

дори синнашон 20-39 сола, занони хомиладор, истикоматкунадагони шаҳр; занони хомиладоре бо хислатҳои махсуси чамбиятию иктисоди ва чамбиятию биологи, занони хомиладор дорои заминаи аворизноки инфекционӣ ва соматикӣ ва занони

хомиладор дар сеоҳои сеюми гестациони дида мешаванд.

Калидвожаҳо: пневмонияи вируси ва хомиладори, сироятҳои короновирус, SARS-CoV-2, сироятҳои вирусии респираторӣ

УДК 616-053

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-40-44

К.К. Махкамов¹, Ф.К. Олимова^{1,2}, Н.Ш. Очилдиева², Г.Х. Эшонкулова²

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РДС У НЕДОНОШЕННЫХ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РТ

¹Кафедра неонатологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ»

²ГУ «Родильный дом № 1», Душанбе

Махкамов Кахрамон Каюмович - к.м.н., доцент, заведующий кафедрой неонатологии ГОУ «ИПО в СЗРТ», г. Душанбе, ул. Адхамова, дом 5, кв 27; Тел.: +(992)93333287; E-mail: kkm63@mail.ru

Цель исследования. Анализ современных стратегий профилактики респираторного дистресс-синдрома и возможности их использования в условиях РТ.

Материал и методы исследования. Анализ проводили на основе постановлений правительства РТ, положений и нормативных документов для родовспомогательных учреждений, утвержденных Министерством Здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, а также на данных ежегодных отчетов структурных подразделений.

Результаты исследования и их обсуждение. В работе изложены подходы, касающиеся наблюдения за беременной на основе 5-ых обновленных Европейских согласительных рекомендаций по ведению новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Приведены положительные и отрицательные аргументы влияния стероидных препаратов на плод и рекомендации по их использованию на этапе ведения беременных с высоким риском преждевременных родов в зависимости от срока гестации. Также дан краткий сравнительный анализ национальным клиническим протоколам по ведению преждевременных родов и токолитической терапии.

Заключение. Раннее выявление беременных с высоким риском прерывания и обеспечение им эффективной помощи, согласно современным стратегиям, приводит к снижению неблагоприятных перинатальных исходов.

Ключевые слова: преждевременные роды, респираторный дистресс-синдром, антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома, недоношенный новорожденный, маловесный, реанимация, заболеваемость, смертность.

К.К. Makhkamov¹, F.K. Olimova^{1,2}, N. Sh. Ochildieva², G.H. Eshonqulova².

CURRENT STRATEGIES FOR THE PREVENTION OF RDS IN PREMATURE INFANTS AND POSSIBILITIES OF USING THEM IN THE RT

¹Department of Neonatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education of Health Sphere of Republic of Tajikistan»

²State Establishment «Maternity Hospital №1», Dushanbe

Makhkamov Kahramon Kayumovich. – Head of Department of Neonatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education of Health Sphere of the Republic of Tajikistan», candidate of Medical Sciences; Dushanbe, st. A. Adhamov, house -5, apt -27; tel. 93333287; e-mail: kkm63@mail.ru

Aim. To analyze modern strategies for the prevention of respiratory distress syndrome and the possibility of their use in RT.

Material and methods. The analysis was carried out based on directives of the Government of the Republic of Tajikistan, regulations, and normative documents for obstetric institutions approved by the Ministry of Health and

Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, and the data from annual reports of structural units.

Results. *The paper outlines an approach to monitoring a pregnant woman based on the 5th updated European Consensus Guidelines for the Management of Newborns with Respiratory Distress Syndrome. It presents positive and negative arguments for the effect of steroid drugs on the fetus and recommendations for their use at the stage of management of pregnant women with a high risk of preterm birth, depending on the gestation period. It also includes a brief comparative analysis with national clinical protocols for the management of preterm labor and tocolytic therapy.*

Conclusion. *Early identification of pregnant women at high risk of termination and providing them with effective care following modern strategies, reduce the adverse perinatal outcomes.*

