

лечебно-профилактическое значение, чем непосредственно верификационное. Полимеразная цепная реакция синтеза ДНК (точность 95-100%) основана на принципе естественной репликации, позволяющей идентифицировать специфический участок молекулы ДНК гриба с последующей избирательной (направленной) амплификацией этого участка и выявлением доступными методами детекции. Метод

используют в случаях затрудненной рутинной диагностики для наблюдения за динамикой инфекционного процесса и контроля эффективности лечения. Высокую надёжность позволяют обеспечить специальные лабораторные условия и оборудование, жёстко стандартизированные тест-системы, техника исполнения, взаимосвязь с лечащим врачом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Анкирская, А.С. Генитальный кандидоз в структуре оппортунистических инфекций влагалища. Принципы лабораторной диагностики и значение мониторинга чувствительности грибов к антимикотикам / А.С. Анкирская, В.В. Муравьева, Т.Г. Миронова // *Акушерство и гинекология*. - 2009. - № 5. - С. 31-37.
- 2 Прилепская, В.Н. Современный взгляд на вопросы этиологии, патогенеза и лечения бактериального / В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова, Э.Р. Довлетханова // *Гинекология*. 2010. - № 2. - С. 44-48.
- 3 Мирзабалаева, А.К. Диагностика и лечение кандидоза половых органов у женщин, девочек и подростков: учебное пособие / А.К. Мирзабалаева, Н.Н. Клишко. - СПб.: 2009. - 59 с.
- 4 Mardh, P.-A. VVC/RVVC - epidemiaology, diagnosis and therapy. Research and clinical practice : Abstracts of the 20th European Congress of Obstetrics and Gynaecology // *Actaobstetrica e ginecologia Portuguesa*. 2008. - Supl. 1.
- 5 Клишко, Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей / Н.Н. Клишко. - 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Ви Джи групп, 2008. - 366 с.
- 6 Mendling, W. Guideline vulvovaginalcandidosis of the Germansociet-tyfor gynecology and obstetrics, the working group for infections and infectim-mynology in gynecology and obstetrics / W. Mendling // *Mucoses*. 2012. - № 55. - P. 1-13.

Г. Елекенова¹, Л.Б. Умбетярова¹, Б.А. Рамазанова², Д.Ж. Батырбаева², Р.К. Касенова², Ж.А. Иманбекова²,
Т.Т. Мельдебеков², Н.А. Жеребцова³

Аль-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті
С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Алматы қалалық тері-венерологиялық диспансері

УРОГЕНИТАЛДІ КАНДИДОЗЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНУИ ӘДІСТЕРІ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)

Түйін: урогениталді кандидоз, диагностика әдістері, ашытқытәріздес саңырауқұлақтар *Candida* Урогениталді кандидоз жұқтыру диагностика үшін ашытқы бөлу, молекулалық-биологиялық әдістерін (ПЦР) *Candida albicans* анықтау үшін сезімталдықты анықтауға талдау *Candida* түрлерін анықтаумен микроскопиялық әдістері мәдениет әдістерін қолдану.

G. Elekenova¹, L.B. Umbetyarova¹, B.A. Ramazanova², D.J. Bатырбаева², R.K. Kasenova², Zh.A. Imanbekova², T.T. Meldebekov²,
N.A. Zherebtsova³

Al-Farabi Kazakh National University
Asfendiyarov Kazakh National medical University
City dermatovenerologic dispensary of Almaty city

MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS UROGENITALIC CANDIDIASIS (LITERATURE REVIEW)

Resume: To diagnose urogenital candidiasis infection, microscopic methods, culture methods with yeast-like fungi, identification of candida to the species, conducting a test to determine the sensitivity of Candida to antimycotic drugs, molecular biological methods (PCR) for the detection of *Candida albicans* are used.

Keywords: Urogenital diagnosis, diagnostic methods, yeast-like fungi of the genus *Candida*

УДК: 608.10-009.689.7.

Р.Ж. Юлдашева, Н.О. Мусабаева, А.М. Сапаралиева, А.Х. Абсалымова, М.Э. Әділова, К.Б. Сариева, Р.С. Избасарова
Казахский Национальный медицинский университет С.Д. Асфендиярова,
Кафедра акушерства и гинекологии,
ЖК ГКП на ПХВ ГП №15

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: АНАЛИЗ ПРИЧИН И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

В статье рассматриваются результаты ретроспективного анализа преждевременных родов по данным ЖК ГКП на ПХВ ГП №15 за 2016г. и для сравнения и выявления изменений показателей 2014г. Причины преждевременных родов и методы родоразрешения для наиболее благополучной жизнедеятельности недоношенного ребенка. Эффективность ведения преждевременных родов по протоколу.

Ключевые слова: преждевременные роды, перинатальная смертность, невынашивание.

Актуальность проблемы: Проблема преждевременных родов всегда имела большое социальное значение. Вопреки усилиям научного и практического акушерства частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению [1, 2]. В 184 странах мира частота преждевременных родов составляет от 5 до 18%, а по Республике Казахстан за последние 5 лет показатели остаются в пределах - 6,4% , по городу Алматы - 8,3% [4,10,11].

В структуре ранней неонатальной смертности 60–70% составляют недоношенные дети, 50% из них имеют различную степень выраженности неврологических расстройств [3, 4]. С целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности особое значение имеют ранняя диагностика, прогнозирование и выбор рациональной тактики ведения при осложнениях беременности и родов. Решение проблемы реабилитации недоношенного ребенка в медицинском и в социальном плане тесно связано с профилактикой преждевременных родов.

Выбор метода родоразрешения при преждевременных родах порой представляет собой сложную задачу. По данным литературы, только около 25% беременных при сроках гестации 28–37 нед. родоразрешаются через естественные родовые пути. Эту группу, как правило, составляют преждевременные роды без акушерских осложнений или экстрагенитальной патологии. В 75% случаев преждевременных родов родоразрешение происходит путем операции кесарева сечения [2, 5, 6].

