
АКУШЕРСКИЙ УХОД У ЖЕНЩИН С АБОРТАМИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

*Радева С.**СБАГАЛ "Проф д-р. Стаматов" ЕООД
Варна-Главная акушерка***OBSTETRIC CARE FOR WOMEN WITH MEDICAL ABORTIONS***Radeva S.**Specialized hospital of obstetrics and gynecolog for active
treatment „D-r D. Stamatov”, Varna – Chef midwife***ANNOTATION**

Abortion for medical reasons is performed in medical institutions for inpatient care, in the presence of diseases proven and documented for reasons on the part of the fetus or the mother. Causes that occur on the mother's side often relate to conditions in which the life or health of the woman may be threatened during further pregnancy or childbirth. When the causes are on the side of the fetus, it concerns conditions incompatible with life-congenital genetic abnormalities, physiological abnormalities, diseases or dysfunctions. According to the law, in order to perform a procedure of termination of pregnancy-abortion for medical reasons, the pregnancy must not be in the period exceeding 20 years. C. Abortion after this period is allowed only for urgent reasons to save the life of the woman or if there is evidence of gross anatomical damage to the fetus. Termination of pregnancy for more than 26 years.C, according to the norms, is registered as a birth. In addition to the serious diseases of pregnant and incompatible with life fetal malformations, abortion for medical reasons is also carried out for social and ethical reasons - if incest, proven medical error prepoznavnosti early pregnancy etc. activities for the establishment of disability of the fetus or the deterioration of the pregnant woman is accompanied by great mental burden, a burden of emotional-motor system not only mother, but also her inner circle. The decision to perform an abortion is accompanied by denial and non-recognition of the facts, torment and guilt, followed by reproaches to the individual and others. This often leads to an emotional breakdown among patients and leaves a mark in the consciousness-inferiority and inability to reproduce. About 10% of birth defects are related to environmental factors and living standards, including medication, viral infections, radiation, Smoking, and more. Unfortunately, the causes of the remaining 65/100 congenital anomalies are unpredictable. Timely medical care is important for the proper course of medical and diagnostic activities, and the role of medical personnel in medical structures also includes communication technologies and building trust between them, in their opinion, and the patient, during the procedure of abortion for medical reasons.

АННОТАЦИЯ

Аборт по медицинским показаниям проводится в медицинских учреждениях для стационарной помощи, при наличии заболеваний, доказанных и документированных по причинам со стороны плода или со стороны матери. Причины, происходящие со стороны матери, часто относятся к состояниям, при которых при дальнейшем протекании беременности или родах могут угрожать жизни или здоровью женщины. Когда причины находятся на стороне плода, это касается условий, несовместимых с жизнью-врожденных генетических аномалий, физиологических аномалий, заболеваний или дисфункций. Согласно законодательству для проведения процедуры прерывания беременности-аборт по медицинским показаниям, беременность не должна быть в периоде, превышающем 20 лет. с. Аборт после этого срока разрешается исключительно по неотложным причинам спасения жизни женщины или при доказательстве грубого анатомического поражения плода. Прерывание беременности более 26 лет.с, Согласно нормам, регистрируется как рождение.

Keywords: abortion, disease, malformations, mutations, stress, obstetric care, communication.

Ключевые слова: аборт, болезнь, пороки развития, мутации, стресс, акушерский уход, общение.

Помимо серьезных заболеваний беременной и несовместимых с жизнью пороков развития плода, аборт по медицинским показаниям также проводится по социальным и морально-этическим показаниям - при инцесте, доказанной врачебной ошибке при нераспознании начальной беременности и др. Деятельность по установлению инвалидности плода или ухудшению состояния беременной сопровождается большой психической нагрузкой, обременением эмоционально-двигательной системы не только матери, но и ее близкого окружения. Решение о проведении аборта сопровождается отрицанием и не признанием фактов, терзанием и чувством вины, за которым

следуют упреки к личности и окружающим. Это часто приводит к эмоциональному срыву среди пациентов и оставляет след в сознании-неполноценность и неспособность к размножению. Около 10% врожденных дефектов связаны с факторами окружающей среды и уровня жизни, включая медикаментозное воздействие, вирусные инфекции, радиацию, курение и многое другое. К сожалению, причины оставшихся 65/100 врожденных аномалий непредсказуемы. Своевремените медицински грижи са важни за правилното протичане на лечебно-диагностичните дейности, като ролята на медицинския персонал в лечебните структури включва и комуникативни

технологии и изграждане на доверие между им, според тях и пациент, при провеждане на процедура аборт по медицински показания.

