлять на консультирование беременных: с измененными показателями сывороточных маркеров патологии плода; в возрасте 35 лет и старше (или мужа 45 лет и старше); с семейной историей носительства сбалансированной перестройки хромосом или известным моногенным заболеванием; с выявленными при ультразвуковом исследовании врожденными пороками развития плода или ультразвуковыми маркерами хромосомной патологии; с анамнезом острого воспалительного, инфекционного или вирусного заболевания на ранних стадиях беременности; с проведенными лечебными или реабилитационными мероприятиями, обладающими тератогенным эффектом на ранних стадиях беременности; со случаем рождения ребенка с наследственной или врожденной патологией. В 2023 году в РЦМГ РТ обратилось почти 2750 беременных, не были направлены или не смогли пройти медико-генетическое консультирование не менее 1000 женщин. Почти у 50% женщин пренатальная диагностика либо не проводилась, либо проводилась не в полном объеме или не в соответствии с установленными сроками. Естественно, это негативно отразилось на выполнении задач медико-генетического консультирования, в том числе и на отборе группы беременных с повышенным риском хромосомной патологии плода для проведения инвазивной пренатальной диагностики.

Обсуждение: Необходимость проведения пренатальной диагностики имеет не только медико-социальный, но и экономический аспект. Например, стоимость содержания одного пациента с болезнью Дауна составляет до 3 тыс. сомонов в год, продолжительность жизни, по данным разных авторов, от 26 до 45 лет, т.е. рождение ребенка с этим заболеванием наносит экономический ущерб около 1 млн. сомонов. До 40% ранней младенческой смертности и инвалидности с детства обусловлены наследственными факторами. Больные с этими нарушениями занимают около 30% коек в детских стационарах.

Заключение: Таким образом, в настоящее время в г. Душанбе (Таджикистан) создана нормативная база, двухуровневая система пренатальной диагностики, позволяющая с высокой степенью достоверности диагностировать врожденные пороки развития и наследственные заболевания. Для повышения эффективности работы требуется, в первую очередь, повысить ответственность врачей акушеров-гинекологов репродуктивных центров и квалификации врачей ультразвуковой диагностики, выполняющих УЗИ плода первого уровня. Кроме этого, необходимо государственное финансирование проведения сывороточного скрининга беременных на патологию плода. Полное внедрение указанных мер позволит снизить рождение детей с ВПР и НЗ не менее чем в два раза.

Генетические аспекты пролапса тазовых органов

Д.Э. Акрамова¹

¹Бухарский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сина, Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность: Охрана здоровья женщин, матерей и детей является приоритетным направлением научных исследований Республики Узбекистан. Достижение приоритета возможно при оказании качественных медицинских услуг и повышении качества жизни женщин различных возрастных групп. Значительное влияние на снижение качества жизни женщин оказывает пролапс тазовых органов (ПТО). Данная патология представляет одну из важных проблем современной гинекологии. ПТО относится к скрытой пандемии, затрагивая миллионы женщин во всем мире, его частота не имеет тенденции к снижению и варьирует от 20 до 78% в структуре гинекологических заболеваний [1-4].

Эту, на первый взгляд, стройную картину нарушают многочисленные контраргументы о ранней манифестации и развитии ПТО у молодых пациенток или формировании заболевания у нерожавших женщин и, напротив, нормальной топографии органов малого таза у повторнорожавших и даже многорожавших [5-7]. В течение последних двух десятилетий это несоответствие принято объяснять синдромом системной наследственной дисплазии соединительной ткани [4]. Однако, несмотря на попытки, убедительных морфологических и генетических критериев недифференцированных дисплазий соединительной ткани у подавляющего большинства женщин, страдающих ПТО, все еще не найдено. Ранее опубликованные исследования разрознены и неубедительны [8].

Мы считаем, что более детальный, комплексный поиск генетических маркеров тяжелых стадий ПТО может стать важной частью прогнозирования заболевания, выявления групп риска, выбора тактики ведения пациенток с начальными стадиями ПТО.

Цель исследования – определить генетическую обусловленность различных стадий пролапса тазовых органов у женщин.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе отделения гинекологии перинатального центра, а также в клиниках «Кармен» и «Лорастом» Бухарской области (Узбекистан) с сентября 2017 г. по июль 2023 г. Согласно цели исследования, были обследованы и прооперированы 66 пациенток от 25 до 82 лет, имеющих в анамнезе от 1 до 7 родов и страдающих разными формами апикального пролапса. Все пациентки были обследованы общеклиническими методами, особое внимание уделялось изучению состояния тазового дна. У всех пациенток оценивали общий и гинекологический статус при помощи бимануального, манометрического (перинеометрия), сонографического исследования и вагинальной пальпации с определением силы мышц промежности по Оксфордской шкале.

На основании верифицированных клинических данных были созданы 3 группы пациенток с диагнозами, соответствующими МКБ-10: Группа 1 – опущение стенок влагалища с формированием цисто- и/или ректоцеле, Группа 2 – неполное выпадение матки, Группа 3 – полное выпадение матки.

Амплификация генов MMP12, TIMP и MMP-9 осуществлялась методом аллель-специфичной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием наборов реагентов "SNP-экспресс" в соответствии с протоколом производителя. Тотальная ДНК была выделена из венозной крови 66 пациенток.

Результаты: Нами был изучен полиморфизм генов, считающихся наиболее вероятными маркерами ПТО, а именно: гены матриксных металлопротеиназ (MMP9 и MMP12). MMP9 – это протеаза, которая связана с деградацией коллагена и эластина во внеклеточном матриксе. Повышенная концентрация MMP9 приводит к нарушению эластогенеза и нарушает развитие нормальных эластических волокон. В каждой группе пациенток соотношение гомозиготного нормально-го типа гена MMP9 AA превалировало над мутантным GG. Обращает на себя внимание статистически незначительное, но фактическое увеличение в 2 раза числа пациенток с гомозиготным мутантным генотипом MMP9 в группе с полным выпадением матки в сравнении с неполным вариантом апикального пролапса. При сравнении частоты встречаемости рецессивных гомозигот между женщинами из Групп 1 и 3 эта разница еще более выражена, но все еще статистически не достоверна на малой выборке. Это позволяет сделать вывод, что рецессивный вариант полиморфизма гена MMP9 не связан с развитием ПТО у пациенток, но может способствовать более тяжелому клиническому течению пролапса. Несомненно, для выяснения этих обстоятельств требуется более многочисленная выборка пациенток.

При анализе полиморфизма гена MMP12 обращает на себя внимание отсутствие гомозиготных мутантных генов (GG) в изученной выборке пациенток с ПТО, но и преобладание гомозиготного нормального типа полиморфизма (AA) в Групп 1 и 3. Гетерозиготный генотип (AG) гена MMP12 встречался в 2 раза чаще в группе пациенток с неполным выпадением матки, чем с более тяжелой формой пролапса. Это позволяет сделать вывод, что носительство рецессивного аллеля G может играть некоторую протективную роль, замедляя развитие деградации соединительнотканых структур при пролапсе. Разумеется, при увеличении объема выборки эти результаты могут быть скорректированы.

Однако обращает на себя внимание факт увеличения доли мутантного аллеля гена MMP9 у пациенток с тяжелыми формами ПТО, и, напротив, отсутствие рецессивных гомозигот GG гена MMP12 в изученной выборке. Эти особенности кодирования металлопротеиназ, участвующих в ремоделировании соединительной ткани, вероятно, влияют не только на риск возникновения самого пролапса (риск должен уменьшиться при носительстве GG гена MMP12), но и на риск формирования его тяжелых форм (риск тяжелых форм должен быть увеличен при носительстве GG гена MMP9).

Несмотря на оптимистичные данные в отношении поиска генетических детерминант как самого ПТО, так и его тяжелых стадий, все же следует отметить отсутствие статистически значимых различий между изученными группами. Причин этому может быть несколько. Во-первых, малая выборка женщин с ПТО. Во-вторых, диагнозы, кодированные в МКБ как разные нозологические единицы, на самом деле являются стадиями одного и того же процесса. Таким образом, для дальнейших исследований требуется не только расширить объем проведенных исследований, но и исполь-

зывать группы сравнения у женщин, имеющих сопоставимый анамнез, но не страдающих ПТО и недостаточностью тазового дна.

Заключение: Мы считаем, что более внимательное изучение генетической предрасположенности к ПТО и его тяжелым формам поможет стратифицировать женщин по группам риска и способствует концепции прогнозирования в отношении этого заболевания. То есть, появится возможность решить задачи разработки мер профилактики, уменьшения необходимости больших объемов хирургического вмешательства и снижения числа рецидивов ПТО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ward R.M., Velez Edwards D.R., Edwards T., Giri A., Jerome R.N., Wu J.M. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2014. – Vol. 211, no. 4. – P. 326-335. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.04.006>
2. Campeau L., Gorbachinsky I., Badlani G.H., Andersson K.E. Pelvic floor disorders: linking genetic risk factors to biochemical changes // *BJU Int.* – 2019. – Vol. 108, no. 8. – P. 1240-1247. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410x.2011.10385.x>
3. Weintraub A.Y., Glinter H., Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse // *Int. Braz. J. Urol.* – 2020. – Vol. 46, no. 1. – P. 5-14. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2018.0581>
4. Khamdamov I.B. Morphofunctional features of the abdominal press in women of reproductive age // *New day in medicine. Bukhara.* – 2022. – Vol. 3(41). – P. 223-227. <https://elibrary.ru/contents.asp?id=49318700>
5. Vergeldt T.F., Weemhoff M., IntHout J., Kluivers K.B. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review // *Int. Urogynecol. J.* – 2018. – Vol. 26, no. 11. – P. 1559-1573. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>
6. Khamdamov I.B. Experimental determination of the extensibility of the anterior abdominal wall tissues at different times of pregnancy using various approaches to hernioplasty // *Academicia: An International Multidisciplinary Research Journal.* – 2022. – Vol. 12, no. 04. – P. 193-201. <https://saarj.com/wp-content/uploads/paper/ACADEMICIA/2022/FULL-PDF/ACADEMICIA-APRIL-2022/4.31.%20Khamdamov%20Ihomjon%20Bakhtiyorovich.pdf>
7. Khamdamov I.B. Improving tactical approaches in the treatment of hernias of the anterior abdominal wall in women of fertile age // *New day in medicine. Bukhara.* – 2022. – №10(48) - P. 338-342. <https://elibrary.ru/contents.asp?id=50736438>
8. Токтар Л.Р. Женская пролаптология: от патогенеза к эффективности профилактики и лечения // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.* – 2017. – № 3 (17). – С. 98-107 [Toktar L.R. Zhenskaya prolaptologiya: ot patogeneza k effektivnosti profilaktiki i lecheniya // *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie.* – 2017. – № 3 (17). – С. 98-107 (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/zhenskaya-prolaptologiya-ot-patogeneza-k-effektivnosti-profilaktiki-i-lecheniya>

REFERENCES

1. Ward RM, Velez Edwards DR, Edwards T, Giri A, Jerome RN, Wu JM. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;4(211):326-335. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.04.006>
2. Campeau L, Gorbachinsky I, Badlani GH, Andersson KE. Pelvic floor disorders: linking genetic risk factors to biochemical changes. *BJU Int.* 2019;8(108):1240-1247. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410x.2011.10385.x>
3. Weintraub AY, Glinter H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020;1(46):5-14. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2018.0581>
4. Khamdamov IB. Morphofunctional features of the abdominal press in women of reproductive age. *New day in medicine. Bukhara.* 2022;3(41):223-227. <https://elibrary.ru/contents.asp?id=49318700>
5. Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2018;11(26):1559-1573. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>
6. Khamdamov IB. Experimental determination of the extensibility of the anterior abdominal wall tissues at different times of pregnancy using various approaches to hernioplasty. *Academicia: An International Multidisciplinary Research Journal.* 2022;4(12):193-201. <https://saarj.com/wp-content/uploads/paper/ACADEMICIA/2022/FULL-PDF/ACADEMICIA-APRIL-2022/4.31.%20Khamdamov%20Ihomjon%20Bakhtiyorovich.pdf>
7. Khamdamov IB. Improving tactical approaches in the treatment of hernias of the anterior abdominal wall in women of fertile age. *New day in medicine. Bukhara.* 2022;10(48):338-342. <https://elibrary.ru/contents.asp?id=50736438>
8. Токтар Л.Р. Женская пролаптология: от патогенеза к эффективности профилактики и лечения. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.* 2017;3(17):98-107. Toktar LR. Female prolaptology: from pathogenesis to the effectiveness of prevention and treatment. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie = Obstetrics and gynecology: news, opinions, training.* 2017;3(17):98-107. (in Russ.). <https://cyberleninka.ru/article/n/zhenskaya-prolaptologiya-ot-patogeneza-k-effektivnosti-profilaktiki-i-lecheniya>

Золотой стандарт лечения бактериального вагиноза

Д.Ж. Максумова¹, А.Э. Миреева¹, Л.А. Нурсеитова¹

¹НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Бактериальный вагиноз (БВ) – это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинальной микрофлоры, который характеризуется количественным снижением или полным исчезновением лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительным увеличением облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

В общей популяции частота БВ варьирует в широких пределах от 15 до 80%, в общей гинекологической практике БВ выявляют у 29,6%. БВ встречается у 15-46% беременных женщин из группы высокого риска [1]. К возбудителям БВ относят: *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides*, *Peptococcus*, *E.coli*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Mobiluncus*. Это бактерии, входящие в состав влагалищной микрофлоры, но при БВ их количество катастрофически возрастает.