В связи с переходом с декабря 2013 г. на стандарты ВОЗ мы столкнулись с проблемой родоразрешения в сроки с 22 нед. беременности и, соответственно, рождения детей экстремально низкой массой тела и очень низкой массой тела. Рождение недоношенного ребенка, особенно с экстремально низкой массой тела и очень низкой массой тела, является психологической нагрузкой на членов семьи и их окружающих, социальной нагрузкой для общества. Проблема связана с высокой стоимостью выхаживания таких детей, высокой частотой инвалидности.

Цель исследования: определить соответствие количества преждевременных родов и перинатальной смертности среди недоношенных в зависимости от причин и тактики ведения беременности и родоразрешения. Изучить перинатальные исходы преждевременных родов в зависимости от метода родоразрешения.

Задачи исследования:

1. Выявить частоту преждевременных родов по возрасту и паритету родов
2. Определить течение беременности и соответствие экстрагенитальным заболеваниям при преждевременных родах
3. Выявить осложненное течение родов в зависимости от срока беременности и тактики родоразрешения.

Материалы и методы исследования: Нами проведен ретроспективный анализ преждевременных родов по ГП №15г. Алматы за 2016г. в сравнении с 2014 годом.

Научная новизна: Определить дальнейшие резервы в снижении перинатальной смертности среди недоношенных новорожденных.

Невынашиванием беременности считают ее прерывание на сроках от момента зачатия до 37 недель беременности.

Преждевременные роды - это рождение ребенка с 22 до 37 недель беременности, при массе тела от 500,0 до 2500,0 граммов.

За 9 месяцев 2016 года по ГП № 15 произошло 1013 родов, из них преждевременных 54 (5%) от всех родов против 72 (5,49%) 2014года. Показатели схожи. Это говорит о том, что за 2 года частота преждевременных родов не снизилась и не увеличилась.



Рисунок 1 - Общее количество родов

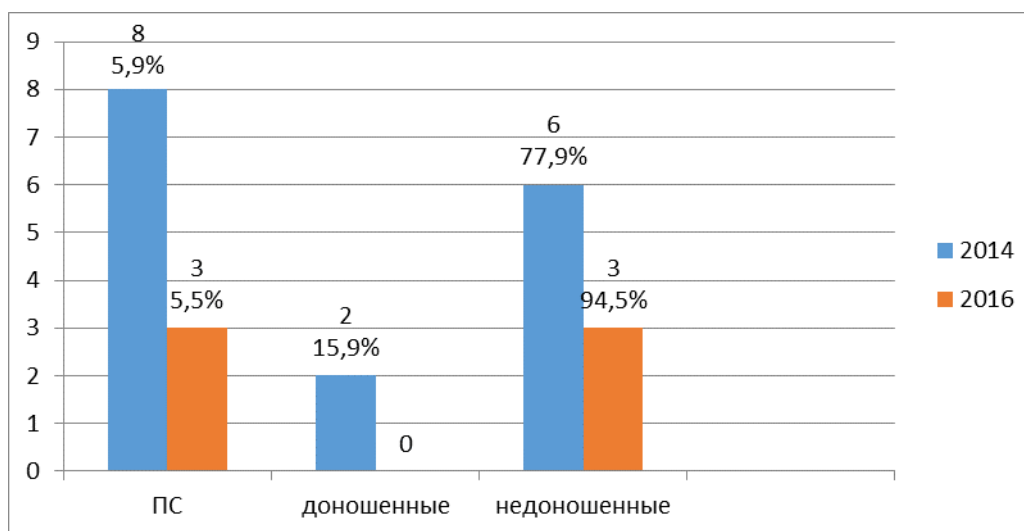


Рисунок 2 - Перинатальная смертность

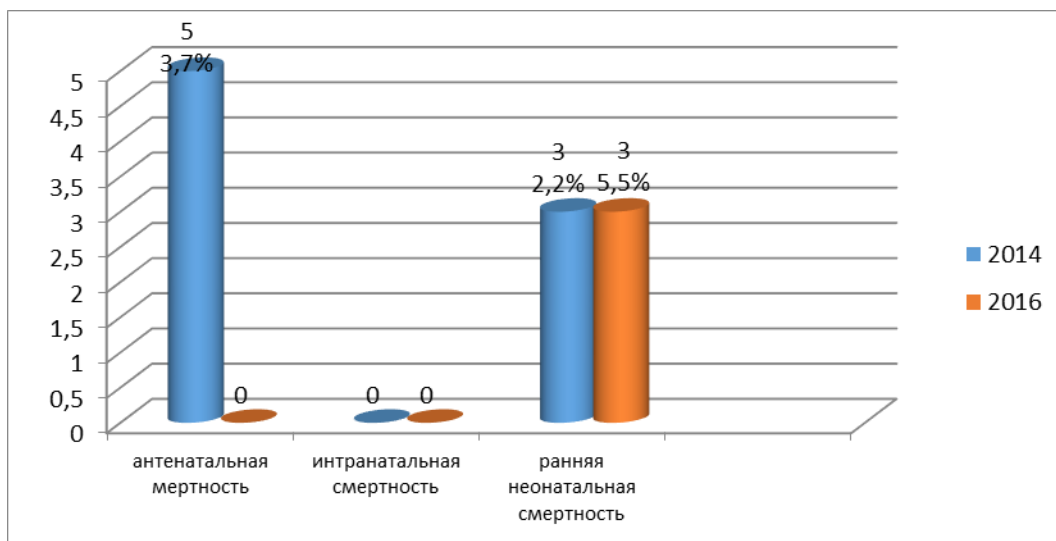


Рисунок 3 - Структура перинатальной смертности

По нашим данным в 2016 году было 3 перинатальной смертности, все умерли на 2 сутки после родов(ранняя неонатальная смертность), в сроке 27-33 недель. (рисунок 3). 2 из них родоразрешены путем операции кесарево сечения. В результате маточно-плодовой недостаточности рождены глубоко недоношенные дети экстремально низкой массой тела

от 854 до 998 граммов. В структуре патологоанатомического диагноза были: асфиксия тяжелой степени, ателектазы легких, дистелектаз легких, множественные петехиальные кровоизлияния, врожденная генерализованная инфекция – мелкоочаговая продуктивная пневмония, внутрижелудочковые кровоизлияния II–IV степени.