Введение: причины большинства врожденных пороков развития остаются неясными, но примерно 25/100 всех аномалий имеют генетическое происхождение. Это ни в коем случае не обязательно означает, что родители страдают от одного и того же типа аномалии – они могут быть либо просто носителями заболевания, либо генетическая проблема впервые возникла в данных клетках во время зачатия. Некоторые эмбрионы имеют генетическую чувствительность к определенным факторам окружающей среды и подвергаются воздействию таких во время их развития, часто развиваются аномалии. В других случаях отсутствие определенных веществ (например, фолиевой кислоты) в структуре организма или завышенное присутствие других (например, витамина А), также могут оказаться причиной поздно сформировавшихся втребутробни пороков развития [5]. Врожденные аномалии чаще всего классифицируются как структурные или функциональные. Оба типа в большинстве случаев присутствуют уже в течение первых трех месяцев беременности, во время формирования органов. Однако есть также аномалии, которые образуются во время второго триместра [7,8].

* Структурными являются аномалии, в которых отсутствует или видоизменяется конкретный орган или его часть. Около половины всех аномалий связаны с сердечными дефектами, губой кролика или волчьим ртом, расщеплением позвоночника, отсутствующими или деформированными конечностями, пороками развития половых органов, структурой кости или другими менее распространенными структурными дефектами. * Функциональные или дефекты развития-это аномалии, влияющие на правильное развитие части или всей системы, часто приводящие к метаболическим дефектам, сенсорным проблемам и проблемам нервной системы. Некоторые из наиболее распространенных типов функциональных дефектов включают: вниз синдром, который вызывает замедление физического и умственного развития, болезнь шейки матки (серповидноклеточная болезнь), которая выражается с видоизменением эритроцитов, кистозный фиброз (кистозный фиброз), что приводит к повреждению легких и пищеварительной системы. К сожалению, некоторые из более редких дефектов не обнаруживаются во время пренатальных тестов и могут оставаться незамеченными в течение нескольких месяцев или даже лет после рождения ребенка.

Аборт по медицинским показаниям проводится после уточнения состояния беременной женщины и ее сопутствующих заболеваний, состояния плода и или других состояний, которые привели к риску рождения ребенка с несовместимыми с жизнью аномалиями в

соответствии с требованиями нормативного регулирования и после решения комиссии по аборту по медицинским показаниям [2,3]. Построение доверия между медицинским персоналом и пациентом имеет первостепенное значение для нормального протекания лечебно-диагностических мероприятий [1]. Важным условием для ухода за акушерами являются хорошие коммуникативные навыки, эффективная обратная связь медиков с пациентом [6,9].

Экспозиция: многие виды врожденных дефектов могут быть диагностированы уже на ранней стадии беременности. Вот роль женской консультации и раннее руководство беременной женщины к проведению фетальноморфологии [4]. Пренатального последующей беременности, как правило, начинаются с эхографски исследований, которые обнаруживают около 50/100 от врожденные аномалии. Комбинированные анализы крови между 11 и 13 годами.с. или дополнительные анализы крови (четырёхкратный тест) между 15 и 18 годами.с., биопсия ворсин хориона (Chorionic villus sampling) и амниоцентез могут обеспечить оценки рисков и предусмотреть до 97/100 случаев врожденных дефектов. Пренатальные тесты, однако, имеют только диагностическую ценность и в большинстве случаев идентифицируют только определенные аномалии. Объектом настоящего исследования стали беременные женщины, подавшие на аборт по медицинским показаниям и акушерки из СБАГАЛА " Проф „ доктор др. Стаматов " ЕООД, г. Варна. Обработанные и проанализированные данные распределены следующим образом:

- Беременные женщины-37 (10 МЦ из СИМПА и 27 СБАГАЛ Варна).