При БВ в 2-6 раз увеличивается риск развития таких осложнений, как невынашивание беременности, хориоамнионит, преждевременные роды, внутриутробное инфицирование плода, послеродовой эндометрит, постабортный эндометрит, воспалительные заболевания органов малого таза, дисплазии шейки матки [2]. В апреле 2015 года ВОЗ опубликовала доклад «Всемирный анализ ситуации в странах: реагирование на устойчивость к противомикробным препаратам». В нем показано, что, несмотря на интенсивную деятельность и приверженность многих правительств решению этой проблемы, меры, принимаемые во всех шести регионах ВОЗ, далеко недостаточны. Резистентность бактерий и грибов к антибактериальным препаратам с каждым днем становится все более опасной [3].

Деквалиния хлорид (Антибакт) эффективен против биопленки BV-ассоциированных *Gardnerella* spp. штаммов и способен снижать метаболизм и биомассу этих штаммов не менее чем на 50% при концентрации 8,11 мкг/мл и на 80% – при концентрации 25,64 мкг/мл. Антибакт практически не всасывается и не проникает в системный кровоток, поэтому совместим со всеми лекарственными препаратами, в том числе и с антибиотиками. Беременность не является противопоказанием.

Цель исследования – сравнить клиническую эффективность Деквалиния хлорида и Метронидазола (гель) у больных при лечении бактериального вагиноза.

Материалы и методы: Апробация проводилась в один этап и включала 68 пациенток с БВ (средний возраст 32±8,2 года), пролеченных в условиях ГКП на ПХВ «ГП №5» г. Алматы (Казахстан).

Критерии включения: небеременные пациентки в возрасте с 18 до 49 лет, с установленным диагнозом БВ. Диагностику БВ проводили на основании оценки клинической картины (жалобы пациенток и данные гинекологического осмотра). Микроскопическое исследование мазков из влагалища, окрашенных по Грамму, оценивали по наличию ключевых клеток, выраженности лейкоцитарной реакции и видовому составу микрофлоры. Золотым стандартом диагностики БВ является наличие трёх из четырёх критериев Amsel: повышение pH вагинального отделяемого более 4,5; патологический характер вагинальных выделений; положительный аминовый тест (запах «тухлой рыбы»); обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании неокрашенных и окрашенных по Граму мазков.

Критерии исключения: беременность, период лактации, наличие ЗППП, урогенитальный кандидоз, предшествующая антибактериальная терапия (за 7 дней до включения в апробацию).

Пациентки были разделены на две группы: в I группе (основная группа) 36 пациенткам с БВ назначали Деквалиния хлорид, 10 мг, по 1 таблетке на ночь во влагалище, курсом 6 дней. Во II группе (группа сравнения) 32 пациенткам с БВ назначали Метронидазол (гель), 1%, по 5гр (1 аппликатор) на ночь во влагалище, курсом 5 дней.

Результаты: В основной группе из 36 пациенток с БВ у 80,6% до лечения имелись обильные выделения из половых путей с запахом «тухлой рыбы», у 55,6% наблюдался зуд во влагалище, у 36% – жжение во влагалище. После лечения Деквалиния хлоридом у 13,9% пациенток сохранились обильные выделения из половых путей, у 11% - зуд во влагалище и у 5,5% – жжение во влагалище. То есть, уменьшился процент жалоб у пациенток после приема Деквалиния хлорида: выделения из половых путей уменьшилось в 6 раз, зуд во влагалище – в 5 раз и жжение во влагалище – в 6,5 раз (таблица 1).

Таблица 1 – Данные клинического исследования у пациенток с БВ до и после лечения (n=68)

Показатели	Данные клинического исследования			
	n=36 (основная группа) Лечение БВ: деквалиния хлорид, 10 мг		n=32 (группа сравнения) Лечение БВ: метронидазол (гель), 1%, по 5 г	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Обильные выделения из половых путей с запахом «тухлой рыбы»	29 (80,6%)	5 (13,9%)	27 (84,4%)	4 (12,5%)
Зуд во влагалище	20 (55,6%)	4 (11%)	17 (53%)	3 (9,4%)
Жжение во влагалище	13 (36%)	2 (5,5%)	11 (34,4%)	2 (6,3%)

В группе сравнения у 32 пациенток с БВ до лечения Метронидазолом (гель) жалобы на обильные выделения из половых путей имелись у 84,4%, зуд во влагалище – у 53%, жжение во влагалище – у 34,4% пациенток. После лечения Метронидазолом (гель) у 12,5% больных сохранились выделения из половых путей, у 9,4% – зуд во влагалище, у 6% имелось жжение во влагалище. То есть, уменьшился процент жалоб у пациенток после приема Метронидазола (гель):



выделения из половых путей уменьшилось в 6,5 раз, зуд во влагалище – в 5,6 раз и жжение во влагалище – в 5,5 раз (таблица 1).

Таблица 2 – Данные микроскопического исследования у пациенток с БВ до и после лечения (n=68)

Показатели	Данные микроскопического исследования			
	n=36 (основная группа) Лечение БВ: деквалиния хлорид, 10 мг		n=32 (группа сравнения) Лечение БВ: метронидазол (гель), 1%, по 5 г	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Лейкоциты покрывают сплошь все поле зрения в мазке	34 (94,4%)	2 (5,6%)	30 (93,8%)	2 (6,2%)
Наличие лактобактерий	11 (30,6%)	33 (91,7%)	12 (37,5%)	30 (93,8%)
Наличие «ключевых клеток» – слущенные эпителиальные клетки, покрытые Gardnerella vaginalis	(83%)	нет	(85%)	нет

Если до лечения Деквалиния хлоридом в основной группе (n=36) у 94,4% пациенток в микроскопии мазка преобладали лейкоциты сплошь в поле зрения, то после лечения Деквалиния хлоридом только у 5,6% женщин сохранились лейкоциты в микроскопии мазка; «ключевые клетки» уже не наблюдались у всех 36 (100%) пациенток; аминный тест сохранился у 8% пациенток, у 91,7% пациенток восстановились лактобациллы к концу проводимой 6-дневной терапии (таблица 2).

До лечения Метронидазолом (гель) в группе сравнения (n=32) у 93,8% пациенток в микроскопии мазка преобладали лейкоциты сплошь в поле зрения, после лечения Метронидазолом только у 6,2% женщин сохранились лейкоциты в микроскопии мазка; «ключевые клетки» уже не наблюдались у всех 32 (100%) пациенток, аминный тест сохранился у 6% пациенток, у 93,8% пациенток восстановились лактобациллы к концу проводимой 5-ти дневной терапии.

Заключение:

1. Проведенное исследование показало сопоставимую эффективность обеих схем лечения – Деквалиния хлорид, 10 мг, по 1 таблетке на ночь во влагалище в течение 6 дней и Метронидазол гель, 1%, в дозе 5 гр (1 аппликатор) на ночь во влагалище в течение 5 дней – в качестве терапии БВ.

2. Деквалиния хлорид представляет собой потенциальную альтернативу в лечении БВ с клинической эффективностью 96,4%, не уступающую стандартным схемам лечения. Например, клиническая эффективность Метронидазола (гель) составила 95,2%.

3. В ходе лечения БВ ни при использовании Деквалиния хлорида, ни при применении Метронидазола (гель) не было зафиксировано ни одного случая осложнений среди пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Четвертакова Е.С. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. – М.: Редакция журнала Status Praesens. – 2012. – 16 с. [Radzinskij V.E., Ordianc I.M., Chetvertakova E.S. Dvuxetapnaya terapiya vaginal'nyx infekcij. – М.: Redakciya zhurnala Status Praesens. – 2012. – 16 s. (in Russ.)]. [https://old.praesens.ru/bitrix/templates/praesens-index/assets/files/book_pdf/vaginalnye_infekcii%20\(2\).pdf](https://old.praesens.ru/bitrix/templates/praesens-index/assets/files/book_pdf/vaginalnye_infekcii%20(2).pdf)
2. Исенова С.Ш., Датхаева З.А., Пак Н.Ю., Рахимова С.Б., Сатанова А.Р. Клиническая значимость бактериального вагиноза (обзор литературы) // Вестник КазНМУ. – 2014. – №4. – С. 9-14 [Isenova S.Sh., Datxaeva Z.A., Pak N.Yu., Raximova S.B., Satanova A.R. Klinicheskaya znachimost' bakterial'nogo vaginoza (obzor literatury) // Vestnik KazNMU. – 2014. – №4. – S. 9-14 (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskaya-znachimost-bakterialnogo-vaginoza-literaturnyy-obzor>
3. Всемирная организация здравоохранения. Устойчивость к противомикробным препаратам [Vsemirnaya organizaciya zdavooxraneniya. Ustojchivost' k protivomikrobnym preparatam (in Russ.)]. 13.10.2020. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
4. Ильина Т.С., Романова Ю.М. Бактериальные биопленки: роль в хронических инфекционных процессах и поиск средств борьбы с ними // Молекулярная генетика, микробиология и вирусология. – 2021. – Т. 39, №2. – С. 14-24 [Il'ina T.S., Romanova Yu.M. Bakterial'nye bioplenki: rol' v xronicheskix infekcionnyx processax i poisk sredstv bor'by s nimi // Molekulyarnaya genetika, mikrobiologiya i virusologiya. – 2021. – T. 39, №2. – S. 14-24 (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/bakterialnye-bioplenki-rol-v-hronicheskix-infekcionnyh-protsessah-i-poisk-sredstv-borby-s-nimi>
5. Gaspar C., Rolo J., Cerca N., Palmeira-de-Oliveira R., Martinez-de-Oliveira J., Palmeira-de-Oliveira A. Dequalinium Chloride Effectively Disrupts Bacterial Vaginosis (BV) Gardnerella spp. // Patogenes. – 2021. – Vol. 10(3). – Art. no. 261. <https://doi.org/10.3390/pathogens10030261>

REFERENCES

1. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Четвертакова Е.С. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. – М.: Редакция журнала Status Praesens. 2012;16. Radzinskij VE, Ordianc IM, Chetvertakova ES. Two-step therapy for vaginal infections. – М.: Redakciya zhurnala Status

- Praesens. 2012;16. (in Russ.).
[https://old.praesens.ru/bitrix/templates/praesens-index/assets/files/book_pdf/vaginalnye_infekcii%20\(2\).pdf](https://old.praesens.ru/bitrix/templates/praesens-index/assets/files/book_pdf/vaginalnye_infekcii%20(2).pdf)
2. Исенова С.Ш., Датхаева З.А., Пак Н.Ю., Рахимова С.Б., Сатанова А.Р. Клиническая значимость бактериального вагиноза (обзор литературы). *Вестник КазНМУ*. 2014;4:9-14.
 Isenova SSh, Datxaeva ZA, Pak NYu, Raximova SB, Satanova AR. Clinical significance of bacterial vaginosis (literature review). *Vestnik KazNMU*. 2014;4:9-14. (in Russ.).
<https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskaya-znachimost-bakterialnogo-vaginoza-literaturnyy-obzor>
 3. Всемирная организация здравоохранения. Устойчивость к противомикробным препаратам. 13.10.2020. Vsemirnaya organizaciya zdorvooxraneniya. Antimicrobial resistance. 13.10.2020. (in Russ.).
<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
 4. Ильина Т.С., Романова Ю.М. Бактериальные биопленки: роль в хронических инфекционных процессах и поиск средств борьбы с ними. *Молекулярная генетика, микробиология и вирусология*. 2021;39(2):14-24.
 Il'ina TS, Romanova YuM. Bacterial biofilms: role in chronic infectious processes and the search for means to combat them. *Molekulyarnaya genetika, mikrobiologiya i virusologiya*. 2021;39(2):14-24. (in Russ.).
<https://cyberleninka.ru/article/n/bakterialnye-bioplunki-rol-v-hronicheskikh-infektsionnyh-protsessah-i-poisk-sredstv-borby-s-nimi>
 5. Gaspar C., Rolo J., Cerca N., Palmeira-de-Oliveira R., Martinez-de-Oliveira J., Palmeira-de-Oliveira A. Dequalinium Chloride Effectively Disrupts Bacterial Vaginosis (BV) Gardnerella spp. *Pathogenes*. 2021;10(3):261.
<https://doi.org/10.3390/pathogens10030261>

Коррекция микробиоты влагалища при рецидивирующем бактериальном вагинозе

М.М. Рахматуллаева¹

¹Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность: Бактериальный вагиноз (БВ) представляет собой полимикробный синдром, в основе которого лежит снижение численности и защитной функциональной активности лактобактерий с заменой их на условно-патогенные составляющие микробиоты влагалища. Несмотря на многообразие рекомендуемых методик и дозы препаратов, для БВ характерно частое рецидивирование.

Цель исследования – определить эффективность использования лактоферрина в лечении рецидивирующего бактериального вагиноза.

Материалы и методы: В исследование включены 70 пациенток с рецидивирующим БВ (основная группа). Группы контроля составили 26 практически здоровых женщин с нормоценозом влагалища. Группы исследования не отличались по возрасту, паритету, соматическим заболеваниям.

В зависимости от применяемого комплекса терапии, основная группа пациенток была разделена на 2 группы: Группа 1 (n=32) – традиционное лечение БВ (клиндамицин суппозитории в течение 7 дней и пробиотики вагинально 10 дней) + лактоферрин перорально в течение месяца, Группа 2 (n=38) – только традиционное лечение БВ. Отдаленную эффективность лечения оценивали через 3 и 6 месяцев после проведенной терапии.