Keywords: *preterm labor, respiratory distress syndrome, antenatal prevention respiratory distress syndrome, preterm infant, low weight infants, resuscitation, morbidity, mortality.*

Актуальность. В настоящее время смертность маловесных и недоношенных детей, несмотря на стабильное ее снижение в течении последних десятилетий, занимает ведущие позиции в структуре перинатальных потерь [9, 15]. Высокая заболеваемость и смертность объясняются тем, что вышеуказанный контингент гораздо чаще подвержен, в раннем неонатальном периоде, развитию критических состояний, таких как синдром дыхательных расстройств, бронхолегочная дисплазия и т.д.

В соответствии статьи 16 Конституции Республики Таджикистан и достижения Целей развития тысячелетия (обеспечение соответствующих условий для устойчивого развития детей, снижение заболеваемости и смертности) Правительством РТ были утверждены «Национальная стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья детей и подростков на период до 2015 года» от 2 июля 2008 года (№ 297) и «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы» от 2 августа 2010 года (№368). Среди основных направлений воздействия этих стратегий выделены пункты: разработка нормативно-правовой базы; доступа и качества предоставления услуг; кадровых ресурсов; исследование, мониторинг и оценка. В рамках выполнения пунктов этих стратегий в 2013 году были разработаны национальные протоколы, в частности стандарты ведения маловесных и новорожденных с СДР, которые с учетом рекомендаций по ведению недоношенных с РДС или риском его развития, разрабатываемых группой экспертов, собранных под эгидой Европейского общества педиатрических исследований (European Society of Paediatric Research - ESPR) были пересмотрены и утверждены Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан [3, 4, 14].

В настоящее время, несмотря на снижение рождаемости недоношенных в стране, остается высокой смертность, особенно от дыхательных нарушений. Так в Республике Таджикистан удель-

ный вес недоношенных в 2019 году, составил 5,5% (9171). Из их числа 7,1% родились с очень низкой массой тела (ОНМТ) и 2,4% с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Из 1548 умерших (0.92%) - 58,9% составили недоношенные, из числа которых 37,5% родились с ОНМТ и 84,2% с ЭНМТ [1]. Учитывая вышеизложенное, важным компонентом оптимизации оказания помощи недоношенным является практическое использование научно-обоснованных современных стратегий выхаживания новорожденных с СДР.

Цель исследования. Анализ современных стратегий профилактики респираторного дистресс-синдрома и возможности их использования в условиях РТ.

Материал и методы исследования. Проводили анализ: постановлений Правительства РТ; положений и нормативных документов для родовспомогательных учреждений, включая ежегодные их отчеты и национальные акушерские протоколы, утвержденные Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Данные сопоставляли с положениями Европейского консенсуса по РДС 2019 г. в части ведения беременных с риском преждевременных родов (соблюдение правил их маршрутизации, профилактики РДС, поражений ЦНС и инфекции у плода).

Результаты исследования и их обсуждение. С 2006 года Европейская группа экспертов, созданная под эгидой Европейского общества педиатрических исследований (European Society of Paediatric Research - ESPR) занимается разработкой стратегии вмешательств, способствующих максимальной выживаемости недоношенных детей с минимумом возможных осложнений, включая риск развития БЛД. На основе обзора современных данных каждые 3 года публикуется свод рекомендаций, где отражены вопросы наблюдения за беременной, назначения стероидов, стабилизации состояния новорожденных, респираторной, сурфактантной и антибактериальной терапии, мониторинга, поддер-

живающего ухода и т.д. В 2019 году опубликованы 5-е по счету рекомендации, имеющие свою градацию, с соответствующим определённым уровнем доказательности, обусловленные различной степенью достоверности исследований [14].

