

4. Салимзода Н.Ф., Бобоходжаева Л.С., Рахматуллоев Ш.Р., Вохидов А.В. Охрана и укрепление здоровья детей Таджикистана в свете реализации целей развития тысячелетия // Здоровоохранение Таджикистана.- 2015.- № 1.- С.14-22.

5. Ходжаева А.Р., Набиев З.Н., Сулаймонов И.И. Диагностика и хирургическое лечение синдрома верхней грудной апертуры // Вестник Таджикского национального университета.- 2014.- № 2.- С. 142-146.

REFERENCES

1. Akhmedov A. A. Invalidnost, kak problema obshchestvennogo zdorovya i zdravookhraneniya [Disability as a problem of public health and health care system]. *Pediatrics i detskaya khirurgiya Tadjikistana* - Pediatrics and pediatric surgery in Tajikistan, 2015, No. 2, pp. 16-22.

2. Barashnev Yu. I. Gipoksicheskaya entsefalopatiya: gipotezy patogeneza tserebralnykh rasstroystv i poisk metodov lekarstvennoy terapii [Hypoxic encephalopathy: hypotheses of the pathogenesis of cerebral disorders and the search for methods of drug therapy]. *Rossiyskiy Vestnik perinatologii i pediatrii* - Russian herald of perinatology and pediatrics, 2014, No. 1, pp. 6-13.

3. Barashnev Yu. I. Klyuchevye problemy perinatalnoy nevrologii [Key problems of perinatal neurology]. *Akusherstvo i ginekologiya* - Obstetrics and gynecology, 2015, No. 5, pp. 51-54.

4. Salimzoda N. F., Bobokhodzhaeva L. S., Rakhmatulloev Sh. R., Vokhidov A. V. Okhrana i ukreplenie zdorovya detey Tadjikistana v svete realizatsii tseley razvitiya tysyacheletiya [Защита и укрепление здоровья детей в Таджикистане как часть реализации Целей развития тысячелетия]. *Zdravookhranenie Tadjikistana* – Health-care of Tajikistan, 2015, No.1, pp. 14-22.

5. Khodzhaeva A. R., Nabiev Z. N., Sulaymonov I. I. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie sindroma verkhney grudnoy apertury [Diagnosis and surgical treatment of upper thoracic aperture syndrome]. *Vestnik Tadjikskogo natsionalnogo universiteta* - Herald of the Tajik national University, 2014, No. 2, pp. 142-146.

**М.Ч. Муродов, А.Р. Мавлонов,
М.С. Қосимова, З.Н. Набиев**

ҲОЛАТИ ПЕРОКСИДАТСИОНӢ ВА СИСТЕМАӢ АНТИОКСИДАНТӢ ДАР ҚУДАКОН БО ВАЙРОНШАВИӢ ПЕРИНАТАЛИӢ СИСТЕМАӢ МАРКАЗИӢ АСАБ

Хулоса. Муалифон дар асоси тадқиқоти 120 наврас бо вайроншавии қори системаи марказии асаб бо оризаҳои вайроншавии қори системаи марказии асаб ба хулосае омаданд, ки зиёдшавии маҳсулотҳои пероксидатсионӣ ва мавҷ шудани системаи антиоксидантӣ дар ғуруҳи асосӣ ба гипоксия ва ишемия вобастагӣ дошт.

Мақсади тадқиқот. Омӯзонидани ҳолати пероксидшавии липидҳо дар наврасоне, ки собиқаи ҳаёти беморӣ ва таъиноти маводҳои антиоксидантӣ дар ин маврид.

Мавод ва услубҳои тадқиқот. Тадқиқот дар базаи шуъбаи невролоҷии қудаконаи ММТТ ва маркази бартаарафкунӣ дар вилояти Суғд гузаронида шудааст.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои ба дастоварда аз он шаҳодат медиҳанд, ки миқдори диалдегиди малоновӣ ба 19, 1% зиёд шуда, аммо миқдори каталаза дар ғуруҳи асосӣ 31,3% нисбати ғуруҳи контролӣ ($p < 0,05$), кам шудан гирифт.

Хулоса. Бармаҳал зиёдшавии маводҳои пероксидатсионии липидҳо ва пастшавии системаи антиоксидантӣ дар ғуруҳи асосӣ ба вайроншавии системаи марказии асаб хипоксия ва ишемия вобастагӣ дорад.