Проведен анализ клинико-anamnestических данных, оценка состояния микробиоты влагалища микроскопическим исследованием влагалищных мазков по Граму и молекулярно-биологическим методом применением тест-системы Фемофлор-16. Полученные нами при исследовании данные подверглись статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Через 3 месяца после лечения жалоб и симптомов, характерных для БВ, в группах не выявлено. Однако лабораторными методами в Группе 2 выявлены единичные случаи выраженного анаэробного дисбиоза (6,3%). Через 6 месяцев после лечения в Группе 1 жалобы не отмечены, в Группе 2 участились жалобы и симптомы, указывающие на дисбиоз влагалища (обильные выделения с неприятным запахом из влагалища – 36,8%, зуд в промежности – 18,4%, диспареуния – 13,2%). В Группе 1 микробиота влагалища соответствовала нормоценозу (81,2%) и умеренному анаэробному дисбиозу (18,8%). В Группе 2 выявлены типы микробиоты, соответствующие нормоценозу (39,5%), умеренному (31,6%) и выраженному анаэробному дисбиозу (28,9%)

Обсуждение: В группах женщин, получавших лактоферрин дополнительно к традиционному лечению, тип микробиоты влагалища соответствовал абсолютному или условному нормоценозу. В группах женщин, получавших только традиционную терапию, выявлены частые случаи умеренного и выраженного дисбиозов, что клинически совпадало с рецидивами БВ.

Сравнительный анализ состава микрофлоры влагалища показал отличия по содержанию некоторых групп микроорганизмов в сравниваемых группах. Так, при использовании лактоферрина содержание облигатных анаэробов, аэробных ($p=0,027$) и комменсальных ($p<0,05$) микроорганизмов было значительно ниже относительно группы женщин, получавших только традиционное лечение. Таким образом, пероральное введение лактоферрина, оказывая системную эффективность, усиливает колонизационную резистентность микросреды влагалища.

Заключение: Лактоферрин способствует стабилизации нормального состояния микробиоты влагалища, обеспечивая преобладание лактобактерий, что в долгосрочном аспекте способствует предотвращению рецидивов БВ.

Методы хирургического лечения большой субмукозной миомы матки у женщин с репродуктивными планами

З.Е. Барманашева¹, Д.В. Джакупов¹, Т.К. Кудайбергенов¹

¹ТОО «Институт репродуктивной медицины», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Для пациенток репродуктивного возраста органосохраняющее лечение – это основной принцип при установленной патологии матки, который обусловлен увеличением числа обращений, в том числе среди лиц молодого возраста. В настоящий момент в хирургии подслизистой миомы матки золотым стандартом является гистерорезектоскопия [1-5], однако при хирургическом лечении больших миоматозных узлов не удается выполнить операцию в один этап. Вместе с тем длительная процедура резектоскопии сопряжена с рисками осложнений водной нагрузки, а также попадания воздуха в кровотокающие сосуды. Такая процедура выполняется в два или три этапа, что дает основание искать другие более оптимизированные способы удаления субмукозных узлов. Все чаще хирурги прибегают к лапароскопическому доступу.

Цель исследования – оценить репродуктивные исходы и различные показатели эффективности лечения для подслизистых миоматозных узлов большого размера методом лапароскопической миомэктомии путем временного пережатия маточных артерий по сравнению с лапароскопической миомэктомией без пережатия, традиционной лапаротомной миомэктомией и гистерорезектоскопической миомэктомией.

Материалы и методы: Обследованию подлежали 160 пациенток с диагнозом подслизистая лейомиома матки, классифицированная FIGO-0,1,2, размером более 4 см, пролеченных в отделении оперативной гинекологии Института репродуктивной медицины (Алматы, Казахстан) с 2018 по 2022 гг.

Критерии включения в исследование: 1. возраст от 25 до 30 лет; 2. наличие одного миоматозного узла размером более 4 см по данным экспертного УЗИ; 3. уровень АМГ не мене 1 нг/мл; 4. подтвержденная проходимость обеих маточных труб; 5. подтвержденное отсутствие других форм бесплодия; 6. первичное бесплодие; 7. пациентки, планирующие спонтанную беременность.

Участницы были распределены в 4 группы по 40 человек по группам оперативного лечения:

- Пациенткам первой группы проводилась миомэктомия лапаротомным доступом по Пфаненштилю. Ложе миоматозного узла ушито в три ряда нитью Викрил 1-0.
- Пациенткам второй группы выполнялась миомэктомия лапароскопическим доступом без временного клипирования артерий. Ложе миоматозного узла ушито в три ряда нитью Викрил 1-0.
- Пациенткам третьей группы была выполнена миомэктомия лапароскопическим доступом с временным пережатием маточных артерий. Ложе миоматозного узла ушито в три ряда нитью Викрил 1-0.
- Пациенткам четвертой группы была проведена гистерорезектоскопия (ГРС) в два этапа.

Статистический анализ проводился в программе SPSS – statistic 26.

Исследование зарегистрировано в ISRCTN №13841888 (<https://doi.org/10.1186/ISRCTN13841888>).

Результаты: Объем кровопотери в четырех группах статистически значимо отличался. При выполнении Post-hoc анализа выявлены статистически значимые отличия по объему кровопотери, которые были получены при сравнении всех пар между собой ($p_{3-1} = 0,000$; $p_{3-2} = 0,000$; $p_{3-4} = 0,000$).

Также были найдены статистически значимые различия в длительности оперативного вмешательства. Post-hoc анализ показал отсутствие значимых различий во времени операции между лапароскопией с пережатием и лапароскопией без пережатия, но эти два метода занимали статистически значимо больше времени, чем лапаротомия и гистерорезектоскопия.

До операции показатель гемоглобина длительно корректировался антианемическими препаратами. 1. При лапароскопии с пережатием – не более 7 дней, в связи с этим до операции в этой группе уровень гемоглобина был статистически значимо меньше ($p=0,000$): лапаротомия Нв-ДО (Me:120,5; Q1-Q-3:13). 2. При лапароскопии без пережатия – Нв-ДО (Me:122,5; Q1-Q-3:16). 3. При лапароскопии с пережатием – Нв-ДО (Me:99,00; Q1-Q-3:8). 4. При резектоскопии – Нв-ДО (Me:115,00; Q1-Q-3:15).

Уровень гемоглобина при сравнении в динамике до и после операции статистически значимо снижался в каждой из четырех групп. При сравнении уровня гемоглобина после операции обнаружены статистически значимые различия между группами ($p=0,000$). Апостериорный анализ не выявил статистически значимых различий между лапароскопией без пережатия (Me: 85,00, Q1-Q-3:20) и лапароскопией с пережатием (Me: 90,00, Q1-Q-3:5); по сравнению с двумя другими группами снижение уровня гемоглобина при лапароскопии с пережатием было статистически значимо меньше.

Найдены статистически значимые различия в объеме кровопотери ($p=0,000$). Апостериорный анализ показал статистически значимо меньшее количество кровопотери при лапароскопии с пережатием (M: 80,00 19,785) по сравнению с другими методами (лапаротомия – M: 800,25 лапароскопия без пережатия – M: 468,7519,78579,813; ГРС – M: 545,5082,149).

Количество беременностей, завершившихся родами, статистически не отличалось между группами ($p=0,771$). Между сопоставляемыми признаками отмечалась связь слабой силы ($V=0,084$). Неблагоприятных исходов беременности (выкидышей, разрывов по рубцу) за исследуемый период выявлено не было.

Авторы использовали анализ выживаемости для выявления влияния хирургического доступа для миомэктомии на время наступления беременности после операции, при условии исключения других факторов бесплодия. Оценка, проведенная с использованием лог-ранк критерия Мантеля-Кокса, выявила статистически значимую зависимость ($p=0,000$).

Заключение:

1. Установлено, что лапароскопическая миомэктомия с временным клипированием маточных артерий может быть методом выбора для подслизистой лейомиомы матки размером более 4 см.

2. Данный метод позволяет в кратчайшие сроки оказать хирургическую помощь пациентам с наличием средней и легкой степени анемии без вероятности гемотрансфузии в послеоперационном периоде. Выявлено, что в послеоперационном периоде лапароскопический метод с временным клипированием маточных артерий является ускоренным

методом оказания хирургической помощи пациентам с наличием средней и легкой степени анемии без вероятности гемотрансфузии.

3. Установлено преимущество данного метода в отношении вероятности повторных оперативных вмешательств и развития внутриматочной патологии.

4. С точки зрения экономических затрат данный метод сокращает количество койко-дней в стационаре и не требует второго этапа операции.

5. В отношении репродуктивных исходов уже через полгода после полного заживления рубца у 50% пациентов может наступить беременность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пучков К.В., Подзолкова Н.М., Коренная В.В., Кайибханова К.М. Сохранить, нельзя удалить. Инновационные подходы в хирургическом лечении миомы матки // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2014. – Т. 21, № 4. – С. 95-105 [Puchkov K.V., Podzolkova N.M., Korennaya V.V., Kajibxanova K.M. Soxranit', nel'z'ya udalyat'. Innovacionnyye podxody v xirurgicheskom lechenii miomy matki // Status Praesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyj brak. – 2014. – T. 21, № 4. – S. 95-105 (in Russ.)]. https://praesens.ru/files/2014/magazine/SP_21.pdf
2. Федоров А.А., Сопова Ю.И., Попов А.А., Ефремова Е.С., Беспалова А.Г., Буянова С.Н., Юдина Н.В. Влияние миомэктомии на репродуктивные исходы // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. – Т. 20, №4. – С. 47-51 [Fedorov A.A., Sopova Yu.I., Popov A.A., Efremova E.S., Bepalova A.G., Buyanova S.N., Yudina N.V. Vliyanie miomektomii na reproduktivnye isxody // Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. – 2020. – T. 20, №4. – S. 47-51 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/rosakush20202004147>
3. Цхай В.Б., Штох Е.А. Миома матки и репродуктивная функция женщины. Связь миомы матки с бесплодием. // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – № 18. – С. 42-47 [Cxaй B.B., Shtox E.A. Mioma matki i reproduktivnaya funkciya zhenshiny. Svyaz' miomy matki s besplodiem. // Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija. – 2014. – № 18. – S. 42-47 (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/mioma-matki-i-reproduktivnaya-funktsiya-zhenschiny-svyaz-miomy-matki-s-besplodiem>
4. Freytag D., Günther V., Maass N., Alkatout I. Uterine Fibroids and Infertility // Diagnostics (Basel). – 2021. – Vol. 11(8). – Art. no. 1455. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081455>
5. Zepiridis L.I., Grimbizis G.F., Tarlatzis B.C. Infertility and uterine fibroids // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2016. – Vol. 34. – P. 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.12.001>

REFERENCES

1. Пучков К.В., Подзолкова Н.М., Коренная В.В., Кайибханова К.М. Сохранить, нельзя удалить. Инновационные подходы в хирургическом лечении миомы матки. Status Praesens. *Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. 2014;4(21):95-105.
Puchkov KV, Podzolkova NM, Korennaya VV, Kajibxanova KM. Save, cannot be deleted. Innovative approaches to surgical treatment of uterine fibroids. Status Praesens. *Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyj brak = Praesens status. Gynecology, obstetrics, infertile marriage*. 2014;4(21):95-105. (in Russ.). https://praesens.ru/files/2014/magazine/SP_21.pdf
2. Федоров А.А., Сопова Ю.И., Попов А.А., Ефремова Е.С., Беспалова А.Г., Буянова С.Н., Юдина Н.В. Влияние миомэктомии на репродуктивные исходы. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;4(20):47-51.
Fedorov AA, Sopova YuI, Popov AA, Efremova ES, Bepalova AG, Buyanova SN, Yudina NV. The impact of myomectomy on reproductive outcomes. *Rossijskij vestnik akushera-ginekologa = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2020;4(20):47-51. (in Russ.). <https://doi.org/10.17116/rosakush20202004147>
3. Цхай В.Б., Штох Е.А. Миома матки и репродуктивная функция женщины. Связь миомы матки с бесплодием. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2014;18:42-47.
Tskhai VB, Shtokh EA. Uterine fibroids and female reproductive function. The relationship between uterine fibroids and infertility. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija = Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2014;18:42-47. (in Russ.). <https://cyberleninka.ru/article/n/mioma-matki-i-reproduktivnaya-funktsiya-zhenschiny-svyaz-miomy-matki-s-besplodiem>
4. Freytag D, Günther V, Maass N, Alkatout I. Uterine Fibroids and Infertility. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(8):1455. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081455>
5. Zepiridis LI, Grimbizis GF, Tarlatzis BC. Infertility and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;34:66-73. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.12.001>

Изменение микроархитектоники эритроцитов при беременности на фоне хронической артериальной гипертензии

Т.В. Павлова¹, Г.А. Ихтиярова¹, Ш.У. Бахрамова¹

¹Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность: В патогенезе многих заболеваний, в том числе и развивающихся и при беременности, важное место занимает изменение состояния эритроцитов, в частности, их формы и взаимоотношений между клетками. Эти метаморфозы могут привести к нарушению микроциркуляции и реологических особенностей крови. Инновационные методы исследования позволяют внести ясность в ряд вопросов, связанных с изменениями клеток крови, в числе прочих, эритроцитов. Сканирующая атомно-силовая микроскопия, в частности, является эффективным инновационным методом оценки формы и составных компонентов данных структур. Это приносит новые возможности в выполнении мониторинга структурно-функционального статуса красных кровяных клеток для выявления тяжести заболевания и согласования протоколов лечения. Одним из таких аспектов являются гипертензивные расстройства, включая случаи, связанные с беременностью, которые широко распространены по всему миру, а также в Республике Узбекистан.

Цель исследования – изучение микроархитектоники эритроцитов при беременности на фоне хронической артериальной гипертензии с применением инновационных методов исследования (атомно-силовая микроскопия).

Материалы и методы: Проведено комплексное обследование 25 беременных, в числе которых 15 женщин имели существовавшую ранее кардиоваскулярную гипертензию длительностью более двух лет, осложняющую беременность, роды и послеродовой период, а также 10 пациенток, у которых клиникабораторные признаки заболевания и тяжелая экстрагенитальная патология отсутствовали.