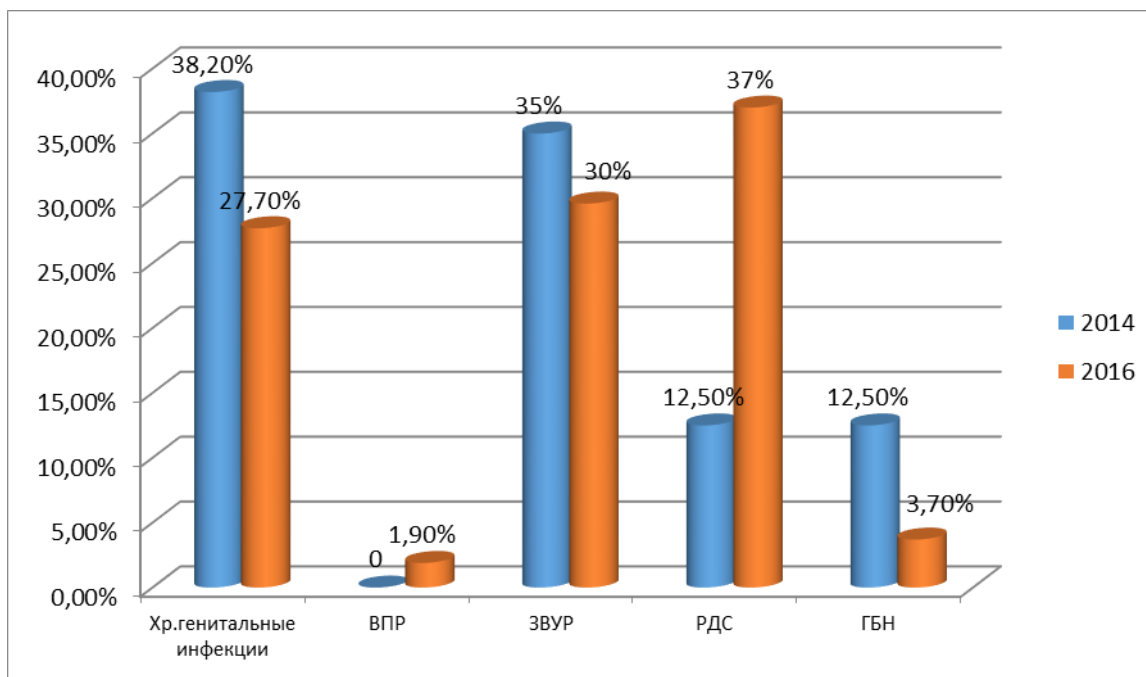


Рисунок 4 - Причины перинатальной смертности

Причинами перинатальной смертности явились: тяжелая преэклампсия приведшая к ПОНРП, хронические генитальные инфекции, задержка внутриутробного развития, РДС,

фетоплацентарная недостаточность, приведшая к рождению глубоко недоношенных детей (рисунок 4).