Калимаҳои асосӣ: вайроншавии системаи асаб, наврасон, патологияи перинаталии системаи марказии асаб, маркерҳои иммунобиохимикӣ.

УДК 618.2-053.6

Ф.П. Пулодзода, Р. Я. Алиева, З.К. Бойматова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЖЕНЩИН

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ

Пулодзода Ф.П. - соискатель ГУ Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ. Тел.:(+992) 987910161; E-mail: tniiaqip@mail.ru

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов с оценкой перинатальных исходов у несовершеннолетних.

Материал и методы исследования. Ретроспективно проанализированы истории родов с изучением тече-

ния беременности, родов, послеродового периода с оценкой перинатальных исходов у 63 несовершеннолетних родильниц, поступивших на роды в клинику НИИ АГ и П из РРП в 2015-2017гг.

Результаты исследований и их обсуждение. Установлено, что у несовершеннолетних беременных женщин младшей возрастной группы, достоверно ($p < 0,01$; $p < 0,5$) чаще по сравнению с беременными старшей возрастной группы, выявлены такие осложнения течения гестации и родов как: угроза прерывания беременности, рвота беременных, тяжелые гипертензивные состояния, преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, синдром дыхательных расстройств и задержка развития плода.

Заключение. Результаты исследования показали, что у несовершеннолетних беременных женщин младшей возрастной группы (15-16 лет), по сравнению с беременными в старшей (17-18 лет) возрастной группе и у беременных активного репродуктивного возраста, достоверно чаще наблюдаются такие осложнения течения беременности и родов как, угроза прерывания беременности, рвота беременных, тяжелые гипертензивные состояния, преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, синдром дыхательных расстройств, СЗРП.

Ключевые слова: подростковая беременность, роды, перинатальные исходы, осложнения, возраст.

F. P Pulodzoda, R. Y Alieva, Z. K. Boymatova

INFLUENCE OF THE AGE FULL-GROWN ON CURRENT PREGNANCY, BIRTH AND PERINATAL UPSHOTS

GI Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Ministry of health sotsial protection of nation the Republic of Tajikistan

Pulodzoda F. P - competitor GI - Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Ministry of health sotsial protection of nation the Republic of Tajikistan. Tel.: (+992) 987910161; E-mail tniiaqip@mail.ru

Aim. To study the influence of the mother's age on the course of pregnancy and childbirth with an assessment of prenatal outcomes.

Material and methods of the study. The history of childbirth with the study of the course of pregnancy, childbirth, and the postpartum period with an estimate of prenatal outcomes in 63 adolescents delivered to the clinic of SRI AG and P from the RRS in 2015-2017 was retrospectively analyzed.

The results of the research and their discussion. The results of the research and their discussion. It has been established that in juvenile pregnant women of the youngest group ($n < 0,01$, $n < 0,5$), complications of the gestation and delivery tendencies were more frequent than in pregnant women of the older age group: threat of abortion, premature birth, premature birth of amniotic fluid, FGRS, threatening rupture of perineum and perineotomy, as well as longer duration of stay in the hospital.

Conclusion. In this article are presented specific features of pregnancy in adolescents depending on age. The carried-out analysis showed that younger the age of young mother, the more frequently encountered complication such as: premature rupture of membranes, premature birth, syndrome of fetal growth retardation, traumatism of mother.

Keywords: teenage pregnancy, childbirth, delivery, complications, on age.

Актуальность. Одной из приоритетных задач государства и здравоохранения в странах является обеспечение безопасного материнства женщин, особой группой среди которых являются несовершеннолетние беременные, подрастающее поколение будущих матерей [1,2]. На сегодняшний день проблема репродуктивного здоровья подростков является актуальной во всем мире, в том числе и в Республике Таджикистан. Актуальность проблемы возросла в связи с увеличением браков в подростковом возрасте (48,1%) и соответственно, ростом частоты беременностей и родов у данного контингента юных женщин [6].

Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием для их здоровья, так как беременность и роды протекают в условиях

функциональной незрелости организма и несовершенства адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений, как для матери, так и для плода. Установлена, что удельный вес несовершеннолетних беременных и рожениц по отношению к старшим возрастным группам составляет около 5% [3]. Как правило, ранняя беременность является в 50-60% случаев незапланированной и в 30-40% нежелательной, а потому чаще завершается искусственным прерыванием беременности [3,4]. Каждый десятый аборт производится у лиц моложе 19 лет. На 100 беременностей у подростков количество артифициальных абортов составляет 69,1%, родов - 16,4%, самопроизвольных выкидышей — 14,5%. В то же время 40,0% подростков имеют повторную беременность, а 17,9% — повторные

роды [3,5,7,8].

Многочисленные исследования в различных странах, свидетельствуют о том, что у подростков гораздо чаще встречаются такие осложнения беременности, как преэклампсия, анемия, невынашивание, гестационный пиелонефрит, а в родах — преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовых сил и асфиксии [5,7,8,9,10].

Существующие в научной литературе различные мнения в отношении особенностей течения и частоты осложнений беременности и родов у несовершеннолетних послужили основанием для нашего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов с оценкой перинатальных исходов у несовершеннолетних.

Материал и методы исследования. Согласно цели исследования, ретроспективно проанализированы истории родов с изучением течения беременности, родов, послеродового периода с оценкой перинатальных исходов у 63 несовершеннолетних родильниц, поступивших на роды в клинику НИИ АГ и П из РРП в 2015-2017 гг. Все пациентки были разделены на три группы в зависимости от возраста женщин на момент родов. В 1-ю группу вошли 23 (22,3%) пациентки, возраст которых на момент родоразрешения составлял 15-16 лет, во 2-ю группу - 40 (38,8%) несовершеннолетних женщин, возраст которых на момент родоразрешения составлял 17-18 лет, третья контрольная

группа сформирована из числа женщин активного репродуктивного возраста (20-25 лет) - 40 (38,8%) женщин.

Полученные цифровые данные обработаны с использованием методов вариационной и разностной статистики с вычислением $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение: Средний возраст пациенток 1-й группы составил $16,4 \pm 0,5$ года, 2-й - $18,4 \pm 0,6$ и третьей группе $22,5 \pm 2,5$ года. В структуре соматической патологии преобладали заболевания мочевыделительной системы: в контрольной группе у 25 (62,5%) пациенток, в младшей возрастной группе данная патология выявлена у 12 (52,2%) и в средней возрастной группе у - 22 (55,0%) женщин. Заболевание щитовидной железы зарегистрировано одинаково часто во всех возрастных группах и составляло 9 (39,1%), 16 (40,0%) и 17 (42,5%) соответственно по группам, что связано с региональной особенностью, так как Республика Таджикистан относится к ареалу умеренно эндемической зоны по йоддефициту.

Анемией страдали почти каждая вторая I и II групп и составляла: в младшей возрастной группе 11 (47,8%), в средней возрастной группе анемия наблюдалась у-18 (45,0%) родильниц. В старшей возрастной группе анемия наблюдалась у 12 (30,0%) родильниц это связано с тем, что 57 (90,5%) беременных состояли на антенаталь-

Таблица 1

Основные экстрагенитальные патологии в зависимости от возраста

Возраст	Наименование патологии				
	Заболевания мочевыводящей системы	Заболевание щитовидной железы	Анемия	ССС (вегетососудистая дистония)	Урогенитальная инфекция
15-16 лет, n=23	12 (52,2%)	9 (39,1%)	11 (47,8%)	3 (13,0%)	3 (13,0%)
17-18 лет, n=40	22 (55,0%)	16 (40,0%)	18 (45,0%)	4 (10,0%)	5 (12,5%)
20-25 лет, n=40	25 (62,5%)	17 (42,5%)	12 (30,0%)	5 (12,5%)	7 (17,5%)

Примечание.% - от количестве больных в группе.

ном учете и получили профилактическое лечение анемии (орально 60 мг элементарного железа ежедневно с продолжительностью от 1 до 3-х месяцев в зависимости от степени анемии).