- Акушерки, работающие в МЦ из СИМП и гинекологического отделения СБАГАЛ Варна-33;

Период исследования-2018-2019г. Характер исследования не был связан с сезонностью и цикличностью исследовательской проблемы. В исследовании использовались социологические методы: Метод опроса-прямой индивидуальный анонимный опрос среди беременных, работающих акушерок; документальный метод-изучение нормативных документов, документов международных организаций, литературных источников.

Причинами таргетинга на аборт по медицинским показаниям являются: обнаруженное заболевание или аномалия плода, которая обязательно приведет к рождению больного ребенка / аномалия несовместима с жизнью. Со стороны матери-проблемы со здоровьем при ведущем заболевании (эндокринные заболевания, онкологические заболевания, инфекционные состояния, сердечно-сосудистые заболевания, тяжелый эмезис и др.), когда износ плода угрожает ее жизни и здоровью. Методы: методы прерывания беременности определяются в соответствии с сроком беременности в соответствии с состоянием беременной женщины и лабораторными показателями.

Ранний аборт (до 13 лет с.)

* Медикаментозный: эффективен, если беременность составляет менее 8 лет. с. В Болгарии этот метод не легализован, и эти препараты не зарегистрированы. Принимаются препараты, провоцирующие аборт. Ожидаемыми побочными эффектами являются боль в животе, вагинальное кровотечение, иногда тошнота и рвота, высокая температура. Но нет анестезии или оперативного вмешательства. Примерно на 2% метод не является успешным, и требуется операция. Может произойти более обильное и продолжительное вагинальное кровотечение, которое также может потребовать хирургического вмешательства.

* Оперативный: подходит как для более ранних беременностей, так и для более 8-12 лет. с. включительно. Процедура проводится под наркозом, обычно общей. После дезинфекции внутренних половых органов и влагалища производится дилатация шейки матки, после чего с помощью вакуума или с помощью кюретки извлекается мешок плода из полости матки. Ожидаемыми побочными эффектами являются вагинальное кровотечение, которое обычно слабое и короткое, сопровождающееся слабыми болями в животе. Преимущества в том, что все заканчивается быстрее, а кровопотеря мала. Недостатки заключаются в том, что они должны помещать вас под анестезию, существует риск заражения, хотя и минимальный, а также перфорация матки.

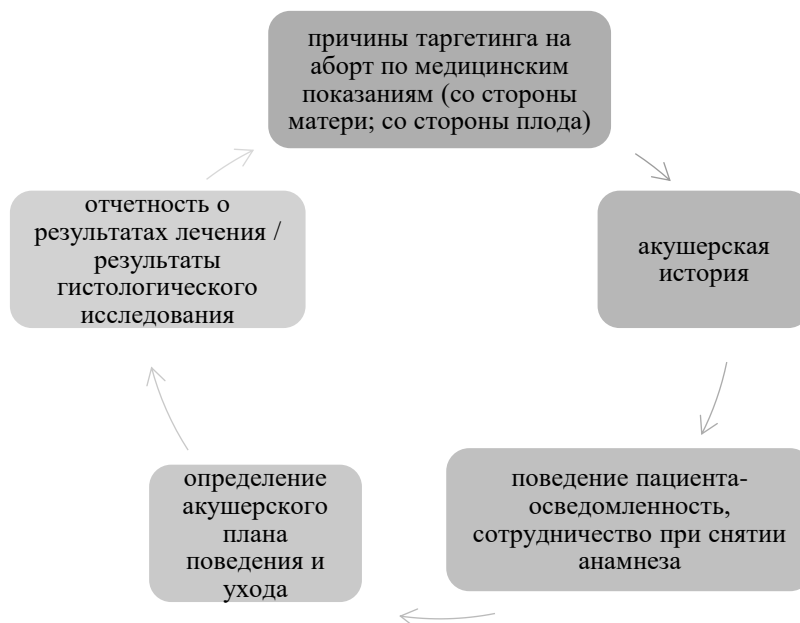
Поздний аборт (после 13 лет с.): При поздних абортах по медицинским показаниям (13-22 г. с.) аборт протекает по типу родов в два этапа. Сначала маточные сокращения возникают с помощью лекарств, которые приводят к рождению плода и плаценты. Затем выполняется выскабливание, чтобы проверить, есть ли запчасти.