Осуществлялся забор крови, проводилось приготовление образцов крови, сканирование клеток в режиме полуконтактной атомно-силовой микроскопии и измерение геометрических параметров клеток. Образцы помещали во влажную камеру, насыщенную парами воды, закрытой мембраной. Затем было выполнено сканирование в парах воды в полуконтактном режиме. Были применены Si и SiN-кантилеверы серии NSG 01 (NT-MDT, Россия) в режимах постоянного или прерывистого контактов на приборе «Ntegra-Aura». Обработку и построение АСМ-изображений выполняли при помощи программного обеспечения «NOVA» (HT-MDT, Россия) и «ImageAnalysis» (HT-MDT, Россия).

Результаты: При беременности, формирующейся на фоне хронической гипертензии, основная часть эритроцитов, как и в контрольной группе ($89,60 \pm 5,60\%$), по-прежнему была представлена нормоцитами ($78,40 \pm 3,50\%$). Часть клеток при этом приобретала форму неправильного овала. Наблюдались клетки вытянутой формы. Изменение архитектуры может свидетельствовать о нарушении эластичности мембран, что также может быть вызвано нарушением строения стенок сосудов и их спазмом при гипертонической болезни. Увеличивалось содержание цитоплазматических мостиков между клетками, что способствовало стазу, сладжированию и тромбозу.

Нами показано, что содержание микроцитов ($10,40 \pm 3,80\%$) в эритроцитарной популяции было достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Количество макроцитов также возрастало ($12,50 \pm 2,45\%$, $p < 0,05$). Диаметр нормоцитов, макроцитов и микроцитов достоверно не отличался от контрольной группы.

При изучении эритроцитов с помощью зондовой микроскопии было показано, что форма клеток была изменена. Поверхность эритроцитов была неровной. В частности, это происходило в результате частичного гемолиза ряда клеток. Однако встречались и структуры с практически полным гемолизом, а также были выявлены скопления гемоглобина. Наблюдалось появление шаровидных клеток, образованных за счет их отека.

Глубина впадины дискоцитов, подсчитанная с помощью изучения профиля клетки, в среднем составляла $0,15 \pm 0,05$ мкм, что значительно отличалось от контрольной группы ($0,25 \pm 0,06$ мкм). При изучении соотношения диаметра эритроцита к диаметру впадины данная величина составляла 18 ± 2 (21 ± 2 в контрольной группе). При изменении нормальной дискоидальной формы на поверхности эритроцитов формировались также более крупные выступы в дополнение к указанным структурам. Строение пор было нарушено. Строение цитоплазматических отростков в виде выростов плазмолеммы на поверхности клеток было изменено. Они были неоднозначны по размерам и формы. Однако в значительной части клеток они вообще отсутствовали.

Кривизна центрального углубления варьировала незначительно. В случае неизмененных дискоцитов на их поверхности выявлены регулярные округлые выступы шириной $0,28 \pm 0,08$ мкм. Их организация была сходной как в углублении, так и на вершине тора. При изменении нормальной дискоидальной формы на поверхности эритроцитов, наряду с такими структурами, формировались более крупные выступы. В центральных участках отмечены также гребни, расположенные параллельно. На поверхности клеток наблюдались поры, образующий четкий однотипный рисунок размерами порядка $0,60 \pm 0,17$ мкм с рельефными выступами внутри. Расположение их было менее упорядоченным, чем в группе пациентов без патологии.

Заключение: Таким образом, можно констатировать, что показанная нами деформируемость эритроцитов является решающим фактором в изменении состояния крови. При этом уменьшение эластичности эритроцитов, то есть увеличение их жесткости приводит к увеличению их вязкости. Указанные свойства тесно связаны с поверхностной архитектурой эритроцитов. Изменение их морфологических констант и нарушение архитектуры четко коррелируется с клиническими проявлениями гипертонической болезни.

Измененные эритроциты могут принимать активное участие в формировании ДВС-синдрома. Наличие деформируемости эритроцитов влияет на развитие гипоксии. Нарушение архитектуры клеток приводит к токсическим процессам и гемолизу эритроцитов, что ведет к снижению количества эритроцитов и гемоглобина. Это способствует развитию анемии не только у матери, но и у плода, что необходимо учитывать в протоколах ведения больных с данной патологией.

Невынашивание беременности (согласно клиническому протоколу №185 от 28 июля 2023 г. и протоколу «Невынашивание беременности» ESHRE 2022 г.)

М.М. Тлемисова¹

¹Центр Здоровья Dr. Tlemissova, Семей, Республика Казахстан

Актуальность: Различия в практике лечения при невынашивании беременности являются обычным явлением. В 2023 г. вышел новый клинический протокол №185 от 28 июля 2023 года и новый протокол «Невынашивание беременности» руководства Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE).

Цель исследования – выявить расхождения между рекомендациями клинического протокола №185 от 25.07.2023 г. и обновленными рекомендациями по привычному невынашиванию беременности (ПНБ) ESHRE.

Материалы и методы: Были учтены статистические данные стационаров и амбулаторных звеньев по ведению пациенток с ПНБ. Опрос был разослан через Общество акушеров и гинекологов Казахстана всем аффилированным клиницистам. Анкета состояла из 36 вопросов, разделенных на четыре раздела: анамнез пациентки, определение невынашивания беременности, исследования и терапия. Данные были сопоставлены с рекомендациями клинического протокола №185 от 25.07.2023 г. и последнего руководства ESHRE.

Результаты: Все больничные практики (100%; n=107) заполнили онлайн-анкету. Большинство респондентов определили невынашивание беременности аналогичным образом, как две или более потери беременности (87,4%), не обязательно последовательные (93,1%). Более половины респондентов регулярно проводят скрининг на тромбофилию (58%), хотя ESHRE этого не рекомендует, в то время как проверка функций щитовидной железы (57%), аутоиммунитета щитовидной железы (27%) и антитела к $\beta 2$ -гликопротеину (42%) в контексте антифосфолипидного синдрома (АФС) рекомендуются, но проводятся реже. Рекомендуется скрининг антифосфолипидного синдрома. Исследование должно быть выполнено дважды с интервалом в 12 недель. Лабораторным критерием диагностики АФС является повторное позитивное значение одного из маркеров АФС. Пациентам с АФС и женщинам с более чем 3-мя потерями беременности рекомендуется Аспирин, 75-100мг/д (начать прием необходимо до оплодотворения (ESHRE)). Пациентам с АФС и 2-мя потерями беременности рекомендуется тромбопрофилактика в рамках научных исследований (ESHRE). Для исследования функции щитовидной железы при ПНБ рекомендуется скрининг состояния щитовидной железы (сывороточный уровень ТТГ и АТ-ТПО). Аномальные уровни ТТГ должны сопровождаться тестированием тироксина (Т4). Рекомендуется лечение клинического гипо-/гипертиреоза, лечение субклинического гипотиреоза левотироксином; не рекомендуется лечение левотироксином женщинам с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) и эутиреозом. Что касается кариотипирования родителей, 20% респондентов заявили, что они всегда проводят кариотипирование родителей без предварительной оценки риска в связи с ПНБ. ESHRE не рекомендует рутинное генетическое исследование остатков беременности, но его можно проводить в пояснительных целях. Лечение наследственной тромбофилии назначалось часто (43,8%; n=137), хотя и не рекомендовалось. Скрининг на наследственные тромбофилии не рекомендуется в целом, осуществляется только при наличии дополнительных факторов тромбозов. На предгравидарном этапе или при 1-ом визите во время беременности рекомендовано направлять пациентку с венозными тромбоэмболическими осложнениями на молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в V факторе свертывания), определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови, определение активности протеина S в крови с целью диагностики наследственной тромбофилии. И, наконец, некоторым женщинам (12-16%) назначают исследование генов HLA, Анти-HLA, цитокинов, NK-клеток, антител к хорионическому гонадотропину человека. ESHRE не рекомендует проводить эти исследования, однако рекомендует проводить тест на анти-нуклеарные антитела. Терапия с высокими дозами иммуноглобулина на ранних сроках беременности рекомендуется женщинам с ПНБ неясного генеза, имеющим 4 и более потери беременности в анамнезе.

Протокол ESHRE 2022 не рекомендует проведение следующих исследований у пациенток с синдромом поликистозных яичников, страдающих ПНБ: измерение уровня инсулина и глюкозы натощак с целью улучшения прогноза беременности, определение уровня пролактина в отсутствие симптомов гиперпролактинемии (например, олиго-/аменореи), рутинное оценивание овариального резерва, уровня лютеинизирующего гормона, сывороточного уровня гомоцистеина, а также тесты на определение недостаточности лютеиновой фазы.

Для исключения анатомических причин ПНБ рекомендуется использовать инструментальные методы:

- Все женщины с ПНБ должны пройти обследование на наличие анатомических причин;
- Трансвагинальное 3D УЗИ является наилучшим методом визуализации;
- Соногистерография предпочтительнее гистросальпингографии для диагностики мальформаций матки;
- МРТ не рекомендуется в качестве первой линии диагностики. Для исключения аденомиоза у всех женщин

рекомендуется проведение 2D УЗИ.

Мужской фактор привычного невынашивания беременности:

В парах с ПНБ необходима оценка образа жизни партнера (возраст, курение, употребление алкоголя, физическая активность/нагрузки, индекс массы тела). Рекомендовано оценивать ДНК-фрагментацию сперматозоидов для выявления мужского фактора у пар с привычным выкидышем. Повреждение ДНК сперматозоидов ассоциируется с поздним возрастом отца и обусловлено неправильным образом жизни, таким как курение, ожирение и чрезмерные физические нагрузки. Пары с повторными случаями невынашивания беременности должны быть осведомлены о том, что вредные привычки могут оказать влияние на их шансы для успешного зачатия, поэтому рекомендуется прекратить курение, достичь нормального веса, ограничить употребление алкоголя и поддерживать регулярные физические нагрузки.

Применение прогестерона при привычном невынашивании беременности:

Профилактической целью, согласно клиническому протоколу №185 от 25.07.2023г., бессимптомным пациенткам с привычным выкидышем неясного генеза рекомендовано рутинное применение прогестагенов на прегравидарном этапе с целью снижения риска выкидыша в последующей беременности. Данные препараты могут быть также назначены



при первом визите во время беременности. Кокрановский обзор не выявил четких различий в частоте выкидышей в зависимости от пути введения прогестерона.

Протокол «Невынашивание беременности» ESHRE Recurrent Pregnancy, 2022:

Вагинальный прогестерон может улучшить показатели живорождаемости у женщин с вагинальным кровотечением при беременности и имеющих в анамнезе 3 или более потерь беременности.

Вагинальный прогестерон на ранних сроках беременности может быть эффективным у женщин с привычным выкидышем неясного генеза и вагинальным кровотечением. Есть некоторые доказательства того, что преоральный прием дидрогестерона, начатый при подтверждении приема сердечной деятельности плода, может быть эффективным, но необходимы дополнительные исследования.

Отметим также, что нет доказательств эффективности использования прогестерона при недостаточности лютеиновой фазы у женщин с ПНБ.

Профилактика позднего выкидыша:

Проведение скрининга длины шейки матки в 15-16 и 24 недели беременности с повторением раз в 1-2 недели направлено на своевременное выявление истмико-цервикальной недостаточности.

Укорочение шейки матки до 25 мм и менее по результатам трансвагинальной цервикометрии в сроке 15-24 недели является прогностическим признаком преждевременных родов.

Заключение: Хотя многие клиницисты проводят исследования, рекомендованные ESHRE, практика ведения женщин с ПНБ в Казахстане не значительно отличается. Нами были выявлены расхождения между рекомендациями по невынашиванию беременности и практикой, что позволяет сосредоточиться на многогранных стратегиях внедрения, таких как образовательное вмешательство, процессы достижения консенсуса на местном уровне, аудит и обратная связь. Это повысит качество медицинской помощи, предоставляемой пациенткам с ПНБ, и может снизить необходимость пациенток обращаться к различным мнениям или к трансграничной репродуктивной помощи.

Шкала оценки рисков развития острого пиелонефрита у беременных и тактика лечения данных пациенток

Б.У. Шалекенов¹, Е.М. Коньров¹, Е.Б. Толегенов², Р.Ю. Жумадилов²

*¹НАО «Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, Алматы, Республика Казахстан;
²ГКП на ПХВ ГКБ №7, Алматы, Республика Казахстан*

Актуальность: Беременные женщины, имеющие в анамнезе пиелонефрит, составляют группу высокого риска возникновения осложнений беременности. Заболевание почек может оказать неблагоприятное влияние на течение беременности, родов, послеродового периода и состояние плода (невынашивание, преэклампсия, гипотрофия плода).

Для обеспечения гарантированного отведения мочи из почки наиболее распространенным методом является установка мочеточникового стент-катетера. Данная процедура требует соблюдения условий асептики, антисептики и должна выполняться в условиях операционной. Иначе возникают дополнительные риски инфицирования почки. Широкое применение катетеризации мочеточников у беременных при подозрении на острый пиелонефрит не вполне оправдано и требует объективных показаний. С этой целью была разработана шкала оценки рисков развития острого пиелонефрита у беременных.

Цель исследования – разработать и внедрить в клиническую практику Шкалу оценки рисков развития острого пиелонефрита у беременных, позволяющую оценить риски в любые сроки беременности; оценить требования к шкале: понятность, доступность и выполнимость для врачей разных специальностей, а также акушеров и патронажных сестер.

Материалы и методы: Исследование проводилось в период с 01.01.2023 г. по 31.12.2023 г. В данное исследование были включены 167 беременных пациенток с урологической патологией. Ко всем беременным применялась Шкала обследования, согласно которой они были распределены на 3 группы риска.

