

ISSN1680-0818



**АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ
ЖӘНЕ ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

**АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ
И ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

ЖУРНАЛ • СБОРНИК

1(85) • 2021

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

**АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ
ЖӘНЕ ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

**АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ И
ПЕРИНАТОЛОГИЯ**

1(85) • 2021 г.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

*Главный редактор: Д.Д. Мирзахметова
д.м.н., профессор Л.С. Каюпова (зам. главного редактора)
д.м.н., профессор Т.М. Укыбасова (зам. главного редактора)
к.м.н. Д.Н. Салимбаева (ответственный секретарь)*

*Члены: д.м.н., профессор Н.А. Каюпова
д.м.н., член-корр. НАН РК В.Н. Локшин
д.м.н., профессор А.М. Доцанова
д.м.н. А.Н. Кожрахметов
д.м.н., профессор И.П. Коркан
д.м.н. Т.Г. Кравцова
д.м.н. А.М. Курманова
д.м.н., профессор Н.М. Мамедалиева
д.м.н., профессор Г.С. Мурзабекова
д.м.н., профессор А.Т. Раисова
д.м.н., профессор Г.С. Святова
д.м.н., профессор М.Н. Шарифканова*

Журнал издается
с 2000 года

Адрес редакции:
г. Алматы, 050020
пр. Достык, 125
тел. 8(727) 3004528
факс 8(727) 2645691

ISSN1680-0818
Почтовый индекс
для организаций - 25794
для индивидуальных
подписчиков - 75794

Лицензия на издательскую
деятельность
ЛР № 1008-Ж от 19.12.1999 г.
№ 1798-Ж от 05.03.2001г.
№ 8184-Ж от 27.03.2007 г

Отпечатано в типографии
ТОО ПК «ПК Муравей»
г. Алматы, ул. Толе Би, 304, оф. 301
тел. +7 727 238 14 28, 238 14 29

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

*д.м.н. З.О. Базылбекова (г. Алматы)
д.м.н. Г.Б. Бапаева (г. Нур-Султан)
С.Т. Каиенцева (г. Петропавловск)
И.Л. Копобаева (г. Караганда)
д.м.н. Б.С. Магаждарова (г. Нур-Султан)
Е. С. Омарбеков (г. Усть-Каменогорск)
д.м.н. С.Н. Рыжкова (г. Актобе)
д.м.н. профессор Т.К. Чувакова (г. Нур-Султан)
И.А. Янцен (г. Костанай)
Е. С. Омарбеков (Усть-Каменогорск)*

В сборнике представлены разработки ведущих ученых в области родовспоможения, гинекологии и перинатологии, мнения специалистов, опыт практических врачей, освещены вопросы профилактики, тактики ведения и лечения различных осложнений, а также применение современных технологий.

Сборник предназначен для врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, родовспомогательных учреждений, организаторов здравоохранения.

Редакционная коллегия за стилистику и достоверность статистических данных в опубликованных статьях ответственности не несет.

ВЛИЯНИЕ АКУШЕРСКОГО ГЕЛЯ DIANATAL® НА ТЕЧЕНИЕ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И ИСХОД РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН	39
<i>Калиева Л.К., Турысбекова Г.А., Нурланова Г.К., Пак В.И. Медицинский центр Керуен-Medicus ГКП на ПХВ «Городской Родильный дом №2», ГКП на ПХВ «Городской родильный дом №4» г. Алматы, Казахстан</i>	
ЗАПОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИЕЙ. ТАКТИКА КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ	44
<i>Лазуренко В.В., Старкова И.В., Лященко О.А. Харьковский национальный медицинский университет г. Харьков, Украина</i>	
ОСЛОЖНЕНИЯ ИНВАЗИВНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ	46
<i>Муртазалиева А.В., Муханова А.Б., Жунусова А.К. АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» г. Алматы, Казахстан</i>	
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	51
<i>Негматуллаева М.Н., Ахмедов Ф.К. Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино г. Бухара, Узбекистан</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА	54
<i>Нургазина А. С. КГП на ПХВ «Поликлиника №7» г. Семей, Казахстан</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ С МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ	56
<i>Оспанова Е.Д., Муханова А.Б., Муртазалиева А.В. АО «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии» г. Алматы, Казахстан</i>	
ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ИСХОД РОДОВ	61
<i>Саймбекова Ә. Ж., Алимбаева С.С. НАО «Медицинский университет Семей» г. Семей, Казахстан</i>	
ASSESSMENT OF TYPES OF OBSTETRIC FISTULA AMONG WOMEN AT MALALAI MATERNITY HOSPITAL	63
<i>Sahak Mahbooba^{1,2}, Kurmanova A.1 1 Al-Farabi Kazakh National University, Almaty 2 Department of Obstetrics and Gynecology of Kabul medical university</i>	

ЗАПОРЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИЕЙ. ТАКТИКА КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ

Лазуренко В.В., Старкова И.В., Лященко О.А.

*Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина*

Современное общество охвачено всесторонней компьютеризацией и автоматизацией, что сказывается на образе жизни людей. Возникла распространенная проблема – гипокинезия, которая носит продолжительный характер и имеет ряд негативных последствий для человека, воздействуя практически на все органы и системы его организма. Обнаружены многочисленные органические и функциональные нарушения в сердечнососудистой и костно-мышечной системе, изменения работы эндокринной и мочевыделительной системы, а также состояния желудочно-кишечного тракта.

Влиянию ограниченного объема мышечной активности подвержены и беременные женщины, последствия для которых представлены в многочисленных научных исследованиях. Показано, что под воздействием длительной гипокинезии увеличивается частота невынашивания беременности, что проявляется в виде аборт в ранние сроки и преждевременных родов – в поздние. Проблемы могут возникнуть и во время родов, обуславливая акушерские кровотечения и травматические повреждения мягких тканей родовых путей.

На основании представленных данных, можно сделать вывод о том, что проблема гипокинезии распространена, актуальна и требует дальнейшего всестороннего изучения в контексте всех групп населения, а особенно у беременных, когда сам по себе перестраивается организм женщин с целью вынашивания беременности и ее успешного завершения в виде физиологических родов.

Целью работы явилось изучение частоты возникновения запоров во второй половине беременности у женщин, длительное время подвергавшихся воздействию ограниченного объема мышечной активности, а также формирование алгоритма тактики их ведения.

Материалы и методы

Дизайном исследования явились 60 беременных женщин в возрасте 27-34 лет с функциональными запорами. Срок гестации у них составил 22 – 27 недель, в среднем $24,5 \pm 0,1$ недели. Из исследования исключены пациентки, которые имели в анамнезе любые нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, инфекционные процессы, как со стороны половых органов, так и экстрагенитального происхождения, патологические состояния эндокринной системы, которые потенциально могли бы повлиять на функциональное состояние кишечника и исказить результаты исследования. Также нами были исключены женщины, имевшие при настоящей беременности явления угрожающего аборта и угрозы преждевременных родов, когда само патологическое состояние и его лечение могли сказаться на работе кишечника. Все женщины, участвовавшие в исследовании, имели первую беременность. Длительность воздействия ограниченного объема мышечной активности составила 7-10 лет, в среднем $8,4 \pm 0,2$ года. Мы распределили пациенток в две равноценные по количеству наблюдений клинические группы. Первую (основную) группу составили женщины, ведение которых осуществлялось использованием общепринятых рекомендаций в отношении питьевого режима и питания. Во вторую (контрольную) группу мы включили беременных, которым, кроме стандартных рекомендаций, была применена разработанная нами методика, включающая в себя физические упражнения и использование препарата в виде сиропа с осмотическим действием, 1 мл которого содержал 670 мг лактулозы. Выбор препарата осуществлен в соответствии с мировыми гайдлайнами, где была доказана его безвредность, как для беременной женщины, так и для плода, поскольку в дозировке 40-75 мг он полностью метаболизируется бактериальной флорой толстого кишечника, а при большей дозировке часть

эксcretируется в неизменном состоянии. Кроме того, действующее вещество сиропа, выступая как пребиотик, приводит к благоприятному балансу кишечной флоры. Препарат использовался курсом, продолжительностью 2 недели с однократным приемом в утреннее время во время завтрака в объеме 30 мл, трижды в неделю. Физические упражнения носили статический характер и вовлекали крупные суставы рук и ног. Упражнения выполнялись беременной по 15 минут дважды в день. Особое внимание при физических упражнениях уделялось правильному дыханию.