Уход, который оказывает акушерка во время пребывания в больничной структуре, относится к 3 аспектам: 1. Подготовка женщины (пациентки) к предстоящей манипуляции; 2. Уход во время проведения аборта по медицинским показаниям; 3. Уход после манипуляции и предоставление рекомендаций при выписке из медицинского учреждения. Подготовка женщины (пациента) к предстоящей манипуляции: прерывание беременности не всегда является личным решением, но это не делает его более легким. Поэтому каждая женщина должна быть знакома с рисками методов удаления плода, рисками анестезии и др. Важной частью протекания лечебно-диагностических мероприятий является своевременное и подробное информированное согласие на проведение манипуляции. Уход за женщиной начинается с ее приема в стационар больницы и предоставления информированного согласия на возможные риски, связанные с анестезией, связанные с самим вмешательством. Необходимо провести информативный разговор с пациенткой, для установления ее поддержки к предстоящему вмешательству. Принятие решения о прерывании проблемной беременности сопровождается многослойными эмоциональными

переживаниями. Страх, беспокойство и чувство вины являются одними из наиболее распространенных. Когда женщина сталкивается с дилеммой о том, следует ли сохранить беременность или прервать ее, она подвергается эмоциональному расстройству, поскольку получает различную информацию о состоянии, причинах, а также минимальную возможность наличия ложного результата. Исследование показывает, что 86,48% опрошенных женщин испытывают вину, связанную с проведенными манипуляциями, и причины, которые привели к этому. Часто женщин обвиняют в возникновении аномалий у плода и не осознают причин и процессов, приводящих к возникновению мутаций, или нарушенных процессов в эмбриогенезе. Ведение беседы с женщинами, объяснения доступного языка о процессах, происходящих в развитии плода или состоянии женщины, имеют важное значение для ее психоэмоционального состояния. Оценка, которую должен сделать медицинский работник, важна для того, чтобы все возможные риски были предсказаны. Важным для женщин является поддержка семьи. Аборт по медицинским показаниям-это событие, которое напрямую связано с отношением и мнением членов семьи. Это также разделяют 50% акушеров, которые указали, что семья оказывает существенное влияние на решение женщины приступить к аборту, а 62,16% женщин имеют поддержку со стороны своей семьи. Большинство женщин предполагают, что аборт является слишком личным событием, и они не будут доверять людям за пределами их близкого окружения. Вот роль акушерки в контакте с пациентом и быть эмоционально эмпатичной, помогая своим знаниям и навыкам уменьшить негативные эмоциональные последствия аборта для женщины. Важность поддержки определяется коммуникационными способностями, которые строятся уже в процессе обучения акушеров в университете. Асимметрия информации ощутима, а поведение и отношение акушерки и других медицинских специалистов ведет к уходу за женщинами с абортом по медицинским показаниям. Как и любая человеческая деятельность, общение определяется конкретными потребностями и зависит от различных факторов, но в здравоохранении физические и интеллектуальные возможности людей приобретают наибольшее значение. Коммуникативный акт в предоставлении акушерской помощи начинается с информации через реакции пациента. Эти два шага связаны друг с другом, и именно обратная связь с пациентом, с его реакциями, с его отношениями, способствуют благоприятному исходу вмешательства. Это содержательный аспект, например, первичного медицинского обследования, чтобы снять историю болезни, установить факты о физическом и психическом состоянии и еще один подходящий способ сообщить неприятные новости. Отзывы от пациента имеют важное значение для вывода

вмешательства и осознания ситуации. Если результат неудовлетворительный (пациентка не убеждена, происходит задержка процедуры, поиск второго или третьего мнения и др.) или нужно корректировать поведение, весь коммуникационный процесс повторяется в той же последовательности (фиг. 1). Обязательное, в

