



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ**

лекарственных средств и медицинских изделий

ISSN 2310-6115

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА

#4 АВГУСТ 2021 Г.

**КАЗАКСТАН ФАРМАЦИЯСЫ
PHARMACY OF KAZAKHSTAN**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ, ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ФАРМАЦИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ**
лекарственных средств и медицинских изделий

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА

НАУЧНЫЙ И ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Ежемесячное издание для работников органов управления здравоохранением, в том числе фармацией, врачей, провизоров, фармацевтов и широкого круга специалистов, работающих в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, сотрудников медицинских вузов и колледжей.

Журнал входит в Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации результатов научной деятельности, индексируется в РИНЦ.

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ:

- Законы и нормативные правовые документы, регламентирующие сферу обращения лекарственных средств.
- Актуальная информация о лицензировании, регистрации, сертификации и стандартизации лекарственных средств, оперативные материалы Фармакологического и Фармакопейного центров Минздрава РК.
- Анализ фармацевтического рынка республики и стран СНГ, тенденций и проблем его развития.
- Новости медицины и фармации, клинической фармакологии, поиск, исследования и эксперименты в области разработки и создания новых эффективных медицинских препаратов, в том числе отечественного производства.
- Мнение специалистов и экспертов о лекарственных препаратах, презентация фармацевтических и медицинских компаний и их продукции, а также широкое освещение практической деятельности аптечных организаций и медицинских центров.
- Материалы по истории медицины и фармации республики.
- Консультации специалистов по вопросам, касающимся фармации, регистрации и перерегистрации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

ТАРИФЫ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ:

Публикация научной статьи*
(объемом до 10 страниц) - **15 000 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов на обложке - **70 349 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов на внутренних страницах - **64 629 ТЕНГЕ**

Размещение рекламных
материалов в формате
социальной рекламы (коллаж) - **29 900 ТЕНГЕ**

Примечание: *за каждую страницу свыше 10 страниц,
доплата 1000 тенге за страницу



+7 (727) 273 03 73, +7 (747) 373 16 17



PHARMKAZ@DARI.KZ



WWW.PHARMKAZ.KZ



РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств
и медицинских изделий» Комитета медицинского и фармацевтического контроля
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Главный редактор

Р.С. Кузденбаева

Редакционный совет

А.И. Гризодуб (Украина)
Д.В. Гринько (Беларусь)
А.З. Зурдинов (Кыргызстан)
Ш.С. Калиева (Казахстан)
И.Р. Кулмагамбетов (Казахстан)
В.Н. Локшин (Казахстан)
М.К. Мамедов (Азербайджан)
Т.С. Нургожин (Казахстан)
Д.А. Рождественский (Россия)
Д.А. Сычѐв (Россия)
Елена Л. Хараб (США)

Редакционная коллегия

Н.Т. Алдиярова
А.Е. Гуляев
П.Н. Дерябин
М.И. Дурманова
Х.И. Итжанова
А.Т. Кабденова
Ж.А. Сатыбалдиева
З.Б. Сахипова
Е.Л. Степкина
А.У. Тулегенова

Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы,
пр. Абылай хана, 63, оф. 215,
тел.: +7 (727) 273 03 73,
E-mail: pharmkaz@dari.kz;
веб-ресурс: www.pharmkaz.kz.

Территория распространения

Казахстан, Россия, Украина,
Узбекистан, Кыргызстан,
Беларусь, Азербайджан,
Латвия, Литва,
Пакистан, Турция

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры,
информации и общественного согласия
Республики Казахстан.

Свидетельство об учетной регистрации №3719-Ж от 19.03.2003 г.

Контактные телефоны:

+7 (727) 273 03 73

Подписной индекс: 75888

Ответственность за рекламу несет рекламодатель.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации основных результатов научной деятельности (приказ Комитета от 10.07.12 г., №1082), индексируется в РИНЦ (на платформе научной электронной библиотеки elibrary.ru).