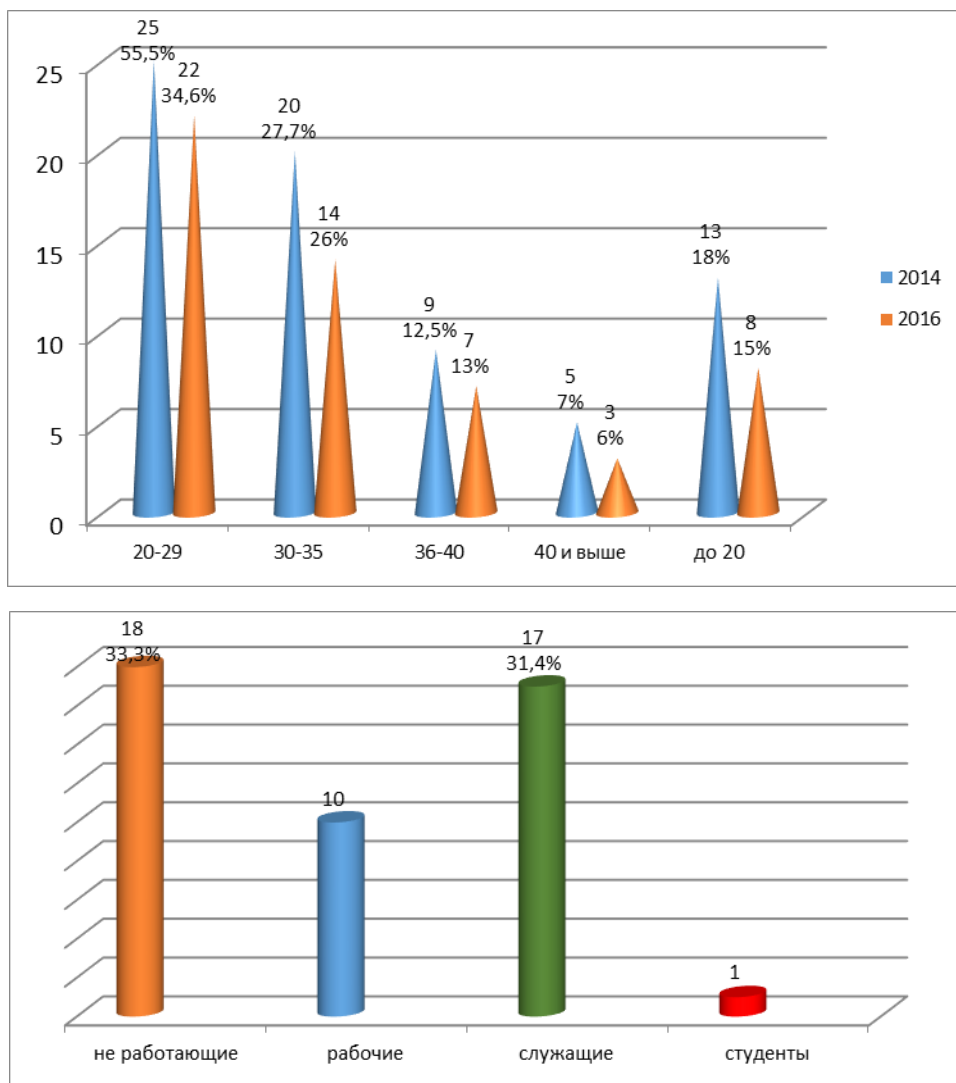


Рисунок 5 - Структура преждевременных родов в возрастном аспекте и социальном положении.

Как видно из диаграммы 5, преждевременные роды чаще произошли в возрасте от 20-29 лет (55,5%) в 2014 году против (34,6 %) в 2016году– у молодых женщин фертильного возраста. Социальное положение беременных с преждевременными

родами представлено в основном домохозяйками. Большинство из них – неработающие 33,3%, служащие (медицинские работницы, учителя, воспитатели дошкольного возраста) – 31,4%.

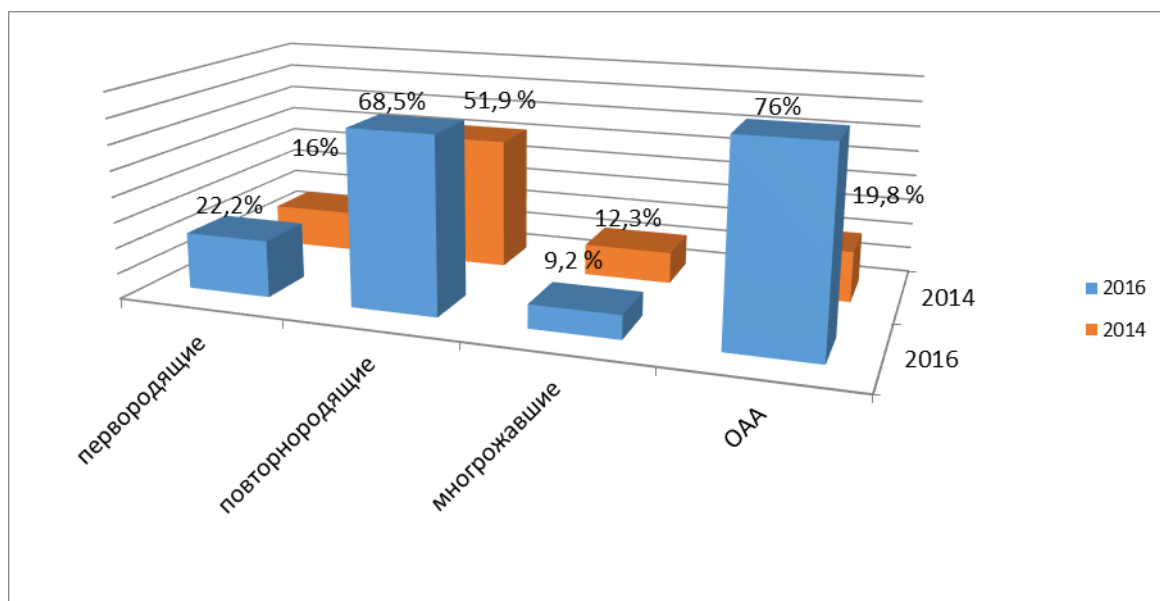


Рисунок 6 - Паритет родов

Большинство из женщин повторнородящие, с отягощенным акушерским анамнезом (с рубцом на матке после предыдущего

родоразрешения, неразвивающейся беременностью, медицинские аборт, преждевременные роды) (рисунок 7). В то же время

отмечены преждевременные роды у первобеременных, первородящих без наличия каких-либо акушерских осложнений в анамнезе. Женщины с отягощенным акушерским анамнезом

составили 76%, что говорит о недостаточной предгравидарной подготовке на уровне ПМСП (рисунок 6).