Оценка функции толстого кишечника производилась на основании Римских критериев четвертого пересмотра от 2016 года, включающего в себя несколько параметров: натуживание при акте дефекации; наличие твердого или фрагментированного стула; ощущение неполного опорожнения кишечника и аноректальной обструкции; стул менее трех раз в неделю. Диагноз функционального запора устанавливался при наличии двух из представленных симптомов и проявлении первых трех в четверти случаев.

Результаты исследования. Представленная работа показала, что у 55 (91,7 %) пациенток из общей когорты исследования присутствовали редкие акты дефекации – один-два раза в неделю. Распределение симптома по группам составило 23 наблюдения (75,7 %) в первой группе и 22 (76,3 %) – во второй. В качестве второго, а в 10 случаях (33,3 %) и третьего симптома выступал любой из представленного списка.

Наличие функционального запора у беременных обусловлено наличием двух факторов. С одной стороны, давление увеличенной в объеме матки, выступает в качестве механического фактора и создает препятствие для нормального прохождения каловых масс. С другой стороны, высокий уровень прогестерона, присущий беременности, расслабляет гладкую мускулатуру не только матки, но и кишечника, нарушая его перистальтическую функцию. При длительной гипокинезии, которая нарушает состояние мышц, явления неудовлетворительной работы толстого кишечника усугубляется и диагностируется состояние функционального запора.

Диета, рекомендованная всем женщинам в когорте наблюдения, включала продукты, богатые пищевыми волокнами: овощи, фрукты, орехи и цельное зерно (гречневая крупа ядрица) и употребление воды до 2,5 литров в сутки. Во второй группе она показала эффективность у 10 беременных (33,3 %), у которых нормализовалась функция кишечника. У 5 беременных (16,7 %) эффект был частичный и проявлялся в исчезновении одного симптома, при этом сохранялось уменьшение частоты дефекации в 4 наблюдениях (13,3 %).

В основной группе наблюдений использование предложенной нами тактики показало ее отличную переносимость: ни в одном из случаев нами не выявлено каких-либо жалоб у беременных, а применение сиропа – аллергических реакций. Результатом применения предложенных нами мероприятий явилось полное исчезновение симптомов функционального запора в 26 наблюдениях (86,7 %). В трех случаях (10 %) зафиксировано улучшение состояния (исчез один симптом), а в одном (3,3 %) – эффекта не наблюдалось.

Дальнейшее наблюдение за представленной когортой женщин показало, что положительный эффект от проведенных мероприятий, в основной группе сохранялся на протяжении одного месяца, а в группе контроля – нивелирован через 2 недели, что потребовало изменения тактики ведения женщин.

Выводы

Ограниченный объем мышечной активности, воздействующий на женщину длительное время, во время беременности приводит к развитию функционального состояния толстого кишечника, что проявляется в виде наличия нескольких симптомов. Основным симптомом патологического состояния является редкая дефекация.

Применение диеты, предусматривающей употребление продуктов, богатых пищевыми волокнами, не всегда дает положительный эффект или показывает недостаточную эффективность.

При выявлении функционального запора у женщин с длительной гипокинезией, во второй половине беременности, необходим комплексный подход, который должен включать в себя диету, использование статических физических упражнений, с вовлечением крупных суставов рук и ног, применение сиропа, содержащего лактулозу. Именно такое ведение беременных с длительным ограничением объема мышечной активности обеспечивает стойкий эффект и улучшает состояние женщин.