Оценочная шкала из 10 тестов, позволяющая определить степень риска и оценку необходимости установки стент-катетера мочеточника, представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Шкала оценки рисков развития острого пиелонефрита у беременных

№	Название теста	балл	№	Название теста	балл
1	Срок беременности		6	Температура тела	
2	УЗ- сканирование		7	Вид нарушения уродинамики	
3	Анализ мочи		8	Нарушение уродинамики	
4	Анализ крови		9	Острофазный «С» реактивный белок	
5	Психоэмоциональное состояние (дородовая материнская депрессия)		10	Степень риска беременности	

Результаты: Исследование завершили все 175 беременных женщин, среди которых путем дифференцировки по данной Шкале обследования получили консервативное лечение 140 беременных, проведено стентирование 30 беременным, декапсуляция – 5 женщинам, нефрэктомия - 0. Распределение в процентном соотношении показано на рисунке 1.

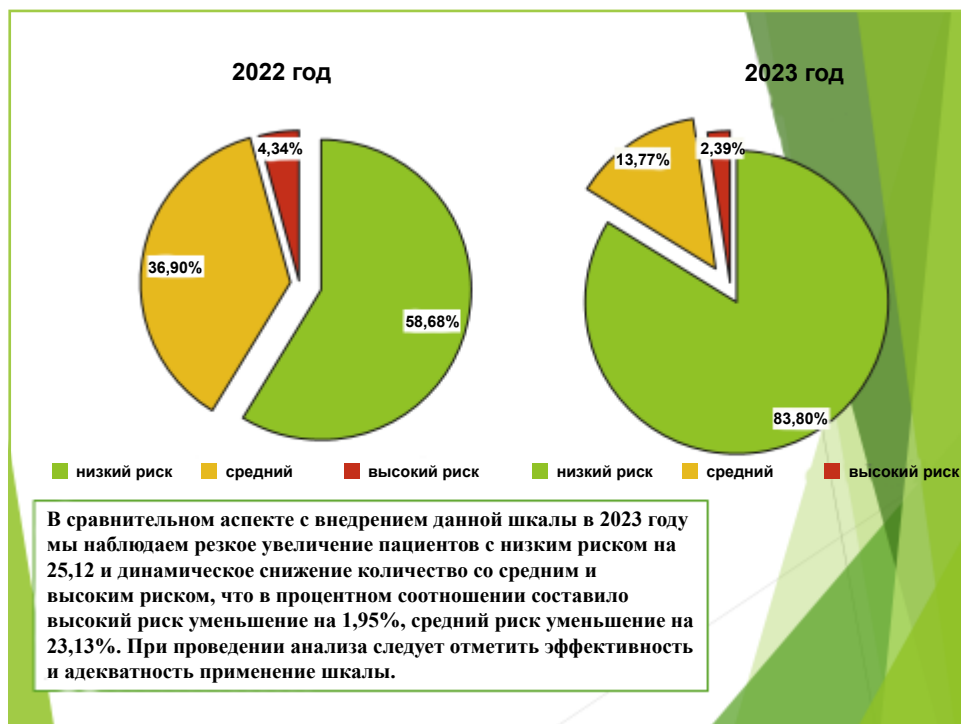


Рисунок 1 – Результаты применения Шкалы оценки рисков развития острого пиелонефрита у беременных (n=175)

В сравнительном аспекте с применением шкалы в этом году снизилось количество сторнирования на 5,03%, а количество консервативного лечения увеличилось на 8,5%, что показывает эффективность применения шкалы и раннее начало консервативного лечения.

Заключение: Обновление образовательных программ для медицинского персонала разных уровней и специальностей, участвующего в оказании медицинской помощи беременным с урологическими нарушениями, и внедрение шкалы приведет к сокращению осложнений у беременных пациентов в медицинских организациях.

УДК: 616.147.3-007.64-073:618.15

Опыт моделирования бактериального вагиноза в эксперименте

*А.М. Жукембаева¹, И.С. Ясаков¹, К.С. Латкина¹, М.К. Экимжан¹, А.Т.Токенова²,
Г. Орынгали¹*

¹ НАО «Казахский национальный университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

² ТОО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Воспалительные гинекологические заболевания (ВГЗ) и последующие бактериальные вагинозы (БВ) с одной стороны и нарушения микрогемо- и лимфообращения органов малого таза с другой, нередко сочетаясь между собой и взаимопотенцируя, приводят к хронической тазовой боли, а также нарушениям репродуктивной функции женщин [1-7]. Формируется порочный круг, когда нарушения микрогемо- и лимфообращения усугубляют ВГЗ и БВ, снижают эффективность их лечения и профилактики, ВГЗ и БВ провоцируют развитие варикозного расширения вен (ВРВ) органов малого таза и хронической лимфовенозной недостаточности (ХЛВН) [8, 9]. Разработка теоретических основ разрыва этого круга и лечение БВ, протекающего на фоне ВРВ и ХЛВН является одним из актуальных и нерешенных проблем современной гинекологии.

Материалы и методы: Объектом исследования послужили 30 самок кроликов, составивших 3 группы: Группа 1 – здоровые животные без экспериментальных вмешательств; Группа 2– животные, которым перевязывались внутренние

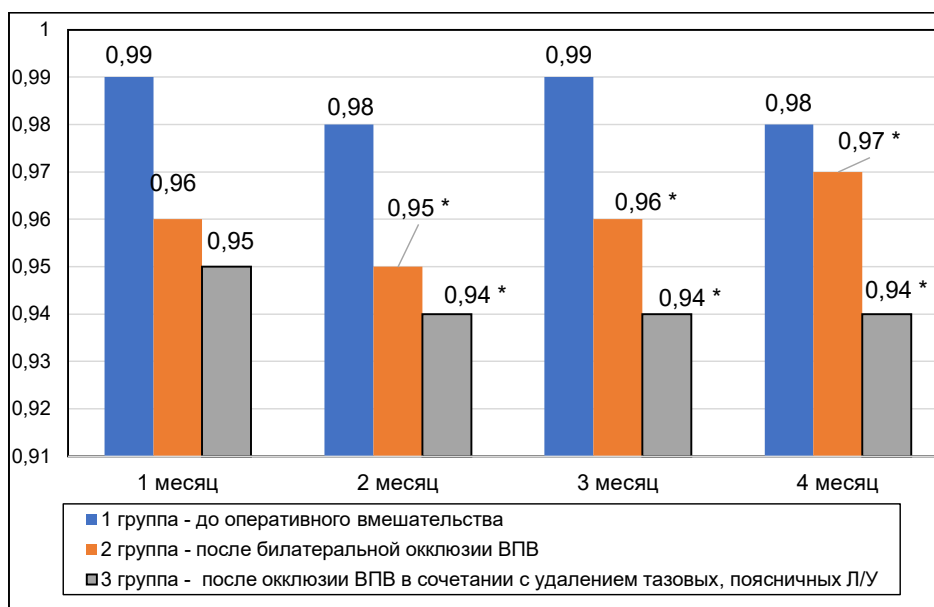
подвздошные артерии (модель «варикозное расширение вен»); Группа 3 – животные, у которых перевязка внутренних подвздошных артерий сочеталась с удалением тазовых, поясничных, паравертебральных лимфатических узлов (модель «хроническая лимфо-венозная недостаточность»).

Оперативное вмешательство на животных проводилось под общим наркозом (рометар 10мг/кг, ксилантина гидрохлорид 1,0 мг/кг, димедрол 1% 1,5-2,5 мг/кг). До и после 1, 2, 3 и 4 месяцев оперативного вмешательства исследовались показатели оксиметрии, содержание в вагинальном секрете и периферической крови остаточного азота (ОА), азотсодержащих соединений (АСС).

Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения IBM SPSS statistics версии 26.0. Проверку на нормальность распределения проводили по критерию Колмогорова-Смирнова. Описательная статистика представлена в виде медианы и межквартильного размаха для непрерывных переменных при распределении данных отличным от нормального; при нормальном распределении высчитывали среднюю арифметическую со стандартным отклонением; категориальные переменные определяли с использованием частот и процентов. Групповые сравнения непрерывно распространяемых данных проводили с использованием критерия Стьюдента для параметрических методов, Уилкоксона-Манна-Уитни для непараметрических методов. Для группового сравнения категориальных данных использовали критерий Х² и точный критерий Фишера.

Содержание экспериментального вмешательства соответствовало правилам лабораторной практики, утвержденным приказом Министерства торговли и интеграции РК от 17 июня 2021 г. №414-НК «Об утверждении Правил реализации принципов надлежащий лабораторной практики».

Результаты: После билатеральной окклюзии внутренних подвздошных вен, несмотря на развитую вено-веноулярную и артериоло-веноулярную меж- и внутрисистемную сеть анастомозов, отмечается застой в венозном сплетении влагалища. Об этом свидетельствует осмотр слизистой оболочки органа, а также результаты физиологических исследований. Прежде всего, отмечается снижение насыщения кислородом в слизистой оболочке влагалища в течение первых трех месяцев эксперимента (рисунок 1).



* – достоверность различий по сравнению с I серией

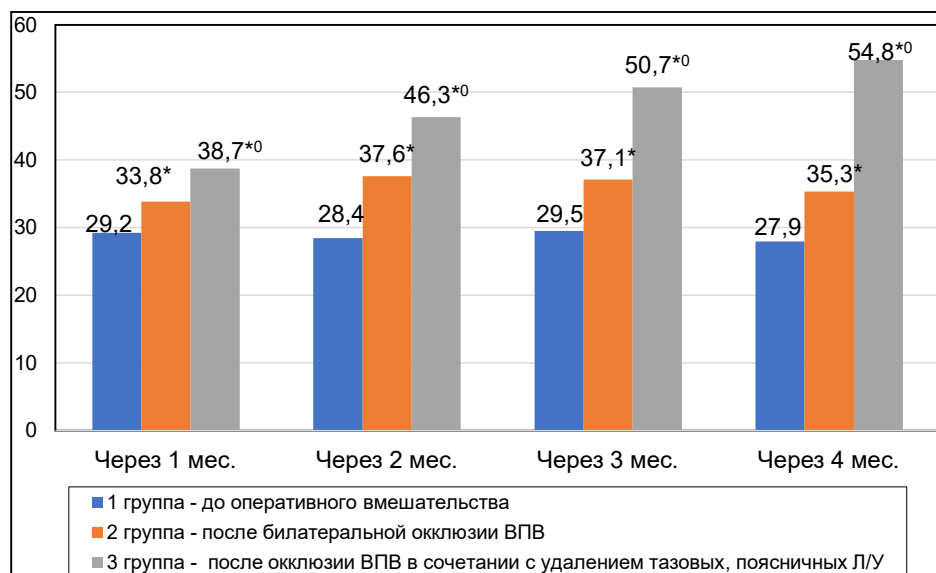
Примечания: ВРВ – варикозное расширение вен; ХЛВН – хроническая лимфенозная недостаточность.

Рисунок 1 – Динамика изменения Кслиз/дигит (отн.ед) у самок кроликов

Через четыре месяца величина SO₂ (насыщение артериальной крови кислородом) достоверно не отличается от контрольных данных, что, возможно, сопряжено с активацией порто-кавальных и артериоло-веноулярных анастомозов, по которым энергия артериального потока передается к энергоемкому венозному потоку. Соответственно изменяется отношение SO₂ слизистой оболочки влагалища к SO₂ пальца.

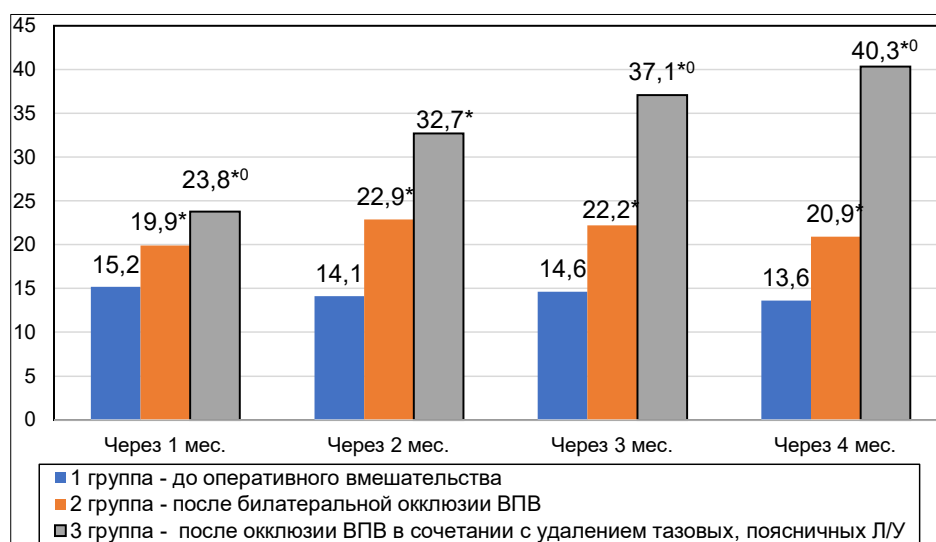
Изложенные изменения SO₂ свидетельствуют о развитии циркуляторной гипоксии слизистой оболочки влагалища, что отражается на обмене веществ органа. При этом значение pH смещается в сторону негазового алкалоза. Создаются благоприятные условия для подавления нормальной микрофлоры (НМ) и роста ассоциированной микрофлоры (АМ), что приводит к неуклонному снижению соотношения НМ/АМ, которое особенно наглядно проявляется через 3 и 4 месяца после билатеральной окклюзии внутренней подвздошной вены. Процент «ключевых клеток» при этом резко возрастает.