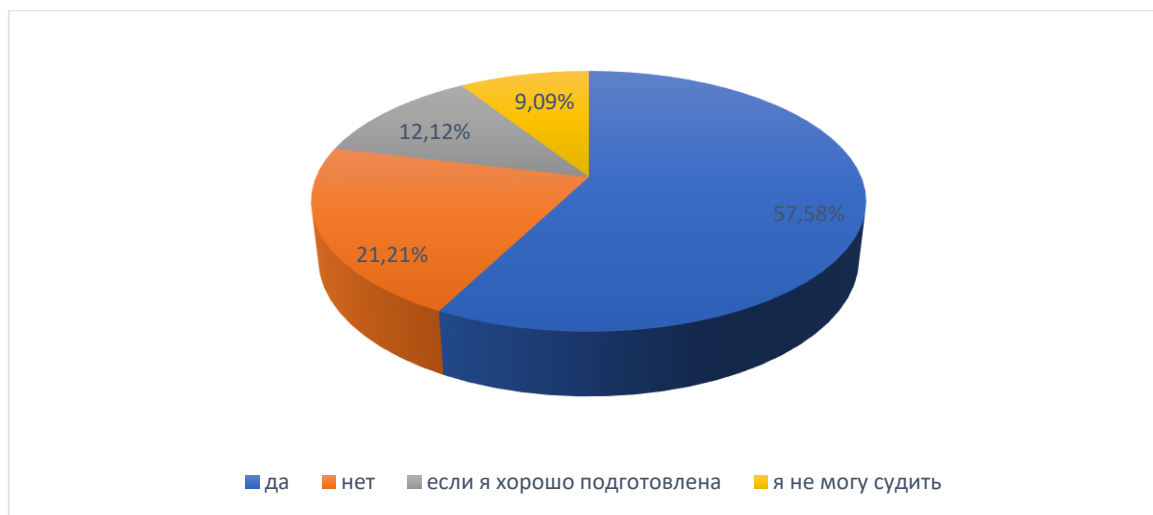
соответствии с нормативным положением проводится комиссия по аборту по медицинским показаниям, где медицинские специалисты, состав которых определяется по распоряжению главы лечебной структуры, детально рассматривают документы и выдают заключение о поведении.



Фиг. 1. Акушерская связь при аборте по медицинским показаниям.

При выявлении врожденной аномалии плода может потребоваться, по усмотрению ведущего гинеколога, проведение дополнительных обследований специалистами по генетике, хирургии, нейрохирургии, урологии, кардиологии и неонатологии. Акушерка должна подготовить пациентку к необходимым осмотрам, принять ее информированное согласие, разъяснив вместе с ведущим гинекологом необходимость их проведения. Если причина обусловлена обостренным состоянием больного (инфекционное заболевание, соматическое заболевание-сердечно-сосудистые заболевания, неврологические/психические заболевания, эндокринологические заболевания и др.), в обязательном порядке проводятся консультации со специалистом по ведущему заболеванию. Согласно собранной и предоставленной для рассмотрения медицинской документации, комиссия может: отказаться от проведения манипуляций; разрешить проведение аборт по медицинским показаниям или направить пациента на дальнейшие исследования/направление в другое медицинское учреждение с более высоким уровнем компетентности в соответствии с ведущей причиной. Аборт по медицинским показаниям проводится в специализированных акушерско-гинекологических структурах (специализированной или

многопрофильной больнице с соответствующей структурой АГ) врачом - акушером и врачом-реаниматором, а при необходимости и в присутствии врача-специалиста по заболеванию беременной, что дает основания для принятия решения об аборте. При необходимости срочного проведения аборта по медицинским показаниям беременных женщин, состояние которых не позволяет их транспортировать, аборт проводится в ближайшей больнице специалистами. Для 90,90% опрошенных акушерок, осуществляющих сотрудничество и хорошее общение с пациентками способствует лечебно-диагностическому процессу и укреплению доверия у пациентки, способствует ее эмоциональному спокойствию и содействию. Сочувствие и эмпатическое отношение показали 84,84% опрошенных акушерок. Задача акушера-подготовить и поддержать пациента к предстоящей манипуляции, провести назначенные лечебно-диагностические рекомендации лечащего врача и не в последнюю очередь заполнить медицинскую документацию вместе с врачом и пациентом (анамнез, информированное согласие, проведение лабораторных исследований и других диагностических процедур в соответствии с указаниями действующего нормативного и хорошей клинической практикой) (фиг.2).