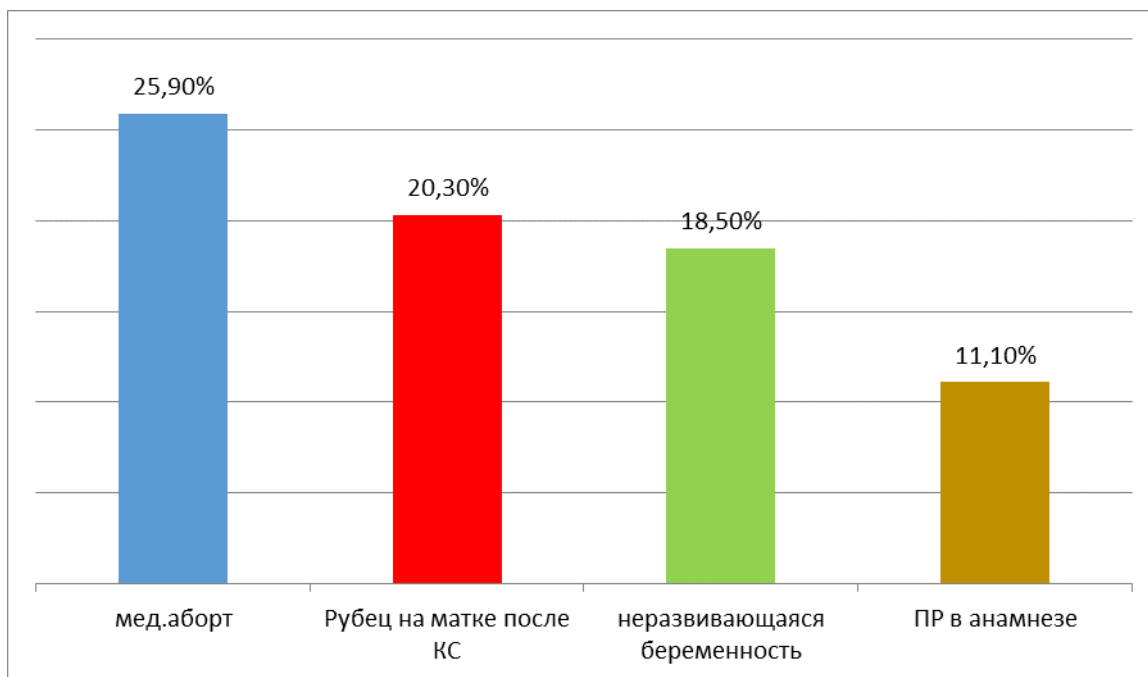


Рисунок 7 - Причины отягощенного акушерского анамнеза

Количество медицинских аборт – 25,9%, с рубцом на матке после предыдущих операции кесарева сечения – 20,3%,

неразвивающаяся беременность -18,5 %. Преждевременные роды в анамнезе имели 11,1%.(рисунок 7).

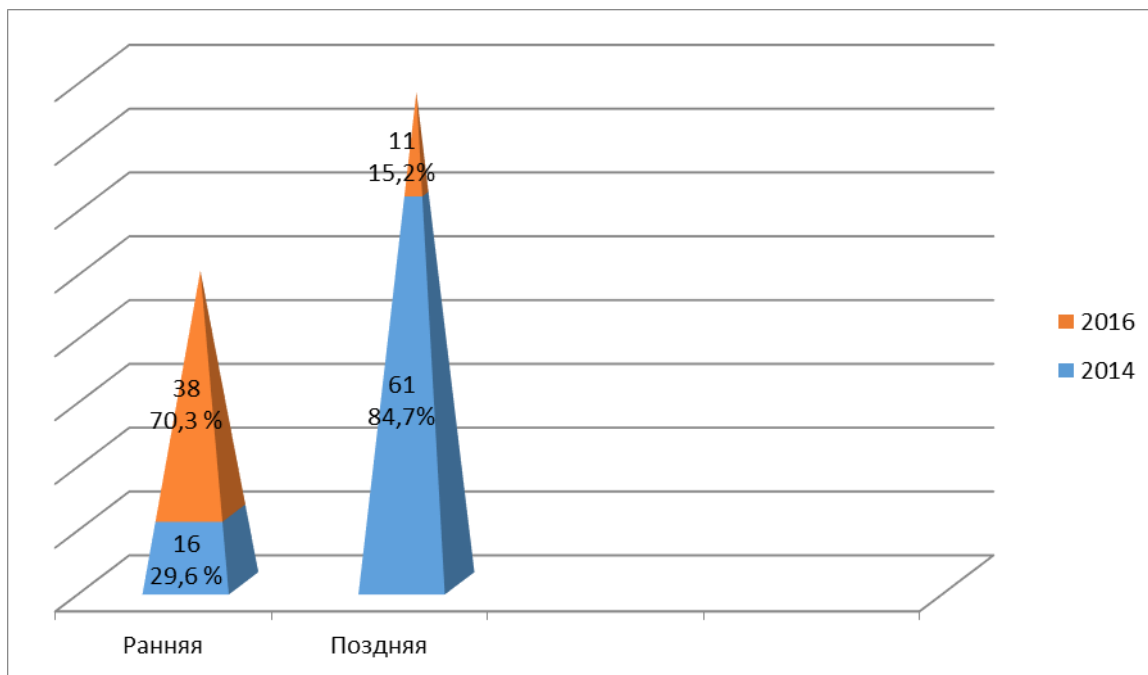


Рисунок 8 - По первой явке в женскую консультацию

Ранний охват беременных с преждевременными родами составил 70,3 % в 2016 году против 29,6 % в 2014 году, что говорит о хорошем показателе работы женской консультации. Посещение женской консультации было регулярным, среднее

количество посещений не оценивалось ввиду разности срока гестации. Данный факт свидетельствует о высокой заинтересованности в беременности.

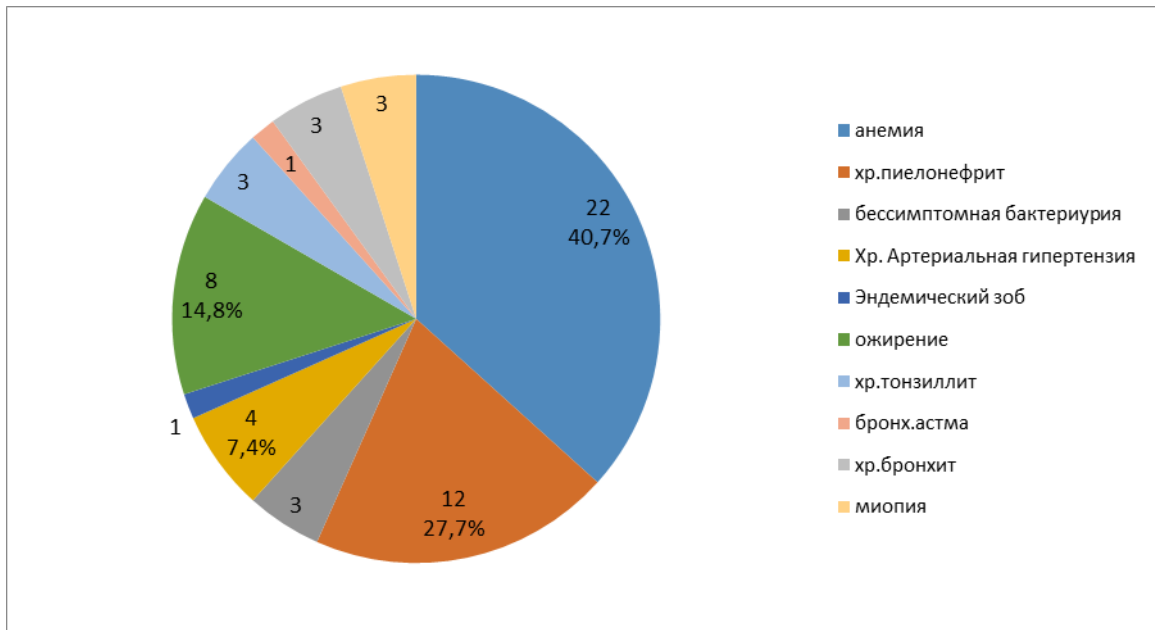


Рисунок 9 - Экстрагенитальные заболевания среди беременных(2016 г.)