Известно, что при неэффективной дородовой помощи возрастает риск неблагоприятных исходов, поэтому раннее выявление беременностей с высоким риском прерывания и обеспечение эффективной профилактики осложнений преждевременных родов является важной задачей [8]. Вмешательства для улучшения исхода и предотвращения РДС начинаются до рождения, поэтому при угрозе преждевременных родов необходимо рассмотреть меры по продлению беременности и снижению риска неблагоприятного исхода путем антенатальной подготовки легких плода. Также немаловажным является вопрос лечения новорожденных с РДС, особенно родившихся с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), требующий высокой квалификации специалистов, уровня технического оснащения и соответствующего отделения для реанимации и выхаживания младенцев. В связи с этим, в разделе наблюдение за беременной 5-ый Европейский консенсус по РДС рекомендует обязательное направление беременных с риском рождения детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в стационары III уровня. При этом с целью обеспечения безопасной транспортировки, возможности своевременной профилактики РДС плода и для отсрочки родов рекомендуется применение токолитиков, а именно антагонистов окситоцина (вызывает у матери меньше побочных эффектов) или блокаторов кальциевых каналов (рекомендация 1В) [14].

Следует отметить, что благотворные результаты проводимой стероидной терапии, начатой в 1970 годах прошлого столетия, сохраняются и остаются полезными в настоящем для неонатологии [12]. Аргументом в пользу проведения профилактики РДС (не менее чем за 24 ч до родов) женщинам с угрозой преждевременных родов до 34 недель (рекомендация 1А), является лучшая выживаемость родившихся за счет снижения риска развития РДС, некротизирующего энтероколита (НЭК), и внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) [15]. Также есть данные, что применение антенатальных кортикостероидов наряду с другими активными методами лечения снижают смертность на сроках беременности до 22 недель [9].

До настоящего времени остается дискуссион-

ным вопрос необходимости повторного применения стероидов у женщин с угрозой преждевременных родов, поскольку эта доза может увеличивать вероятность развития задержки роста плода и плаценты, активации апоптоза клеток головного мозга, распространение инфекционного процесса [5]. Несмотря на это ВОЗ рекомендует рассмотреть возможность однократного повторного курса стероидов, если преждевременные роды не происходят в течение 7 дней после первоначального курса и существует высокий риск преждевременных родов в следующие 7 дней [15]. Также, этого мнения придерживается согласительная комиссия по РДС 2019 года, в обзоре которой упоминается о допустимости однократного повторного курса при сохраняющейся угрозе прерывания до 32 недель гестации при условии проведенной ранее профилактики 1-2 недельной давности (рекомендация 2А). Улучшение исхода от проведенной стероидной терапии после 32 недель маловероятно [14]. В предыдущем консенсусе необходимость однократного повторного курса допускалась в сроке до 34 недель [15]. Следует отметить, что антенатальное введение стероидов на сроке от 34 до 36 недель (без влияния на смертность) способствуют снижению риска респираторной патологии, но повышают вероятность развития неонатальной гипогликемии [14].

В некоторых случаях, когда необходима операция раннего кесарева сечения целесообразнее достижение сроков наступления зрелости легких плода (39 недель), а не практики назначения кортикостероидов [6]. В связи с этим, в новых рекомендациях подчеркивается важность определения срока гестации, оценки риска преждевременных родов и наличия условий для оказания помощи, родившимся до принятия решения о проведении профилактики РДС [14].

В случаях преждевременного разрыва плодных оболочек антибиотика могут отсрочить преждевременные роды и снизить неонатальную заболеваемость, поэтому рекомендация о необходимости проведения антибактериальной терапии остается прежней, за исключением амоксициллин + клавуланата, который может увеличивать риск развития НЭК у новорожденного [10]. Также не изменились подходы по введению сульфата магния беременным с угрозой преждевременных родов – для снижения (на 30%) риска возникновения у ребенка церебрального паралича до 2 летнего возраста [14].