Фиг. 2. Готовность к поддержке

Отслеживание эмоционального и психического состояния является важной частью о заботе и имеет отношение к преодолению события и последующему периоду восстановления. Аборт может привести к посттравматическому стрессу, который продлится долгое время после события. В жизни некоторых женщин прерывание беременности по медицинским показаниям, особенно если беременность сильно желательна и ожидаема, оказывается тяжелой нагрузкой, а воспоминание о ней может вызвать длительный опыт чувства вины в 83,78% случаев. Это одна из важных причин, которые способствуют проведению постабортного консультирования, которое может иметь место в лечебной больничной/добольничной структуре или направлять пациента на проведение генетической консультации. Страх и беспокойство у 94,59% женщин, а также чувство тупости были указаны 40,54% опрошенных беременных. Страх и беспокойство в основном сосредоточены на возможных осложнениях после аборта, а также на протекании самой манипуляции. Одним из самых больших опасений у госпитализированных пациентов является страх перед анестезией, который также может объяснить полученные данные в текущем исследовании и неопределенности. Недопущение диагноза в качестве причины проведения аборта по медицинским показаниям и надежда на то, что плод будет здоровым, происходит у 78,37% опрошенных, которые проводят (100%) дополнительные исследования и консультации с другими медицинскими специалистами.

2. Уход во время проведения аборта по медицинским показаниям: сфера ухода относится к немедленной подготовке женщины к проведению вмешательства, мониторингу жизненных показателей (это с, АН, р), лабораторным показателям и общему состоянию. Отслеживание показателей осуществляется до выписки пациента из лечебной структуры. Задача акушерки - следить за строгим ведением документации в хронологическом порядке.

3. Уход после манипуляции и предоставление рекомендаций при выписке из лечебного учреждения: пребывание пациенток после аборта, согласно болгарскому законодательству, составляет от 2 до 3 дней, в зависимости от срока прерывистой беременности. После аборта: пациент может вернуться к своим ежедневным занятиям через 1-2 дня. Задача акушера и лечащего врача - дать рекомендации по режиму лечения. Необходимо информировать пациентку о возможных рисках, о том, что нужно наблюдать, избегать двигательной нагрузки и др. Необходимо информировать пациентку о возможном возникновении незначительных болей или судорог, на которые влияют обезболивающие препараты. Необходимо предоставить информацию и советы по интимному уходу-избегать использования тампонов, полового воздержания до 2 недель после процедуры. Медицинские специалисты должны давать рекомендации для контрольного обследования, через неделю после манипуляции, но при появлении болей, температуры до и выше 38С, появлении обильного генитального кровотечения или продолжительных кровотечений более 2 недель, зловонное течение из влагалища пациент должен обратиться к своему лечащему врачу или своевременной медицинской помощи. Важным аспектом последующей помощи является предоставление консультаций по проведению генетической консультации женщины и ее партнера, а также проведение дополнительных лабораторных исследований. Необходимо дать указания пациент должен обратиться за гистологичния результате проведеното патогистологично исследование абортивния фрукт, в соответствии с постановлениями. Рекомендации по методам контрацепции должны быть даны в будущем (презервативы, противозачаточные таблетки, ВМС "спираль", хирургическая стерилизация при проверенных генетических дефектах, передающихся от родителей), чтобы предотвратить повторный аборт, в то время как женщина готова снова забеременеть. Обычно у женщин нет проблем с беременностью и износом

беременностей в будущем, но последующая беременность должна быть запланирована после консультаций с генетиком, консультантом по планированию семьи, врачом акушером и другими медицинскими специалистами. Для адекватного ухода акушерки должны постоянно повышать свою осведомленность и подготовку к проведению мероприятий по уходу за и консультированию пациентов с аборт по медицинским показаниям до во время и после аборта. Структуры должны разрабатывать алгоритмы ухода и поведения для женщин с аборт по медицинским показаниям в соответствии с хорошей медицинской практикой и действующими медицинскими стандартами и рекомендациями по лечению.