В создавшихся условиях проявляются признаки нарушения белкового обмена, то есть строительного материала стенки влагалища. В связи с этим нарастает в ее содержимом концентрация ОА. На этом фоне во все сроки эксперимента повышается содержание АСС и, соответственно, соотношения АСС/ОА по сравнению с данными, полученными в контроле у здоровых животных (рисунок 2).



Примечания: * – достоверность различий по сравнению с I серией
⁰ – достоверность различий между II и III сериями

Рисунок 2 – Динамика изменений содержания остаточного азота (ммоль/л) в вагинальном секрете у самок кроликов



Примечания: * – достоверность различий по сравнению с I серией
⁰ – достоверность различий между II и III сериями

Рисунок 3 – Динамика изменений содержания азотсодержащих соединений (ммоль/л) в вагинальном секрете у самок кроликов

При сочетании окклюзии обеих подвздошных вен с экстирпацией поясничных, тазовых и паравертебральных лимфатических узлов отмечалось значительное снижение содержания SO_2 в слизистой оболочке в ходе эксперимента по сравнению с данными у контрольных животных и самок кроликов с изолированной окклюзией вен. Это, несомненно, указывает на гипоксемию слизистой влагалища и, естественно, приводит к сопряженному изменению коэффициента SO_2 из влагалища/ SO_2 из пальца. При этом начинается развитие метаболического (по отношению к pH в норме) алкалоза.

Снижение напряжения кислорода с одновременным падением кислотности влагалищного содержимого благоприятствует росту АМ. В результате резко падает отклонение соотношения НМ/АМ, что, по сути своей, дает возможность говорить о развитии экспериментального бактериального вагиноза. Процент «ключевых клеток» ожидаемо и достоверно нарастает по сравнению с данными предыдущих опытов и, особенно, с исходными величинами.

В создавшихся условиях во влагалищном секрете резко увеличивается содержание ОА по сравнению с данными в норме и предыдущей серией опытов, причем, это происходит с одновременным нарастанием АСС к ОА во все сроки эксперимента. В результате этого отношение АСС к ОА через 3 и 4 месяца достоверно превышает результаты, полученные у здоровых животных и у животных предыдущей серии опытов.

Особняком стоит вопрос о взаимосвязи, сопряженности, взаимозависимости изложенных результатов от характера экспериментальных вмешательств, от сроков, прошедших после моделирования патологических состояний, а также о взаимообусловленности ремоделирования изученных физиологических, микроскопических и биохимических параметров.



Обсуждение: Установлено, что изменения содержания SO₂ в слизистой влагалища зависят как от характера, так и от срока эксперимента. Так, если в опытах с билатеральной окклюзией внутренних подвздошных артерий во все сроки наблюдения SO₂ снижено по сравнению с данными здоровых животных, то при сочетании окклюзии вен с экстирпацией внутренних поясничных, тазовых и паравертебральных лимфатических узлов в первые два месяца SO₂ отличается только от исходных величин, тогда как в последующие сроки отличается от данных предыдущих опытов. Следовательно, в отличие от опытов с моделированием хронической венозной недостаточности при хронической лимфовенозной оксигенации слизистой влагалища с течением времени нарастает.

Содержание «ключевых клеток» и АМ меняется параллельно в одном направлении, тогда как по отношению к НМ наблюдается обратное. То есть, динамика ремоделирования НМ, АМ и КНМ/АМ определяется состоянием «ключевых клеток».

Заключение: Таким образом билатеральная окклюзия внутренних подвздошных вен, особенно в сочетании с удалением тазовых, поясничных и паравертебральных лимфатических узлов, инициирует цепочку взаимосвязанных изменений в компонентах биоценоза, структуре влагалищной стенки, крово- и лимфообращении. Дефицит АТФ приводит к нарушению оксигенации стенки влагалища и клеточному метаболизму, что приводит к смещению рН влагалищного содержимого в щелочную сторону, создавая благоприятную среду для патогенной микрофлоры.

С одной стороны, повышение давления в веноулярном звене микроциркуляторного русла при окклюзии внутренних подвздошных вен в эксперименте и при различных заболеваниях в клинике вызывает рефлекторный спазм артериального звена, что усугубляет гипоксию органов малого таза, в том числе влагалища. С другой стороны, изменения биохимии стенки влагалища отражаются на кровеносном русле. Таким образом, возникает взаимодействие между повреждениями кровеносного и лимфатического русел, а также структурно-функциональной организации влагалища. Защитные механизмы слизистой влагалища подавляются, и на ее поверхности поселяются микроорганизмы.

Адгезия микроорганизмов к эпителиальным клеткам нарушает ее нормальную жизнедеятельность. Эпителиальные клетки с адгезированными микроорганизмами легко отторгаются в виде «ключевых клеток», которые могут быть использованы в клинике для оценки тяжести лечения и эффективности лечения БВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С., Муравьева В.В. Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических вагинитов // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. – 2020. – №8(1). – С. 69-76 [Ankirkskaya A.S., Murav'eva V.V. Integral'naya ocenka sostoyaniya mikrobioty vlagalishha. Diagnostika opportunisticheskix vaginitov // *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. – 2020. – №8(1). – С. 69-76 (in Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.24411/2303-9698-2020-11009>
2. Куценко И.Г., Боровиков И.О., Кравцова Е.И., Батмен С.К., Магай А.С., Боровикова О.И., Авакимян В.А., Андреева А.А. Бактериальный вагиноз: сравнительная оценка терапевтической эффективности 5-нитроимидазолов // *РМЖ. Мать и дитя*. – 2023. – №6(2). – С. 78-87 [Kucenko I.G., Borovikov I.O., Kravcova E.I., Batmen S.K., Magaj A.S., Borovikova O.I., Avakimyan V.A., Andreeva A.A. Bakterial'nyj vaginoz: sravnitel'naya ocenka terapevticheskoy effektivnosti 5-nitroimidazolov // *RMZh. Mat' i ditya*. – 2023. – №6(2). – S. 78-87 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2023-6-2-78-87>
3. Жукембаева А.М., Абдумаликова И.А., Латкина К.С., Жадькова А.Ж., Смагулова А.Б., Акимжан М.К., Алпысбаева А.К. Ось взаимодействия «гемо- и лимфоциркуляция – влагалище – микробиота» при бактериальном вагинозе // *Вестник КРСУ*. – 2023. – №9(23). – С. 142-148 [Zhukembaeva A.M., Abdumalikova I.A., Latkina K.S., Zhadykova A.Zh., Smagulova A.B., Akimzhan M.K., Alpyssaeva A.K. Os' vzaimodejstviya «gemo- i limfocirkulyaciya – vlagalishhe – mikrobiota» pri bakterial'nom vaginoze // *Vestnik KRSU*. – 2023. – №9(23). – S. 142-148. (in Russ.)]. <https://doi.org/10.36979/1694-500X-2023-23-9-142-148>
4. Салехов С.А., Жукембаева А.М., Ибраева О.Ш., Салимова С.С., Капарова К.М., Дергунов А.В. Патогенетическое значение лимфовенозной недостаточности в развитии дисбиоза влагалища // *Вестник НовГУ*. – 2018. – №2(108). – С. 60-62 [Salekhov S.A., Zhukembaeva A.M., Ibraeva O.Sh., Salimova S.S., Kaparova K.M., Dergunov A.V. atogeneticheskoe znachenie limfovenoznoj nedostatochnosti v razvitiy disbioza vlagalishha // *Vestnik NovGU*. – 2018. – №2(108). – S. 60-62. (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/patogeneticheskoe-znachenie-limfovenoznoy-nedostatochnosti-v-razvitiy-disbioza-vlagalishha>
5. Жукембаева А.М., Долгих В.Р., Гайдуков С.Н. Способ оценки состояния иммунной системы слизистых оболочек при инфекционных заболеваниях. Заявление о выдаче патента РФ на изобретение №2015129290. Оpubl. 20.01.2017, Бюл. №2 [Zhukembaeva A.M., Dolgikh V.R., Gaydukov S.N. Sposob ocenki sostojaniya immunnoj sistemy slizistyx obolochek pri infekcionnyh zabolevaniyah. Zajavlenie o vydache patenta RF na izobretenie №2015129290. Opubl. 20.01.2017, Bjul. №2. (in Russ.)].
6. Кира Е.Ф., Халтурина Ю.В. Современные терапевтические возможности лечения бактериального вагиноза // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2020. – №69(3). – С. 39-45 [Kira E.F., Xalturina Yu.V. Sovremennye terapevticheskie vozmozhnosti lecheniya bakterial'nogo vaginoza // *Zhurnal akusherstva i zhenskix boleznej*. – 2020. – №69(3). – S. 39-45 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/JOWD69339-4>
7. Крысанова А.А., Гуцин А.Е., Савичева А.М. Значение определения генотипов Gardnerella vaginalis в диагностике рецидивирующего бактериального вагиноза // *Медицинский алфавит*. – 2021. – №1(30). – С. 48-52 [Krysanova A.A., Gushchin A.E., Savicheva A.M. Znachenie opredeleniya genotipov Gardnerella vaginalis v diagnostike recidivirujushhego bakterial'nogo vaginoza // *Medicinskij alfavit*. – 2021. – №1(30). – S. 48-52. (in Russ.)]. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-30-48-52>
8. Колесникова Л.И., Гус А.И., Тараненко А.В., Семендяев А.А., Ступин Д.А., Щербатых А.В., Калягин А.Н., Колесников А. Информативность оценки экспрессии CD34 в развитии варикозной болезни вен малого таза у женщин // *Акушерство и гинекология*. – 2019. – №2. – С. 120-125 [Kolesnikova L.I., Gus A.I., Taranenko A.V., Semendjaev A.A., Stupin D.A., Shherbatykh A.V., Kaljagin A.N., Kolesnikov A. Informativnost' ocenki jekspressii CD34 v razvitiy varikoznoj bolezni ven malogo taza u zhenshhin // *Akusherstvo i Ginekologija*. – 2019. – №2. – S. 120-125. (in Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.2.120-125>

9. Жукембаева А.М., Дергунов А.В., Бейсебаева У.Т., Хабижанов А.Б., Енсегенова З.Ж. Патогенетическое значение лимфовенозной недостаточности в эффективности лечения бактериального вагиноза // Вестник НовГУ. – 2018. – №5(111). – С. 40-42 [Zhukembaeva A.M., Dergunov A.V., Bejsebaeva U.T., Habizhanov A.B., Ensegenova Z.Zh. Patogeneticheskoe znachenie limfovenoznoj nedostatochnosti v razvitii disbioza vlagalishha // Vestnik NovGU. – 2018. – №5(111). – S. 40-42. (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/patogeneticheskoe-znachenie-limfovenoznoy-nedostatochnosti-v-effektivnosti-lecheniya-bakterialnogo-vaginoza>

REFERENCES

1. Анкирская А.С., Муравьева В.В. Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических вагинитов. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2020;8(1):69-76. Ankiorskaya AS, Muravyova VV. Integral assessment of the state of the vaginal microbiota. Diagnosis of opportunistic vaginitis. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obucheniye*. = *Obstetrics and gynecology: news, opinions, training*. 2020;8(1):69-76. (Russian). <https://dx.doi.org/10.24411/2303-9698-2020-11009>
2. Куценко И.Г., Боровиков И.О., Кравцова Е.И., Батмен С.К., Магай А.С., Боровикова О.И., Авакимян В.А., Андреева А.А. Бактериальный вагиноз: сравнительная оценка терапевтической эффективности 5-нитроимидазолов. *РМЖ. Мать и дитя*. 2023;6(2):78-87. Kutsenko IG, Borovikov IO, Kravtsova EI, Batman SK, Magai AS, Borovikova OI, Avakimyan VA, Andreeva AA. Bacterial vaginosis: comparative assessment of the therapeutic effectiveness of 5-nitroimidazoles. *RMZH. Mat' i ditya*. = *RMJ. Mother and child*. 2023;6(2):78-87. (Russian). <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2023-6-2-78-87>
3. Жукембаева А.М., Абдумаликова И.А., Латкина К.С., Жадькова А.Ж., Смагулова А.Б., Акимжан М.К., Алпысбаева А.К. Ось взаимодействия «гемо- и лимфоциркуляция – влагалище – микробиота» при бактериальном вагинозе. *Вестник КРСУ*. 2023;9(23):142-148. Zhukembaeva AM, Abdumalikova IA, Latkina KS, Zhadykova AZh, Smagulova AB, Akimzhan MK, Alpysbaeva AK. The axis of interaction "hemo- and lymphatic circulation – vagina – microbiota" in bacterial vaginosis. *Vestnik KRSU = Bulletin of KRSU*. 2023;9(23):142-148. (Russian). <https://doi.org/10.36979/1694-500X-2023-23-9-142-148>
4. Салехов С.А., Жукембаева А.М., Ибраева О.Ш., Салимова С.С., Капарова К.М., Дергунов А.В. Патогенетическое значение лимфовенозной недостаточности в развитии дисбиоза влагалища. *Вестник НовГУ*. 2018;2(108):60-62. Salekhov SA, Zhukembaeva AM, Ibraeva OSh, Salimova SS, Kaparova KM, Dergunov AV. Pathogenetic significance of lymphovenous insufficiency in the development of vaginal dysbiosis. *Vestnik NovGU = Bulletin of NovSU*. 2018;2(108):60-62. (Russian). <https://cyberleninka.ru/article/n/patogeneticheskoe-znachenie-limfovenoznoy-nedostatochnosti-v-razvitii-disbioza-vlagalishcha>
5. Жукембаева А.М., Долгих В.Р., Гайдуков С.Н. Способ оценки состояния иммунной системы слизистых оболочек при инфекционных заболеваниях. Заявление о выдаче патента РФ на изобретение №2015129290. Опубл. 20.01.2017, Бюл. №2. Zhukembaeva A.M., Dolgikh V.R., Gaidukov S.N. A method for assessing the state of the immune system of mucous membranes in infectious diseases. Application for a RF patent for an invention No. 2015129290. Publ. 01/20/2017, Bulletin no. 2. (Russian).
6. Кира Е.Ф., Халтурина Ю.В. Современные терапевтические возможности лечения бактериального вагиноза. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2020;69(3):39-45. Kira EF, Khalturina YuV. Modern therapeutic options for the treatment of bacterial vaginosis. *Zhurnal akusherstva i zhenskix boleznej = Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2020;69(3):39-45. (Russian). <https://doi.org/10.17816/JOWD69339-4>
7. Крысанова А.А., Гушчин А.Е., Савичева А.М. Значение определения генотипов Gardnerella vaginalis в диагностике рецидивирующего бактериального вагиноза. *Медицинский алфавит*. 2021;1(30):48-52. Krysanova AA, Gushchin AE, Savicheva AM. The importance of determining Gardnerella vaginalis genotypes in the diagnosis of recurrent bacterial vaginosis. *Medicinskii alfavit = Medical alphabet*. 2021;1(30):48-52. (Russian). <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-30-48-52>
8. Колесникова Л.И., Гус А.И., Тараненко А.В., Семендяев А.А., Ступин Д.А., Щербатых А.В., Калягин А.Н., Колесников А. Информативность оценки экспрессии CD34 в развитии варикозной болезни вен малого таза у женщин. *Акушерство и Гинекология*. 2019;2:120-125. Kolesnikova LI, Gus AI, Taranenko AV, Semendjaev AA, Stupin DA, Shherbatyh AV, Kaljagin AN, Kolesnikov A. Informative value of assessing CD34 expression in the development of pelvic varicose veins in women. *Akusherstvo i Ginekologija = Obstetrics and Gynecology*. 2019;2:120-125. (Russian). <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.2.120-125>
9. Жукембаева А.М., Дергунов А.В., Бейсебаева У.Т., Хабижанов А.Б., Енсегенова З.Ж. Патогенетическое значение лимфовенозной недостаточности в эффективности лечения бактериального вагиноза. *Вестник НовГУ*. 2018;5(111):40-42. Zhukembaeva AM, Dergunov AV, Bejsebaeva UT, Habizhanov AB, Ensegenova ZZh. Pathogenetic significance of lymphovenous insufficiency in the effectiveness of treatment of bacterial vaginosis. *Vestnik NovGU = Bulletin of NovSU*. 2018;5(111):40-42. (Russian). <https://cyberleninka.ru/article/n/patogeneticheskoe-znachenie-limfovenoznoy-nedostatochnosti-v-effektivnosti-lecheniya-bakterialnogo-vaginoza>