Заключение. Национальные стандарты по ведению преждевременных родов и проведения

токолитической терапии в части правил маршрутизации беременных с риском преждевременных родов, проведения антенатальной профилактики РДС глюкокортикоидами, антибактериальной, магниальной ($MgSO_4$) и токолитической терапии во многом согласуются с рекомендациями европейского консенсуса по РДС 2019 года [2, 14]. В то же время, с учетом 5-го обновленного обзора Европейской согласительной комиссии, стоит рассмотреть включение в очередные национальные протоколы РТ по ведению преждевременных родов следующие рекомендации: проведение повторной стероидной терапии РДС до 32 недель гестации (при сохраняющейся угрозе прерывания) при условии проведенной ранее (1-2 недельной давности) профилактики (рекомендация 2А); использование антагониста окситоцина атозибана (трактоцил) с целью отсрочки родов [14]. На уровне госпитального этапа по возможности придерживаться соблюдения основ принципа регионализации - обеспечение на каждом уровне соответствия штатов и доступных технологий согласно потребностям беременных, рожениц, родильниц и их новорожденных этого уровня для оказания им оптимальной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

(III. 5-15 см. в REFERENCES)

1. Информация о причинах перинатальной и неонатальной смертности и пути их снижения в РТ // Материалы коллегии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, Душанбе, 2019. 12 с.;
2. Национальные стандарты по ведению родов высокого риска. Душанбе, 2010, 128 с.;
3. Национальные стандарты по неонатологии РТ. Душанбе, 2013. 254 с.;
4. Национальные стандарты по неонатологии РТ. Душанбе, 2019, 214 с.;

REFERENCES

1. [Information about the causes of perinatal and neonatal mortality and ways to reduce them in Tajikistan]. *Materialy kollegii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT* [Materials of the Collegium of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2019, pp. 12. (In Russ.)
2. *Natsionalnye standarty po vedeniyu rodov vysokogo riska* [National standards for the management of high-risk births]. Dushanbe, 2010. 128 p.
3. *Natsionalnye standarty po neonatologii RT* [National Standards for Neonatology of the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2013. 254 p.

4. *Natsionalnye standarty po neonatologii RT* [National Standards for Neonatology of the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2019. 214 p

5. Asztalos, Murphy K.E., Willan A.R., Matthews S.G., Ohlsson A., Saigal S., et al: Multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth study: outcomes in children at 5 years of age (MACS-5). *JAMA Pediatrics*, 2013, No. 167, pp. 1102-1110.

6. Besnard A.E., Wirjosoekarto S.A., Broeze K.A., Opmeer B.C., Mol B.W. Lecithin/sphingomyelin ratio and lamellar body count for fetal lung maturity: a meta-analysis. *The European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2013, No. 169 (2), pp. 177-183.

7. Blencowe H., Stillbirth Epidemiology Investigator Group. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015 with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*, 2016, No. 4, pp. e98-e108.

8. Diguisto C., Foix L'Helias L., Morgan A.S., Ancel P.Y., Kayem G., Kaminski M., et al. Neonatal outcomes in extremely preterm newborns admitted to intensive care after no active antenatal management: a population-based cohort study. *Journal of Pediatrics*, 2018, No. 203, pp. 150-155.

9. Ehret D.E., Edwards E.M., Greenberg L.T., Bernstein I.M., Buzas J.S., Soll R.F., et al. Association of antenatal steroid exposure with survival among infants receiving postnatal life support at 22 to 25 weeks' gestation. *JAMA Network Open*, 2018, No. 1(6), pp. e183-235.

10. Kenyon S., Boulvain M., Neilson J.P. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, No. 12.

11. Liu L., Oza S., Hogan D., Perin J., Rudan I., Lawn J.E. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*, 2015, No. 385 (9966), pp. 430-440.

12. Roberts D., Brown J., Medley N., Dalziel S.R. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, No. 3.

13. Sweet D.G., Carnielli V., Greisen G., Hallman M., Ozek E., Plavka R., Saugstad O.D., et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2016 update. *Neonatology*, 2017, No. 111, pp. 107-125.

14. Sweet D.G., Carnielli V., Greisen G. et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update. *Neonatology*, 2019, Vol. 115, pp. 432-450.

15. *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva, 2015.