Рекомендации:

1. Развитие коммуникационных навыков врачей и акушерок в структурах исцеления путем повышения квалификации и участия в учебных методах общения и развития эмпатического отношения.

2. Проведение углубленных пренатальных консультаций в добольничных и больничных акушерских кабинетах, в том числе: традиционные методы (анамнез, объективное акушерское исследование), которые находятся в компетенции акушеров; проведение регулярных и углубленных методов выявления и отслеживания рискованных беременностей - ультразвуковое исследование, скрининг в первом и втором триместрах синдрома Дауна и других хромосомных аномалий плода, инвазивная пренатальная диагностика – амниоцентез и биопсия хориона, кардиографическое исследование и другие, которые проводятся специалистами и другими специалистами.

3. Тщательное снятие истории посещений будущей матери для пренатальной консультации в акушерских кабинетах-крайне важно для выявления эпидемиологических и медицинских факторов риска. Учитывается не только акушерская, но и общая и семейная история. Основываясь на приобретенной информации, оценивается, является ли беременность рискованной или нет, и следует ли своевременно проводить дополнительные исследования и консультации при ее отслеживании.

Своевременная идентификация рискованных беременностей и их адекватное наблюдение в амбулаторных и стационарных условиях позволяет правильно оценить время, место и способ прерывания беременности / родоразрешения. В результате будут сведены к минимуму случаи неблагоприятного исхода (рождение детей с пороками развития и аномалиями, несовместимыми с жизнью), при этом улучшатся качественные показатели здоровья матери.

Выводы: хорошие практики в осуществлении акушерской помощи требуют личного отношения, причем большое значение общения. Общение в медицине-это искусство, его можно изучать и осваивать. В результате те, кто усердно работает над совершенствованием своих коммуникативных навыков, имеют много преимуществ, наиболее

важным из которых является профессий - ональное удовлетворение“. Конечным результатом эффективной прямой и косвенной, вербальной и невербальной коммуникации является взаимное удовлетворение как для пациентов, так и для медицинских специалистов. Хорошие коммуникативные навыки медицинских специалистов не только оптимизируют диагностический и лечебный процесс, но и служат ключом к пациентам при принятии решения о проведении аборта по медицинским показаниям. Открытое отношение к пациенту, которому предстоит прерывание беременности, особенно если оно очень желательно, принятие ситуации, без субъективных комментариев и обвинений, улучшает общение и позволяет воспринимать врача и акушерку как обеспокоенных и толерантных специалистов.

Существенную роль играет первичная акушерская помощь в добольничной помощи, где раньше можно было диагностировать отклонения в развитии плода или состоянии беременной женщины. Тщательное физическое и гинекологическое обследование в акушерско-гинекологическом кабинете в лечебной структуре может выявить наличие отклонений в общем соматическом статусе пациентки или отклонений в развитии плода. Адекватное наблюдение за беременностью, а также частота пренатальных посещений, проведение тщательных высокоспециализированных обследований, своевременное проведение рекомендованных лабораторных и других исследований, позволяет своевременно выявлять повышенный и реализованный риск.

Литература:

1. Министерство Здравоохранения. Фармакотерапевтическое руководство по акушерству и гинекологии. 2014.
2. Постановление 19 от 22.12.2014 для подтверждения медицинского стандарта " Акушерство и гинекология " обн., ДВ, бр. 106 от 23.12.2014
3. Постановление номер 2 от 1 февраля 1990 года. об условиях и порядке искусственного прерывания беременности. МЗ, посл. изм. ГЛАВА. уравнение.89 с 31 октября 2000 года.
4. Национальная медицинская страховка. Программа " здоровье матери“
5. Савельевой М. (2000). Акушерство. „Медицина“. Москва.
6. Тачева, В. (2014). Коммуникативные навыки в медицинской практике. Стено. Варна.
7. Хаджиев Ал., Карагьозов И. Акушерство (2005.. Медицина и физкультура. София.
8. Хаджиев Ал., Яръков Ал., Василев Н. (1998). Акушерство. София: Арсо.
9. Хаджиделева Д. (2016). Коммуникативная компетентность в акушерской помощи. МУ-София.