При этом урогенитальная инфекция достоверно чаще наблюдалась в контрольной группе и составила 17,5 случаев, что вероятно объясняется увеличением частоты встречаемости и при отсутствии эффективной терапии хронизации урогенитальной инфекции с увеличением возраста женщин

В таблице №2 представлены частота и характер осложнений беременности у обследованных женщин. Наиболее частым осложнением беременности у наблюдаемых пациенток была угроза прерывания в различные сроки беременности, причем данная патология возникла у - 11 (47,8%) беременных 1-й группы, у - 9 (22,5%) беременных 2-й группы и в контрольной группе в - 8 (20,0%) случаях. При этом установлено. Что если в I-и II гр угроза прерывания беременности связана с

гормональной недостаточностью, то в III группе исследования она связана с инфекционным трактом. Рвота беременных чаще встречалась в младшей возрастной группе: у каждой второй женщины 52,1% (12) в I-ой, у 27,5% (11) во второй и в

25,0% (10) случаях в III-й, т.е. - старшей возрастной группе. Гипертензия беременности наблюдалась в младшей возрастной группе у 21,7% (5) в средней возрастной группе у 6 (15,0%) и в контрольной группе у 5 (12,5%) беременных.

Таблица 2

Частота и характер осложнений беременности в зависимости от возраста

Возраст	Наименование патологии						
	Угроза прерывания беременности	Рвота беременных	Гипертензия беременности	Умеренная преэклампсия	Тяжелая преэклампсия	ПОНРП	ДРПО
15-16 лет, n=23	11 (47,8%)	12 (52,2%)	5 (21,7%)	8 (34,8%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	10 (43,5%)
17-18 лет, n=40	9 (22,5%)	11 (27,5%)	6 (26,1%)	8 (20,0%)	6 (15,0%)	1 (2,5%)	11 (27,5%)
20-25 лет, n=40	8 (20,0%)	10 (25,0%)	5 (12,5%)	7 (17,5%)	6 (52,2%)	1 (2,5%)	9 (22,5%)

Примечание: % от количество больных в группе.

При этом тяжелая преэклампсия осложнила течение беременности в младшей возрастной группе в 6 (26,1%) случаях. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в два раза чаще наблюдалась в младшей возрастной группе и составила у 2 (8,7%) случаев против 2,5% во II и III группах. Дородовый разрыв плодных оболочек также достоверно чаще встречался в младшей возрастной группе и составил у 10 (43,5%), в средней у 11 (27,5%) и в контрольной группе у 9 (22,5%) случаев.

Средний срок родоразрешения в первой группе составил 37,5 недель и 38,1 и 38,8±2,3 недель во II и III группах соответственно. Срочные роды произошли у 15 (65,2%) родильниц младшей возрастной группы, у 35 (87,5%) родильниц 2-ой группы и у 37 (92,5%) родильниц контрольной группы. Преждевременно роды произошли у 8 - (34,7%) родильниц I-й группы, во второй группе у 5 (12,5%) и в контрольной у 4 (10,0%) женщин. Кесарево сечение проведено у 3 (13,0%) беременным I-й группы, 5 (12,5%) - у 2-й группы и у 3 (7,5%) беременным контрольной группы. Показаниями к экстренному родоразрешению явились: досрочное родоразрешение в связи с нарастанием тяжести

гипертензивных состояний (тяжелая преэклампсия); начавшейся гипоксией плода; клиническим несоответствием между головкой плода и тазом матери, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Анализ перинатальных исходов показал, что синдром дыхательных расстройств у новорожденных в младшей возрастной группе составил 34,9%, в средней возрастной группе - 17,5±% и в контрольной группе 12,5% случаев. Синдром задержки развития плода (СЗРП) от матерей I-ой группы зарегистрировано у 6 (26%), в средней возрастной группе у 5 (12,5%) и в контрольной группе у 4 (10,0%) новорожденных. Нарушение мозгового кровообращения у детей от матерей младшей возрастной группы отмечено у 5 (21,7%) в средней возрастной группе у 4 (10,0%) и в контрольной группе у 2 (5,0%) новорожденных. Кефалогематома у новорожденных достоверно чаще наблюдалась от матерей младшей возрастной группы и составила 13,0%.

Таким образом, результаты исследования подтвердили результаты других исследований, что у несовершеннолетних беременных женщин младшей возрастной группы достоверно ($p < 0,01$;

Таблица №3

Частота неонатальной заболеваемости в зависимости от возраста

Возраст	Наименование патологии			
	Синдром дыхательных расстройств	СЗРП	Кефалогематома	Нарушение мозгового кровообращения
15-16 лет, n=23	8 (34,8%)	6 (26,1%)	3 (13,0%)	5 (21,7%)
17-18 лет, n=40	7 (17,5%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	4 (10,0%)
20-25 лет, n=40	5 (12,5%)	4 (10,0%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)

Примечание: % от количество больных в группе.