При анализе преждевременных родов за 2016 год среди экстрагенитальной патологии на первом месте – анемии 40,7%, второе место – заболевания почек – 27,7%, третье место – ожирение 14,8%, на четвертом – хроническая АГ - 7,4%

(рисунок 9). В 2014 году группу высокого риска составили ЭГЗ-болезни мочевыводящей системы-23%, болезни кровообращения-15%, болезни щитовидной железы-10 %, болезни дыхательной системы -1 %.

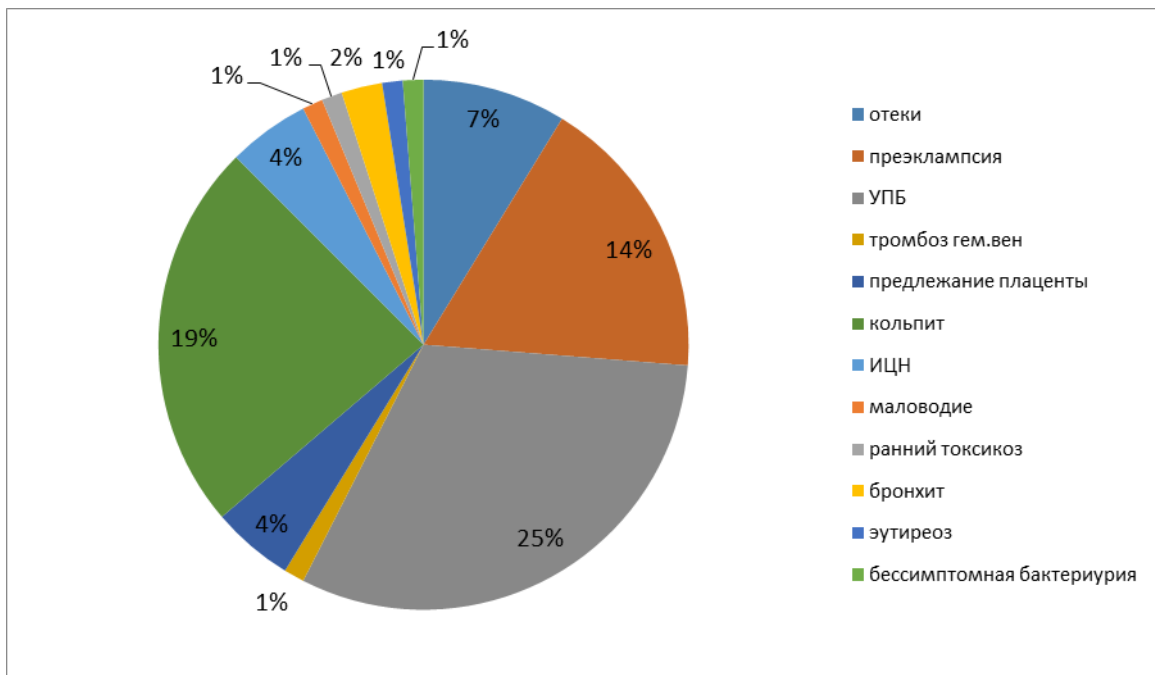


Рисунок 10 - Экстрагенитальная заболеваемость среди беременных (2014 г.)

Преждевременные роды в основном наступили при длительной угрозе прерывания беременности, мало эффективного лечения, на фоне хронической генитальной и вирусной инфекции, тяжелой преэклампсии, явившейся показанием для досрочного родоразрешения в сроках 34-36 недель. (рисунок 10).

Основные экстрагенитальные заболевания: анемия, хронические инфекции мочевыводящей системы в фазе обострения, вирусные инфекции. Дальнейшее исследование было направлено на изучение течения родов и, соответственно, анализ исхода родов для новорожденных в соответствующих группах в зависимости от метода родоразрешения.

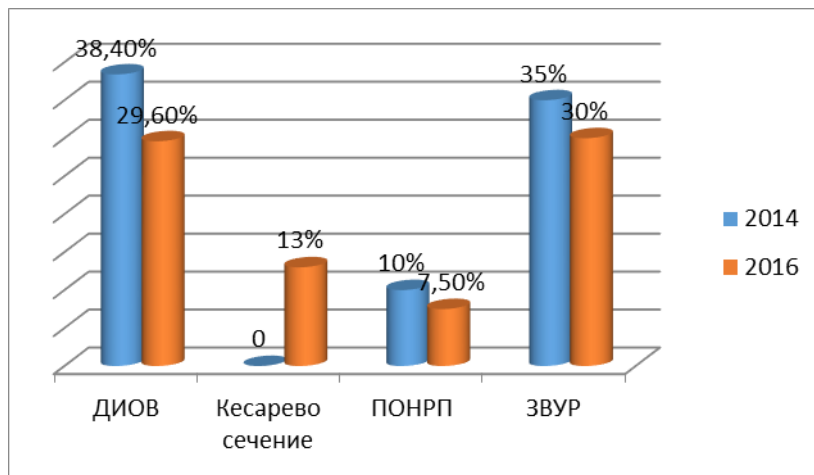


Рисунок 11 - Осложнения в родах

Родоразрешены через естественные родовые пути 87% женщин. Ведение преждевременных родов должно быть максимально бережным. Оперативным путем родоразрешены 13% женщин, показаниями к хирургическому методу родоразрешения явились: совокупность относительных показаний (плацентарная недостаточность, рубец на матке, преэклампсия, бесплодие в анамнезе, экстракорпоральное оплодотворение, хориоамнионит), а также преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), острая гипоксия плода,

ножное предлежание плода. Дородовое излитие околоплодных вод 38,4% (2014г) против 29,6% (2016г) на фоне хронической инфекции, показатели значительно уменьшились. ДИОВ при недоношенной беременности осложняет течение беременности в 2–3% случаев, но связано с 40% преждевременных родов и, как следствие, является значительной причиной в структуре неонатальной заболеваемости и смертности. Проводилась антибиотикопрофилактика согласно протоколу.