Хулоса

Қ.Қ. Махкамов, Ф.К. Олимова,
Н.Ш. Очилдиева, Г.Х. Эшонкулова

СТРАТЕГИЯҲОИ МУОСИРИ ПЕШГИРИИ

СИНДРОМИ ДИСТРЕССИИ РЕСПИРАТОРИ ДАР КҶДАКОНИ НОРАСИД ВА ИМКОНИЯТИ ИСТИФОДАИ ОНҶО ДАР ҶТ.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили тадқиқотҳои пешгирии синдроми дистресси-респираторӣ ва имкониятҳои истифодабарии он дар шароитҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усули тадқиқот. Тадқиқи мазкур мутобиқи қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, низомнома ва ҳуҷҷатҳои меъёрии муассисаҳои барои таваллуд ёрирасон, ки аз тарафи Вазорати тандурусти ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои маълумотҳои ҳисоботи тасдиқ шуда, гузаронида шудааст.

Наतिҷаҳои тадқиқот. Дар қори мазкур муносибатҳои ки ба назорати зани ҳомиладор дар асоси пешниҳоди 5-уми Аврупои тасдиқшуда

оид ба синдроми дистресси-респиратории навзодон ирсол гардидааст. Далелҳои таъсири мусбӣ ва манфии доруҳои стероиди ба ҷанин ва пешниҳодҳои оид ба истифодаи онҳо дар ҷараёни ҳомиладори бо ҳавфи тавлиди пеш аз вақти вобаста аз даври гестация, аз ҷумла пеш аз амалиёти ҷоки қайсар то 39 ҳафта оварда шудааст. Ҳамчунин таҳқиқи муҳтасари муқоисавӣ бо протоколи миллии клиникӣ оид ба пешбарии тавлиди пеш аз вақти ва терапияи токлиними дода шудааст.

Хулоса: Ошқорсозии бармаҳали ҳавфи исқотдошта ва таъмин қардани онҳо бо ёрии мутобиқи стратегияи муносири пасткунии оқибати перинаталии номусоид гузаронида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: валодати пеш аз вақти, синдроми дистресси респираторӣ, пешгирии антенаталии синдроми дистресси респираторӣ, навзоди норасид, камвазн, реаниматсия, беморшавӣ, фавт.

УДК 616-002.07

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-44-48

Р.У. Махмудова

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ТУБЕРКУЛЁЗА

ГОО «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Махмудова Рухсора Ульмасовна - ассистент кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; г. Душанбе, проспект И. Сомони 59; E-mail: dr.zakirova@gmail.com; Тел.: +(992)907559995

Цель исследования. Изучить амбулаторные карты ВИЧ-инфицированных лиц и выявить пациентов, страдающих туберкулезом и оценить факторы риска развития туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами произведен ретроспективный анализ амбулаторных карт (формы 25/у) 786 ВИЧ инфицированных лиц, (509 детей (64,8%) и 277 взрослых (35,2%), которые находились на диспансерном учете в Центрах по борьбе и профилактике ВИЧ, и оценены эпидемиологические факторы риска высокой инфицированности туберкулезом.

Результаты исследования и их обсуждение. Из числа 509 обследованных детей живущих с ВИЧ (от 0 до 17 лет) туберкулёз выявлен у 47 (9,2%), из числа 277 взрослых (от 18 до 59 лет) - выявлен у 36 (13%). Из 786 (100%) обследованных ВИЧ инфицированных пациентов туберкулёзом болели 83 (10,6%) человека.

Заключение. Установлено, что люди, живущие с ВИЧ-инфекцией, относятся к группе риска развития активного туберкулёза, особенно его лекарственно устойчивых форм. Ведущим фактором риска по туберкулёзу являлся семейный контакт с больным активной формой туберкулёза выделяющий МБТ.

Ключевые слова: туберкулёз, факторы риска, ВИЧ-инфекция.

R.U. Makhmudova

HIV INFECTION AS A RISK FACTOR FOR TUBERCULOSIS

Institute of Postgraduate Education in Health Care of the Republic of Tajikistan

Makhmudova Rukhsora Ulmasovna - Assistant of Phthisiopulmonology Department, SIU "Institute of Postgraduate