$p < 0,5$) чаще по сравнению с беременными старшей возрастной группы выявлены такие осложнения течения гестации и родов как: угроза прерывания беременности, рвота беременных, тяжелые гипертензивные состояния, преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, синдром дыхательных расстройств и синдром задержки развития плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство. / Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М.// М.: ГЭОТАР -Медиа; 2013. 1200с.

Арабова С.У. Перинатальные исходы при сочетании плацентарной недостаточности и СЗРП. /С.У. Арабов Г.Б. Нурханова., Ф. Пулод., Л.К. Гайратова.// Материалы 6 съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан 02.12.2016г.С.27-29.

Кадырова С.Г., Додхоева М.Ф., Олимова Л.И., Абдуллоева Р.А. Течение беременности и послеродового периода у подростков. Материалы VI съезда акушеров гинекологов РТ, Душанбе -2016. 67-71с

Подростковая беременность. ВОЗ. 11 сентября, 2015г.

Серов В.Н. Акушерство и гинекология/ Серов В.Н., Сухих Г.Т.// 4-е изд. М.: ГЭОТАР- Медиа; 2014, 1024с.

Стратегия государственной молодежной политики до 2020 года (Постановление Правительства РТ от 04.10.2011г.№480).

Якубова З.Х., Умарова М.Ф. Репродуктивное здоровье девочек с нетоксическим зобом. / Якубова З.Х., Умарова М.Ф.// Журнал «Мать и Дитя» 2012. №2. С.40-42.

McCracken K.A., Loveless M. Teen pregnancy: an update. Curr Opin Obstet Gynecol 2014; 26: 5: 355—359.

Ferraro A.A., Cardoso V.C., Barbosa A.P. Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 15: 13—19.

Ganchimeg T., Ota E., Morisaki N. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG 2014; 121: 40—48.

REFERENCES

Ailamazyan E K, Kulakov B.N, Padzinskyi B, E, Saveliyeva G.M, -Obstetrics. National leadership. Media 2013, 1200 p.

Kadirova S G Current pregnancy and postnatal period beside teenager. kadirov S G Dodohonova M F Olimova L I. Abdulaeva R A. Material VI convention obstetrician genecologist R.T Dushanbe 2016-67-71

Serov V NObstetrics and gynecologist Serov V N Suhil G T 4-e Publishers GETAR MEDIA 2014. 1024

Kellartzis D., Tsolakidis D., Mikos T. Obstetric outcome in adolescence: a single centre experience over

seven years. Clin Exp Obstet Gynecol 2013; 40: 1: 49—51.

McCracken K.A., Loveless M. Teen pregnancy: an update. Curr Opin Obstet Gynecol 2014; 26: 5: 355—359.

Rue dinger E., Cox J.E. Adolescent childbearing: consequences and interventions. Curr Opin Pediatric 2012; 24:4: 446—452.

Ferraro A.A., Cardoso V.C., Barbosa A.P. Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 15: 13—19.

Joshi M., Gumashta R. Weekly iron folate supplementation in adolescent girls-an effective nutritional measure for the management of iron deficiency anemia. Glob J Health Sci 2013; 5: 3: 188—194.

Pinzon J.L., Jones V.F. Care of adolescent parents and their children. Pediatrics 2012; 130: 6: 1743—1756.

Ganchimeg T., Ota E., Morisaki N. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicounty study. BJOG 2014; 121: 40—48.

ХУЛОСА

Ф.П. Пулодзода, Р.Я. Алиева,
З.К. Бойматова

ВИЖАГИҲОИ ҶАРАЁНИ ҲОМИЛАДОРӢ ВА ОҚИБАТҲОИ ГЕСТАТСИОНӢ ДАР НАВРАСОН

Муҳимият. Исбот карда шудааст, ки нишондодҳои аворизҳои ҳомиладорӣ, таваллуд ва оқибатҳои перинаталӣ дар наврасон нисбатан баланд назар ба занҳои ҳомиладори синну соли ҷаъоли репродуктивӣ аст. Дар гурӯҳи наврасони синну соли аз 15 то 19 сола ҳомиладорӣ ва таваллуд ҳамчун омилҳои хавф барои беморшавӣ ва ҷавти модарон мебошад.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши вижагиҳои ҷараёни ҳомиладорӣ ва оқибатҳои перинаталӣ дар наврасон.