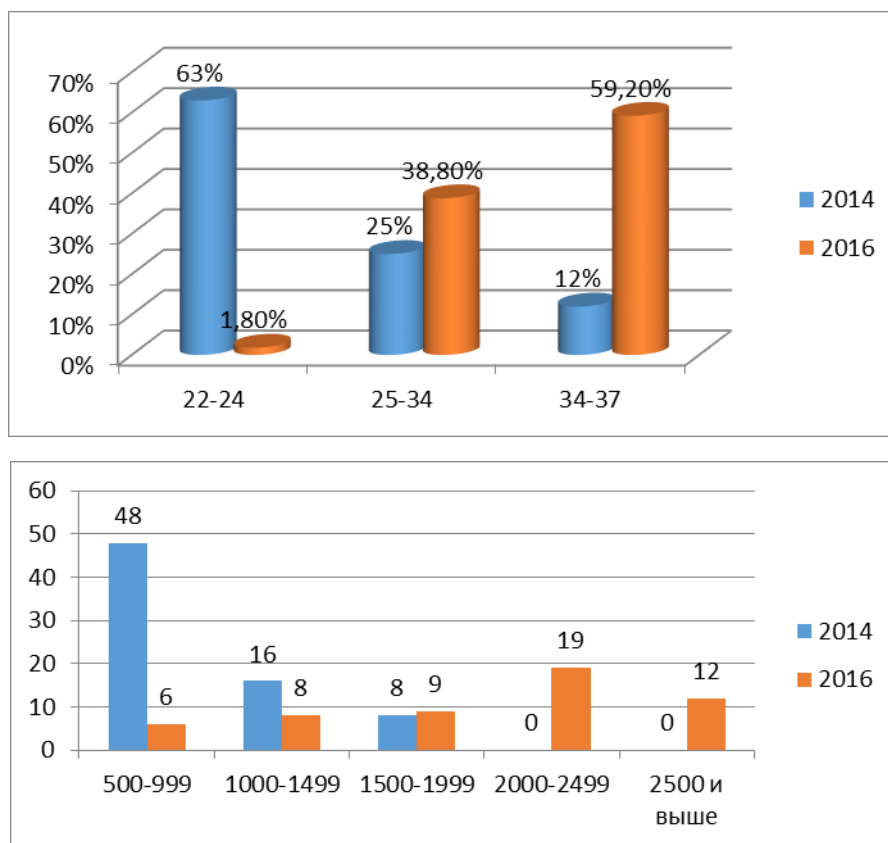


Рисунок 12 - По срокам беременности и структуре по массе тела плода

В 2016 году большинство преждевременных родов произошло в сроке 34-36 недель+6 дней – 59,2%, в сроке 25-33 недели – 38,8%. Масса тела недоношенных детей при рождении составила: 2000-2499 граммов -35,1%, 2500 и > граммов 22,2%. В 2014 году перинатальная смертность преобладала за счет рождения глубоко недоношенных маловесных детей массой тела от 500,0 до 1000,0 граммов (рисунок 12). Оценка состояния недоношенного ребенка по шкале Апгар. Повышенная частота угнетения жизненно важных функций у новорожденного ребенка коррелирует с низкой оценкой состояния при рождении.

Важное прогностическое значение имеет оценка состояния ребенка через 5 мин после рождения, если она остается низкой, то прогноз – неблагоприятный. В среднем 4-5±1,5 баллов. Адаптация сердечно-сосудистой системы к внеутробной жизни происходит одновременно с адаптацией легких. Проводя сопоставление частоты кесарева сечения и перинатальных исходов, мы отметили, что оценка состояния новорожденных по шкале Апгар выше при абдоминальном родоразрешении. По количеству случаев профилактика СДР плода была проведена. Отсутствие профилактики СДР плода объясняется временем с

момента поступления до родоразрешения (от 40 мин до 6–8 ч, когда приходилось родоразрешать в экстренном порядке) или сроком гестации более 34–36 нед. Повторные курсы профилактики респираторного дистресс-синдрома не проводили.

Выводы:

1. Риск преждевременных родов определяется в соответствии со стратегией риска в акушерстве и перинатологии. Проведенный нами анализ определил ведущие медико-биологические факторы риска ПР:

- соматическая патология: хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы, хроническая артериальная гипертензия;
- хронические воспалительные заболевания гениталий;
- отягощенный акушерский анамнез;

2. Современная акушерская тактика при угрозе прерывания беременности, направленная на пролонгирование беременности под контролем за функциональным состоянием плода, дает возможность провести полный курс профилактики СДР, позволяя тем самым улучшить перинатальные исходы преждевременных родов. Однако у детей родившихся в сроке 22-28 недель профилактика СДР дексаметозоном не оказала ожидаемого действия на перинатальный исход. Скорее всего, это связано с глубокой недоношенностью плодов.

3. Методом выбора родоразрешения при ПР у беременных высокого перинатального риска должно быть оперативное родоразрешение, поскольку оно достоверно снижает показатель перинатальной смертности. Тем не менее в сроке гестации с 22 до 28 нед. операция кесарева сечения, как показали полученные нами результаты, не увеличивает жизнеспособность новорожденного.