Адрес корреспонденции

Специализированная больница акушерства и гинекологии „Проф. Д-р Д. Стаматов“
Город Варна
Адрес: бул. „Царь Освободитель“ № 150, Варна 9000;

Mailing Address:
Svetlana Radeva
Specialized hospital of obstetrics and gynecology for active treatment „Prof. D. Stamatov“,
bul. "Tsar Osvoboditel" № 150, Varna 9000;

**ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ
ВОЗРАСТНОЙ КАТАРАКТЫ**

*Каримова М.Х.,
Абдукадилова Д.А.,
Шамсутдинова З.Р.*

*Республиканский научно-практический
медицинский центр микрохирургии глаза
г. Ташкент, Узбекистан*

**PSEUDOEXFOLIATIVE SYNDROME AS A RISK FACTOR OF DEVELOPMENT
OF AN AGE CATARACT**

*Karimova M.Kh.,
Abdukadirova D.A.,
Shamsutdinova Z.R.*

*Republican Scientific and Practical
Eye Microsurgery Medical Center
Tashkent, Uzbekistan*

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена обзорному анализу симптомов псевдоэксфолиативного синдрома возрастной катаракты. Это необходимо для ранней диагностики, разработки мер профилактики развития ПЭС и его осложнений.

ABSTRACT

The article is devoted to a review of the symptoms of pseudoexfoliation syndrome of age-related cataract. This is necessary for early diagnosis, development of preventive measures for the development of PES and its complications.

Ключевые слова: возрастная катаракта, псевдоэксфолиативный синдром, экстрацеллюлярный материал, цинновые связки, внеклеточный микрофибриллярный материал, внутриглазная микроциркуляция, проницаемость гематофтальмического барьера.

Key words: age-related cataract, pseudoexfoliation syndrome, extracellular material, zinc ligaments, extracellular microfibrillar material, intraocular microcirculation, permeability of the hemophthalmic barrier.

Согласно современной концепции, псевдоэксфолиативный синдром (ПЭС) – это системное заболевание, возникающее в пресенильном и сенильном возрастах и характеризующееся избыточной продукцией клетками и накоплением в тканях глаза и некоторых других органов своеобразного экстрацеллюлярного материала [1, 2].

Ключевые проявления ПЭС — образование и отложение аномального внеклеточного микрофибриллярного материала на поверхности различных структур глаза, а также во внутренних органах (печени, почках, сердце, мозговых оболочках и прочие) и коже — расценивают как системное нарушение метаболизма соединительной ткани [23, 24].

Эпидемиологические исследования R. Ritch (2003 г.) свидетельствуют о том, что ПЭС встречается во всех странах мира, однако его распространенность колеблется от 0,3 до 29%, что объясняется авторами географических особенностей расположения регионов [12, 25, 26].

В современных источниках приводятся данные о частоте ПЭС в Англии — 4%, Германии — 4,7%, Норвегии — 6,3%, Исландии — 29%, Греции — 16,1%, Иране — 9,6%, Австралии — 0,98%, Китае — 0,4%, Индии — 5%, Японии — 3,4%, в странах Южной Африки — 6,5%. А также с возрастом увеличивается его распространенность: от 1-2,5% (50-59 лет) до 30% (61-70 лет) — 42% (у лиц старше 70 лет). По данным Кроля Д.С. (1970), в центральной России псевдоэксфолиации обнаруживались у 6,2% лиц старше 50 лет и в 13,9% — в возрасте 70 лет [3, 4].

Клинические признаки ПЭС, как правило, наблюдаются сначала на одном глазу и лишь спустя некоторое время (5-10 лет) — на другом. Чаще ПЭС начинает формироваться с левого глаза [5]. Исследования парных глаз продемонстрировали тонкие, специфичные для ПЭС структурные изменения тканей переднего сегмента глаза в клинически не вовлеченных в процесс глаз. Данная патология глаза чаще встречается у женщин, но тяжелее протекает у мужчин [6, 7, 8].