Маъод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили ретроспективии 63 таърихи таваллуди наврасон, ки дар клиникаи ПАГ ва П, дар солҳои 2015-2017-ум таваллуд намуда равиши ҳомиладорӣ, таваллуд ва оқибатҳои перинаталӣ онҳо омӯхта шуд...

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Исбот карда шудааст, ки дар наврасони ҳомиладори гурӯҳи синну соли хурд ($p < 0,01$; $p < 0,5$) бештар назар ба наврасони ҳомиладори синну соли калон чунин аворизҳои гестатсионӣ ва таваллуд ба монанди: ҳатари валодати пеш аз муҳлат, қайқунии ҳомиладорӣ, ҳолатҳои вазнини гипертензионӣ,

таваллуди пеш аз мухлат то валодат рехтани обҳои назди тифлӣ, синдроми норасоии нафасгирӣ синдроми сустинкишофёбии даруни батнии тифл дида мешавад.

Хулоса. Таҳлилҳои гузаронидашуда, нишон доданд, ки чанд қадар синну соли наврасони ҳомиладор ҷавонтар бошад (15-16 сола), назар ба наврасони синну соли (17-18 сола) аворизҳо ба

монанди: хатарӣ валодати пеш аз мухлат, қайқунии ҳомиладорӣ, ҳолатҳои вазнини гипертензионӣ, таваллуди пеш аз мухлат, то валодат рехтани обҳои назди тифлӣ, синдроми норасоии нафасгирӣ, синдроми сустинкишофёбии даруни батнии тифл зиёдтар дида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: ҳомиладорӣ наврасон, таваллуд, авориз, синну сол.

УДК 616.37-002.4

^{1,2} Г.К. Раджабова

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

¹ Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ИПО в СЗ РТ»

² Государственное учреждение «Комплекс здоровья Истиклол»

Раджабова Гулджахон Курбоналиевна – зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ИПО в СЗ РТ, к.м.н.; тел.: +992 900 76 44 90.

Цель исследования. Улучшение результатов гистероскопического хирургического лечения субмукозной миомы матки.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и гистероскопического лечения 26 женщин с субмукозной миомы матки.

С целью определения критериев выбора оптимальной методики гистероскопической миомэктомии применена классификация К. Wamsteker, где с узлами 0 типа отмечено 7 (26,9%), с узлами I типа – 9 (34,6%) и с узлами II типа – 10 (38,5%) наблюдений. Для уточнения внутриматочной патологии перед вмешательством проводили диагностическую жидкостную гистероскопию.

Результаты исследования и их обсуждение. При каждом типе субмукозного узла была применена индивидуальная тактика. С учётом диаметра, локализации узлы были удалены применением 2-мм и 4-мм эндоинструментов методикой вапоризации узлов в сочетании с инструментальным удалением продуктов деструкции, монополярной электрохирургической резекцией в течение одного вмешательства, с минимальной кровопотерей.

Заключение. Инструментальная методика гистероскопической миомэктомии без предварительной супрессии эндо- и миометрия в более 80% случаев обеспечивает первичное радикальное удаление субмукозных узлов всех типов, без дополнительного применения вапоризации.

Ключевые слова: субмукозная миома матки, гистероскопия, диагностическая гистероскопия, методика вапоризации узлов.

^{1,2} G.K. Rajabova

SOME ASPECTS OF HYSTEROSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF SUBMUCOUS UTERINE MYOMA

¹ Department of Obstetrics and Gynecology № 1 «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

² State institution «Istiklol health complex»

Aim. To improve the results of hysteroscopic surgical treatment of submucous uterine myoma.

Material and methods. The work is based on the analysis of the results of diagnosis and hysteroscopic treatment of 26 women with submucous uterine myoma.

In order to determine the criteria for selecting the optimal method of hysteroscopic myomectomy, the classification of K. Wamsteker was applied. Nodes of type 0 were found in 7 (26.9%) cases, nodes of type I in 9 (34.6%) cases and patients with nodes of type II were observed in 10 (38.5%) cases. To clarify the endometrial pathology, diagnostic fluid hysteroscopy was performed before the intervention.