В сроке гестации с 29 до 34 нед. более бережным методом родоразрешения следует считать операцию кесарева сечения исходя из перинатального риска.

После 34 нед. метод оперативного родоразрешения не всегда влияет на перинатальный исход. В структуре показаний для оперативного родоразрешения имелись те показания, которые

одинаково часто встречаются в общей популяции и не определяются сроком гестации. Методом выбора родоразрешения в сроке гестации после 34 нед. являются роды через естественные родовые пути.

4. Преждевременные роды чаще встречались от 20 до 30 лету повторнородящих с отягощенным акушерским анамнезом. Социальное положение беременных в основном представлено домохозяйками. Большинство из них неработающие.

Рекомендации:

С целью решения обозначенных проблем рекомендуются:

- организация сети родовспомогательных учреждений;
- предгравидарная подготовка, включающая в себя в обязательном порядке полное обследование;
- планирование беременности, увеличение интергенеративного промежутка;
- тщательный сбор анамнеза, выявление группы риска по невынашиванию; Оздоровление женщин с экстрагенитальной патологией. В группах высокого риска по невынашиванию беременности проводить курс лечения или профилактики бактериально-вирусной инфекции. – Резерв в снижении преждевременных родов и отягощенного акушерского анамнеза
- правильная организация работы кабинета по планированию семьи: улучшить санитарно-просветительную работу среди населения.
- индивидуальный подход к составлению плана родоразрешения исходя из перинатального риска;
- своевременное обследование на ИППП вне беременности, своевременное проведение микробиологического анализа пристеночной микрофлоры родовых путей с антибиотикограммой, назначение антибактериальной терапии в соответствии с чувствительностью микроорганизмов к антибиотику.
- в перинатальных центрах улучшить качество оказания помощи глубоко недоношенным детям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Mackeen A.D., Seibel-Seamon J., Grimes-Dennis J. et al. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes // *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. Vol. 5. № 10. CD007062.
- 2 Iams J.D., Romero R., Culhane J.F., Goldenberg R.L. Primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth // *The Lancet. PretermBirth*. January 5, 2008.
- 3 Berghella V. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. - 5 изд. *Подобнееобинфекционныхзаболеваниях*, 2012. – С. 376-386. 2Melamed N. et al. Fetal gender and pregnancy outcome, *J. Matern. Fetal Neonatal Med*. 2010. — Т. 23. — № 4. — С. 338—344.
- 4 Brownfoot F. C., Crowther C. A., Middleton P. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth - *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2008. — Т. 8. — № 4. — С. CD006764. — PMID 18843729.
- 5 Fonseca E.B., Celik E., Parra M., et al. Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix - *N. Engl. J. Med.*, 2007. - Т. 357. - № 5. - P. 462-469.
- 6 Ж. Мирзоян, С. Гончар "Врага нужно знать в лицо. TORCH-инфекции — что это такое?" "Лечение — свет, а нелечение — тьма. Заболевания, грозящие внутриутробным инфицированием плода". - 4,5 изд. *Подобнее об инфекционных заболеваниях*, 2001. – С. 5-6.
- 7 Сидельникова В.М., «Привычная потеря беременности». - М.: Триада X, 2000. – 303 с.
- 8 Сидельникова В.М., Антонов А.Г. «Преждевременные роды и недоношенный ребенок». - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 304 с.
- 9 Серов В.Н., Сидельникова В.М., Жаров Е.В.М.: 2010. «Преждевременные роды» // *Пособие для врачей*. - Алматы: ФГУ, 2010. – С. 25-26.
- 10 Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. - Медицина, 2002. - 176 с.
- 11 Годовой отчет департамента здравоохранения г. Алматы 2012-2013гг.
- 12 Каюпова Н.А., Каюпова Л.С., «Современные проблемы перинатологии». - том 2 изд. - Алматы: Избранные клинические лекции по акуш. и гин, 2000. – С. 6-26.
- 13 Мамедалиева Н.М., «Плацентарная недостаточность в клинике привычного невынашивания беременности». – том 2 изд. - Алматы: Избранные клинические лекции по акуш. и гин., -2000. – С. 101-102.
- 14 «Рекомендации ВОЗ», Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. *The Lancet*, June 2012

Р.Ж.Юлдашева, Н.О.Мусабаева, А.М.Сапаралиева, А.Х.Абсалымова, М.Э.Әділова, К.Б.Сариева, Р.С.Избасарова

МЕРЗІМІНЕН БҰРЫН БОСАНУ: СЕБЕПТЕРІ МЕН ПЕРИНАТАЛДЫҚ НӘТИЖЕЛЕРІН ТАЛДАУ

Түйін: Мақалада 2016 жылдың ҚКЕШЖҚ №15 мәліметтеріне сәйкес мерзімінен бұрын босанған әйелдердің картасына ретроспективті талдау нәтижелерін және салыстыру және анықтау үшін 2014 жылдың көрсеткіштерінің өзгерістерін талқыланды. Мерзімінен бұрын босанудың себептері және шала туылған нәресте өміріне қолайлы босандыру әдістерін талқылау. Мерзімінен бұрын босануды хаттама бойынша жүргізудің тиімділігі.

Түйінді сөздер: мерзімінен бұрын босану, перинаталдық өлім, жүктілікті көтералмаушылық.

R.Zh.Yuldasheva, N.O.Mussabayeva, A.M.Saparaliyeva, A.Kh.Absalyamova, M.A.Adilova, K.B.Sariyeva, R.S.Izbasarova

PREMATURE BIRTH: ANALYSIS OF CAUSES AND PERINATAL OUTCOMES

Resume: The article reviews the results of a retrospective analysis of premature births according to the data of the GK SCP on PHV GP No 15 for 2016. And to compare and identify changes in indicators 2014g. The causes of premature birth and methods of delivery for the most successful life of a premature baby. Efficacy of conducting preterm births by protocol.

Keywords: premature birth, perinatal mortality, miscarriage.