Ретроспективный анализ влияния соматических и гинекологических заболеваний на развитие раннего невынашивания беременности

Г.Д. Матризаева¹

¹Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Республика Узбекистан

Актуальность: Как в мире в целом, так и в Республике Узбекистан частота невынашивания беременности остается высокой и имеет значительную распространенность. Возраст беременных до 18 лет и старше 35 лет связан с увеличением частоты раннего невынашивания беременности. Неблагоприятным фактором является наличие у женщины тяжелых экстрагенитальных заболеваний. В последние десятилетия было проведено множество научных исследований, посвященных проблеме раннего невынашивания беременности, что, казалось бы, должно было снизить их частоту. Тем не менее, проблема остаётся актуальной.

Цель исследования - провести ретроспективный анализ соматического и гинекологического анамнеза женщин с ранним невынашиванием беременности.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ 382 историй болезни больных, наблюдавшихся в гинекологических отделениях Областного перинатального центра Хорезмской области и городского родильного дома г. Ургенч (Узбекистан).

Исследование проводилось у женщин с невынашиванием беременности в сроке до 13 недель. Возраст пациенток колебался от 21 до 43 лет, средний возраст составил $23,4 \pm 1,12$ лет.

Результаты: На основании полного анализа историй болезней установлено, что большинство пациенток с невынашиванием беременности были горожанками – 232 женщины (61%) и 150 женщин (39%) были жительницами села. Характер менструальной функции оценивали по среднему возрасту наступления менархе, который составил $13,9 \pm 0,03$ лет, и по средней продолжительности менструальных кровотечений, которая составила $4,26 \pm 0,07$ дня; длительность менструального цикла (в днях) составляла $29 \pm 0,21$. У трети женщин менструальный цикл был болезненным (альгодисменорея), что могло быть связано с ранее перенесенными воспалительными заболеваниями гениталий, вмешательствами на матке и послеродовыми осложнениями. У четверти пациенток отмечались обильные менструации, из них у 27 женщин наблюдались аномальные маточные кровотечения в анамнезе. Средний индекс массы тела (ИМТ) у обследованных женщин составлял $25,1 \pm 0,39$. Анализ ИМТ из 382 историй болезни показал, что недостаточность массы тела у 11 (2,9%) женщин, избыточную массу тела у 81 (21%) женщины и ожирение у 78 (20,4%) женщин. Анализ наследственных заболеваний родителей и близких родственников показал, что артериальную гипертензию в семейном анамнезе у 20,16% женщин, варикозная болезнь – у 21,2%, наследственная и приобретенная тромбофилия – у 2,9%, инсульт/инфаркты – у 3,9%; ожирение – у 21,7%, сахарный диабет – у 4,9%, бесплодие – у 6,3%, патология щитовидной железы – у 21,7%, системные заболевания – у 5,5% пациенток. Наиболее часто встречались патологии сердечно-сосудистой системы и эндокринные заболевания.

Заключение: Таким образом, было обнаружено, что среди соматических патологий у пациенток с ранним невынашиванием беременности чаще наблюдалась сердечно-сосудистая патология, а также патология щитовидной железы. Среди гинекологических патологий чаще встречались воспалительные заболевания гениталий, осложненная беременность и роды. Это, безусловно, свидетельствует о влиянии экстрагенитальной патологии и гинекологической заболеваемости на формирование невынашивания беременности. Своевременное обследование и лечение воспалительных заболеваний гениталий, прохождение предгравидарной подготовки, консультация эндокринолога и адекватная коррекция нарушений задолго до планирования беременности являются ключевыми факторами для профилактики осложнений во время беременности и родов.

Преэклампсия: влияние на плод и новорожденного

Ф.К. Ахмедов¹

¹Бухарский медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность: Преэклампсия является наиболее частым медицинским осложнением беременности и основной причиной заболеваемости и смертности матери и плода [1, 2]. Это заболевание представляет собой серьезную проблему для акушеров, поскольку не существует эффективных вмешательств для его лечения или профилактики, а дородовое наблюдение связано с трудным балансом между рисками продолжения беременности для женщин и рисками преждевременных родов ребенка [3, 4].

Цель исследования – анализ исхода беременности и родов, течения раннего неонатального периода у новорожденных, родившихся у матерей с преэклампсией.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинской документации в 2019-2020 гг. в родильных стационарах г. Бухары (Узбекистан). В исследование были включены 300 пар «мать-новорожденный». Группу I (основная группа) составили 100 пар с преэклампсией, группу II (контрольная группа) – 200 пар с физиологически протекающей беременностью.

Результаты исследования: На первом этапе исследования были изучены данные анамнеза пациенток. При проведении однофакторного анализа выявлена достоверная связь между возрастом женщины и риском развития преэклампсии,

что соответствует литературным данным о связи этих показателей [1-4]. Как правило, в большинстве случаев преэклампсия встречалась у первородящих женщин основной группы – 35,2% по сравнению с 10,2% у пациенток контрольной группы.

При изучении антропометрических данных пациенток было выявлено, что на момент наступления беременности в 68,4% случаев у женщин, беременность которых осложнилась преэклампсией, отмечался избыточный вес. В группе сравнения этот показатель составлял всего 26,7%. Кроме того, риск развития преэклампсии был статистически значимо выше у пациенток с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (25,2% и 2,7%, соответственно) и с заболеваниями почек и мочевыводящих путей (31,5% и 10,5%, соответственно).

Значимым осложнением течения беременности ($p > 0,05$) явилась угроза прерывания беременности в I триместре ($n=36$ (36%) и $n=20$ (10%), соответственно). Во II триместре значимых различий выявлено не было. В III триместре преобладала задержка роста плода ($n=15$ (15%) и $n=6$ (3%), соответственно), структурно-функциональная недостаточность плаценты ($n=21$ (21%) и $n=10$ (5%), соответственно), а также маловодие ($n=19$ (19%) и $n=11$ (5,5%), соответственно).

Учитывая структуру заболеваемости, тяжесть патологических изменений, а также гестационный возраст новорожденных основной группы, для 35,5% детей потребовалось интенсивное наблюдение, проведение терапии в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных и последующий их перевод на второй этап выхаживания. В группе с физиологическим течением беременности таких детей было всего 10,5%. Продолжительность госпитализации в стационаре была достоверно выше у новорожденных основной группы ($p < 0,01$) и составила в среднем $10,6 \pm 9,5$ дней против $3,4 \pm 2,7$ дней в контрольной группе.

Обсуждение: Проведенное исследование показало, что преэклампсия оказывает негативное влияние на состояние плода и новорожденного, причём с возникновением данного серьезного осложнения беременности связано от 10 до 25% индуцированных преждевременных родов. Тяжесть состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде и риск неонатальных осложнений имеют прямую корреляционную зависимость от сроков возникновения и степени тяжести преэклампсии.

Заключение: Таким образом, прогноз заболеваемости у новорожденных, а также прогноз тяжести неонатальных исходов напрямую зависит от сроков родоразрешения. Поэтому акушерская тактика в отношении пациенток, беременность которых осложнилась преэклампсией, должна быть основана на качественной оценке состояния и матери, и плода. На сегодняшний день своевременное решение вопроса адекватного выбора акушерской тактики, а также оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи новорожденным являются приоритетной задачей родовспомогательных учреждений на всех этапах наблюдения и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш. Изучение особенностей функционального состояния почек у женщин с тяжелой преэклампсией // IX Регион. Науч.-Образ. Форум «Мать и Дитя», 28-30 июня 2016, Сочи. – С. 7-8 [Axmedov F.K., Kurbanova Z.Sh. Izuchenie osobennostej funkcional'nogo sostoyaniya pochetk u zhenshhin s tyazhelej pree'klampsiej // IX Region. Nauch.-Obraz. Forum «Mat' i Ditya», 28-30 iyunya 2016, Sochi. – S. 7-8 (in Russ.)].
2. Туксанова Д.И., Курбанова З.Ш., Ахмедов Ф.К. Особенности состояния изучаемых параметров органного и маточно-плацентарного кровотока у женщин с присоединившейся преэклампсией // Проблемы биологии и медицины. – 2019. – №2. – С. 107-111 [Tuksanova D.I., Kurbanova Z.Sh., Axmedov F.K. Osobennosti sostoyaniya izuchaemyx parametrov organnogo i matochno-placentarnogo krovotoka u zhenshhin s prisoedivsheysya pree'klampsiej // Problemy biologii i mediciny. – 2019. – №2. – S. 107-111 (in Russ.)]. <http://pbim.uz/web/upload/1611235312.pdf>
3. Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш. Изменение функции левого желудочка у беременных с преэклампсией // Международная научно-практическая конференция «Современная медицина: традиции и инновации». – 2018. – С. 144-147 [Axmedov F.K., Kurbanova Z.Sh. Izmenenie funkcii levogo zheludochka u beremennyx s pree'klampsiej // Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferenciya «Sovremennaya medicina: tradicii i innovacii». – 2018. – S. 144-147.
4. Туксанова Д.И. Особенности состояния системного и органного кровотока у женщин с физиологическим течением беременности // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2017. – №3-4(I). – С. 135-136 [Tuksanova D.I. Osobennosti sostoyaniya sistemnogo i organnogo krovotoka u zhenshhin s fiziologicheskim techeniem beremennosti // Novosti dermatovenerologii i reproduktivnogo zdorov'ya. – 2017. – №3-4(I). – S. 135-136 (in Russ.)]. <https://www.ndrz.uz/issue/2017/ndrz-2017-3-part-1.pdf>

REFERENCES

1. Axmedov F.K., Kurbanova Z.Sh. *Izuchenie osobennostej funkcional'nogo sostoyaniya pochetk u zhenshhin s tyazhelej preeclampsia*. IX Region. Nauch. Obraz. Forum «Mat' i Ditya», Sochi, June 28-30, 2016, 7-8. Axmedov FK, Kurbanova ZSh. *Study of the features of the functional state of the kidneys in women with severe preeclampsia*. IX Region. Nauch. Obraz. Forum «Mat' i Ditya», Sochi, June 28-30, 2016, 7-8. (in Russ.).
2. Tuksanova D.I., Kurbanova Z.Sh., Axmedov F.K. *Osobennosti sostoyaniya izuchaemyx parametrov organnogo i matochno-placentarnogo krovotoka u zhenshhin s prisoedivsheysya preeclampsia*. *Problemy biologii i mediciny*. 2019;2:107-111. Tuksanova DI, Kurbanova ZSh, Axmedov FK. *Features of the state of the studied parameters of organ and uteroplacental blood flow in women with associated preeclampsia*. *Problemy biologii i mediciny = Problems of biology and medicine*. 2019;2:107-111. (in Russ.). <http://pbim.uz/web/upload/1611235312.pdf>
3. Axmedov F.K., Kurbanova Z.Sh. *Izmenenie funkcii levogo zheludochka u beremennyx s preeclampsia*. *Mejd. Nauch.-Prakt. Conf. «Sovremennaya medicina: tradicii i innovacii»*. 2018;144-147. Axmedov FK, Kurbanova ZSh. *Changes in left ventricular function in pregnant women with preeclampsia*. *Int Sci Pract Conf «Modern medicine: traditions and innovations.»* 2018;144-147. (in Russ.).



3. Туксанова Д.И. Особенности состояния системного и органного кровотока у женщин с физиологическим течением беременности. *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*. 2017;3-4(1):135-136. Tuksanova DI. Features of the state of systemic and organ blood flow in women with a physiological course of pregnancy. *Novosti dermatovenerologii i reproduktivnogo zdorov'ya = News of dermatovenerology and reproductive health*. 2017;3-4(1):135-136. (in Russ.). <https://www.ndrz.uz/issue/2017/ndrz-2017-3-part-1.pdf>

Диагностические критерии дефицита железа в развитии аномальных маточных кровотечений в репродуктивном возрасте

Ш.Б. Оллоназаров¹, Ф.К. Ахмедов¹, Д.Я. Зарипова¹

¹Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сины, Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность: Согласно современным представлениям, менструальная функция целостного организма регулируется сложной, многокомпонентной нейроэндокринной самоуправляемой системой [1, 2]. Звеньями ее являются кора головного мозга, гипоталамус, гипофиз, яичники, матка и железы внутренней функции секреции (щитовидная железа, надпочечники и др.). Актуальность рассматриваемой проблемы имеет важное значение в связи с тем, что гинекологические и общесоматические заболевания в детском возрасте и в периоде полового созревания во многом определяют состояние здоровья матери [3, 4].

Цель – определить диагностические параметры маточных критериев у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие женщины среднего репродуктивного возраста от 25 до 35 лет. Контрольную группу составили 25 здоровых женщин, тогда как основную группу составили 45 пациенток с маточными кровотечениями (МК). Исследование проводилось в перинатальном центре г. Бухары (Узбекистан). Для изучения состояния пациенток были взяты письменные согласия. Был изучен анамнез, клинические, диагностические и лабораторные исследования. Статистический анализ был проведен с помощью метода Фишера-Стьюдента с помощью пакета Statistica.

Результаты: В момент включения в исследование наступление менархе отмечалось у пациенток основной группы. При этом начало менархе в сравниваемых группах не имело выраженной разницы в зависимости от возраста. Так, в группе здоровых женщин начало менархе наблюдалось у 25 (100,0%) человек, среди женщин с МК – у 45 пациенток (100%) ($P>0,05$). Следовательно, само по себе раннее наступление менархе, вероятно, не является отчетливым признаком зрелости репродуктивной системы. Анализ сроков наступления менархе в зависимости от возраста также не выявил какой-либо закономерности наступления менархе у пациенток с МК. Так, в группе здоровых женщин менархе наступило в возрасте 11 лет у 2 (3,6%), 12 лет – у 8 (14,5%), 13 лет – у 3 (12%), 14 лет – у 2 (8%), 15 лет – у 2 (8%), 16 лет – у 8 (14,5%) человек. Средний возраст наступления менархе у здоровых женщин составил $13,2\pm 0,9$ года.

В группе пациенток с МК в возрасте 11 лет менархе не наблюдалось, у 2 (4,4%) пациентки менархе наступило в возрасте 12 лет, у 22 (19,1%) – в 13 лет, у 11 (24,4%) – в 14 лет, у 5 (11,1%) – в 15 лет и у 5 (11,1%) – в 16 лет. Средний возраст наступления менархе составил $13,1\pm 0,9$ года, без достоверной разницы по данному показателю со здоровыми женщинами ($P>0,05$).

Кровотечения в основном были длительными и обильными, однако лишь 52%, т.е. каждая вторая женщина, состояли на учете у врача. МК чаще встречались у пациенток с наступлением менархе в возрасте 13-15 лет – 21 (20,9%) и 24 (21,7%), соответственно ($r=0,78$). При этом полименорея в возрасте 15 лет имела место у 25 женщин возрастом 25-27 лет (55,5%), у 13 возрастом 28-30 лет (59,1%), у 14 возрастом 31-33 года (58,3%) и у 13 возрастом 34-35 лет (52,0%).

Каждая десятая пациентка с МК предъявляла жалобу на болезненные менструации, при этом ни одна из них к врачу не обращалась. Высокая встречаемость альгодисменореи наблюдалась в возрасте 13-15 лет, что, очевидно, связано с наступлением менархе ($r=0,66$).

Воспалительные заболевания гениталий выявлены у каждой третьей женщины – 14 (31,1%). В основном они жаловались на обильные выделения из половых путей, иногда сопровождавшиеся зудом, жжением и неприятным запахом. Частота воспалительных заболеваний была прямо пропорциональна возрасту обследованных ($r=0,51$). Так, воспалительные заболевания гениталий наблюдались у 3 (14,3%) женщин в возрасте 25 лет, у 2 (9,1%) – в возрасте 28 лет, у 9 (37,5%) – 30 лет, у 9 (36,0%) – 32 лет, у 11 (47,8%) – 35 лет. Таким образом, в анамнезе с МК преобладают воспалительные заболевания – у 34 (29,5%) человек, однако нами не обнаружено четкой взаимосвязи инфекционного гепатита, воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и др. с наличием МК.

Важно отметить, что при определенных условиях жизни, в частности в возрастном периоде усиленного роста, обмен веществ в организме сам по себе мог способствовать некоторому дефициту ряда эссенциальных микроэлементов даже у практически здоровых девушек в возрасте 13-15 лет. При этом наличие диареи в анамнезе с МК высоко коррелировало с глубоким микроэлементозом организма. Исходя из вышеизложенного, на наш взгляд, микроэлементоз, в частности железodefицитное состояние организма, вероятно, может служить одним из причинных факторов развития МК, что отрицательно влияет на здоровье женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Ф. К., Негматуллаева М. Н. Особенности состояния центральной гемодинамики и гемостаза у беременных с преэклампсии различной степени тяжести // Новый день в медицине. – 2020. – №. 1. – С. 147-150 [Akhmedov F. K., Negmatullaeva M. N. Osobennosti sostoyaniya central'noj gemodinamiki i gemostaza u beremennykh s pree'klampsii razlichnoj stepeni tyazhesti // Novyy den' v medicine. – 2020. – №. 1. – С. 147-150 (in Russ.)]. https://elibrary.ru/download/elibrary_43014721_80173470.pdf
2. Доброхотова Ю.Э., Бахарева И.В. Железодефицитная анемия: профилактика и лечение при беременности // РМЖ. Мать и дитя. – 2018. – № 26(2(I)). – С. 59-64 [Dobrokhotova YU.E., Bakhareva I.V. Zhelezodefitsitnaya anemiya: profilaktika i lecheniye pri beremennosti // RMZH. Mat' i ditya. – 2018. – №26(2(I)). – С. 59-64 (in Russ.)]. https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Ghelezodefitsitnaya_anemiya_beremennyh_profilaktika_ilechenie/
3. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ашурова Н.Г. Влияние магний дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов жизнедеятельности организма женщины // Тиббиётда янги кун. – 2019. – Т. 3 (27). – С. 14-17 [Zaripova D.YA., Negmatullayeva M.N., Tuksanova D.I., Ashurova N.G. Vliyanie magniy defitsitnogo sostoyaniya i disbalansa steroidnykh gormonov zhiznedeyatel'nosti organizma zhenshchiny // Tibbiyotda yangi kun. – 2019. – Т. 3 (27). – С. 14-1 (in Russ.)]. https://elibrary.ru/download/elibrary_46410498_31902291.pdf
4. Akhmedov F. K., Negmatullaeva M. N., Kurbanova Z. S. Modern views on the problem of preeclampsia // A new day in medicine. – 2018. – Vol. 1. – №. 21. – P. 180-185. https://elibrary.ru/title_about_new.asp?id=67532

REFERENCES

1. Akhmedov F.K., Negmatullaeva M.N. Osobennosti sostoyaniya central'noj gemodinamiki i gemostaza u beremennykh s preeklampsii razlichnoj stepeni tyazhesti. *Novyy den' v medicine*. 2020;1:147-150. Akhmedov F.K., Negmatullaeva M.N. Features of the state of central hemodynamics and hemostasis in pregnant women with preeclampsia of varying severity. *Novyy den' v medicine = New day in medicine*. 2020;1:147-150. (in Russ.). https://elibrary.ru/download/elibrary_43014721_80173470.pdf
2. Доброхотова Ю.Э., Бахарева И.В. Железодефицитная анемия: профилактика и лечение при беременности. *РМЖ. Мать и дитя*. 2018;26(2(I)):59-64. Dobrokhotova Yu.E., Bakhareva I.V. Iron deficiency anemia: prevention and treatment during pregnancy. *RMZH. Mat' i ditya = RMJ. Mother and child*. 2018;26(2(I)):59-64. (In Russ.). https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Ghelezodefitsitnaya_anemiya_beremennyh_profilaktika_ilechenie/
3. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ашурова Н.Г. Влияние магний-дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов жизнедеятельности организма женщины. *Новый день в медицине*. 2019;3(27):14-17. Zaripova DJa, Negmatullaeva MN, Tuksanova DI, Ashurova NG. The effect of magnesium deficiency and imbalance of steroid hormones in the life of the woman. *Novyy den' v medicine = New day in medicine*. 2019;3(27):14-17. (In Russ.). https://elibrary.ru/download/elibrary_46410498_31902291.pdf
4. Akhmedov FK, Negmatullaeva MN, Kurbanova ZS. Modern views on the problem of preeclampsia. *A new day in medicine*. 2018;1(21):180-185. https://elibrary.ru/title_about_new.asp?id=67532

Путь к более безопасным и эффективным родам: доказательная база к ведению индуцированных родов

Д.Д. Султанмуратова^{1,2}, С.Ш. Исенова¹

¹НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан;
²Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Индукция родов – это искусственное вызывание родовой деятельности с целью родоразрешения через естественные родовые пути при сроке беременности 22 недели и более с целью обеспечения начала родовой деятельности для повышения качества медицинской помощи и улучшения исхода родов. Индукция родов является одним из самых распространенных акушерских вмешательств. За последние несколько десятилетий частота применения индукции родов продолжает расти. В странах с высоким уровнем дохода частота индуцированных родов достигает 25-30%. В странах с низким и средним уровнем дохода, как правило, ниже, но в некоторых из них достигают уровня развитых стран. Однако, несмотря на широкую распространенность, индуцированные роды все еще остаются самой дискуссионной темой в акушерстве, так как нет единого консенсуса относительно критериев успешности и без эффективности индукции. Также недостаточно доказательств относительно показаний и противопоказаний, сроков проведения, места и методов индукции, а также предикторов ее эффективности.

Цель – обобщить последние научные данные, касающиеся показаний, противопоказаний, сроков проведения, методов и места проведения индукции, а также предикторов эффективности индуцированных родов с акцентом на доказательные базы, лежащие в основе каждого из них.

Материалы и методы: Нами был проведен поиск научных статей в базах данных PubMed, Willey, Cochrane Library и Google Scholar по ключевым словам «индукция родов», «фармакологическая индукция», «механическая индукция», «программированные роды», «эффективность индукции» с ограничением на систематические обзоры за последние 5



лет. Последние версии рекомендаций по индуцированным родам находили через вэб страницу каждой организации (WHO, NICE, Queensland, Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG, РЦРЗ МЗ РК).

Результаты: Индукция родов при подозрении на макросомию плода приводит к более низкой средней массе тела при рождении, меньшему количеству переломов плеча во время родов и дистоции плеча. Однако с учетом того, что антенатальные оценки веса плода часто бывают неточными, это может приводить к необоснованному применению ИР. В условиях, когда врачи могут быть достаточно уверены в своей оценке веса плода, следует обсудить преимущества и недостатки индукции родов в доношенном сроке по поводу макросомии плода. Что касается сроков проведения индукции при тенденции к перенашиванию, когда других показаний нет, данные варьируется от 40 недель до 42 недель. Но следует иметь в виду, что с увеличением сроков беременности риски мертворождения увеличиваются, соответственно, беременные женщины должны быть проконсультированы и вовремя направлены на индукцию родов до 42 недель. Полученные данные свидетельствуют о том, что начальная доза мизопростола 25 мкг может обеспечить хороший баланс эффективности и безопасности. Мизопропростол в низкодозной схеме включен в наш протокол индукции родов при «незрелом» состоянии шейки матки. Тем не менее, процесс приготовления не гарантирует точности дозировки. Требуется разработка лекарственных форм, обеспечивающих точную дозировку. До тех пор необходимо контролировать процесс приготовления растворов и их прием. В случае «зрелой» шейки матки, для индукции родов применяется амниотомия с последующей инфузией окситоцина. При этом, после того, как во время индукции родов будет достигнуто раскрытие шейки матки на 5-6 см (активная фаза родов), можно рассмотреть вопрос о прекращении инфузии окситоцина. Выбор метода индукции должен осуществляться в индивидуальном порядке для каждой женщины, исходя из наилучших доступных доказательств.

Заключение: Несмотря на преимущества индукции в предотвращении осложнений, связанных с крупным плодом, необходимо учитывать недостаточную точность антенатальных оценок веса плода. Определение оптимального срока для проведения индукции при тенденции к перенашиванию также требует внимательного рассмотрения. Увеличение риска мертворождения после 42 недель беременности подчеркивает необходимость своевременного принятия решения о начале индукции. Важно соблюдать протоколы и контролировать процесс приготовления раствора мизопростола и применения окситоцина для обеспечения безопасности и эффективности процедуры. Разработка точных лекарственных форм также играет ключевую роль в успешной реализации индукции родов. Завершение инфузии окситоцина после достижения активной фазы родов является важным аспектом для предотвращения излишнего медикаментозного воздействия и достижения оптимальных результатов. Все эти моменты следует учитывать при принятии решения о проведении индукции родов при макросомии плода.