В журнале используются фотоматериалы и изображения из открытых интернет источников.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА

Е.К. ДАУТБАЕВ, А.Д. АХИМОВА. Современные проблемы оценки качества лекарственных средств, обращающихся на рынке Республики Казахстан.....	4
---	---

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ФАРМАКОЛОГИЯ

Ж.С. БЕГНИЯЗОВА, Б.Н. БИЩЕКОВА, Н.Ж. ДЖАРДЕМАЛИЕВА, А.М. МУХАМЕДОВА, Ф.А. АРИФОВА, А.Ж. ДЖАУАРОВА, Г.А. АЛИ. Акушерская тактика при COVID-19 (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	9
---	---

Б.Н. БИЩЕКОВА, Ж.С. БЕГНИЯЗОВА, Н.Ж. ДЖАРДЕМАЛИЕВА, А.М. МУХАМЕДОВА, Ф.А. АРИФОВА, А.Ж. ДЖАУАРОВА, Г.А. АЛИ. Коронавирусная инфекция и беременность (обзор литературы).....	14
--	----

Б.Н. БИЩЕКОВА, Г.Н. БАЙМУСАНОВА, Ж.Н. КИПШАКБАЕВА, А.Е. КАЛИДИНОВА, А.Д. ХОН, К. САРНИЯЗОВА. Сравнительный анализ методов подготовки шейки матки к родам.....	20
--	----

А.М. ИСАБЕКОВА, Ш.С. КАЛИЕВА, А.В. ЛАВРИНЕНКО, Е.Б. ТИШКАМБАЕВ. Динамика чувствительности возбудителей ИМТ карагандинской области 2018-2020 гг.....	24
--	----

У.М. ТИЛЕКЕЕВА, Т.Б. УСКЕНБАЕВ. К вопросу о рациональном использовании антибактериальных препаратов при дакриоцистите новорожденных.....	29
---	----

Н.А. САДИЕВА, А.Э. МАМЕДОВА. Теоретические аспекты лечения железодефицитной анемии у детей (обзор).....	32
--	----

Ш.М. САДУАКАСОВА, А.К. АБИКУЛОВА, А.Д. ХОН, К.С. САРНИЯЗОВА, С.Д. ТЕЛЬМАНОВА, О.В. БЕЛОВА, З.С. ВАЗИРОВА. Состояние функции яичников у пациенток, оперированных с эндометриозом яичников.....	39
--	----

А.М. ЖУКЕМБАЕВА. Эффективность тиотропия бромиды при амбулаторном лечении хронической обструктивной болезни легких.....	42
--	----

СОДЕРЖАНИЕ

А.Б. ДЖУМАГАЗИЕВА, Е.Н. САХИПОВ, С. ТУРҒАНБАЙ, Н.М. АТАГЕЛЬДИЕВА, У.М. ДАТХАЕ, А.И. ИЛЬИН. Взаимодействие некоторых антибиотиков с семиорганическими аддуктами иода.....	45
А.Е. ЕСБОЛАТОВА, А.Р. ШОПАБАЕВА. Анализ рынка лекарственных препаратов против глаукомы в РК.....	51
Р.Н. ЕСПАЕВА. Лечение бактериального вагиноза у беременных с использованием препарата, содержащего комплекс лактобактерий (флориум).....	56
А.М. ЖУКЕМБАЕВА. влияние озонотерапии на динамику показателей гуморального иммунитета при обострении ХОБЛ.....	60
 ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
А.Р. ШОПАБАЕВА, Д. ОСТЕМИРКЫЗЫ, А.Ж. КУБДЖАНОВА. Эпидемиологический и фармакоэкономический анализ лекарственных препаратов, применяемых при атопическом дерматите в Республике Казахстан.....	64
 ТЕХНОЛОГИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА	
S.V. SHILOV, G.O. USTENOVA, L.N. KIYEKBAYEVA, I.S. KOROTETSKIY. Mineral composition of the plant <i>Onosma Gmelinii</i>	71
Н.К. КЕНШИЛИКОВА, А.Т. КОНЫРБАЕВА, Ш.А. ЕГІЗБАЕВА, Н.О. МАКАШЕВА, Н.Т. ӘШІМОВА. Жуу ертінділерінің өндірісі.....	74

УДК 618.145-007.415-053.5/.81-036.1-07-085

**Ш.М. САДУАКАСОВА¹, А.К. АБИКУЛОВА², А.Д. ХОН³, К.С. САРНИЯЗОВА⁴,
С.Д. ТЕЛЬМАНОВА⁵, О.В. БЕЛОВА⁶, З.С. ВАЗИРОВА⁷***Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова**1 – к.м.н., доцент, кафедра Акушерства и гинекологии**2 – PhD, ассоциированный профессор, кафедра политики и менеджмента здравоохранения**3, 4, 5, 6, 7 – интерны ВОП*

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК, ОПЕРИРОВАННЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Резюме: По всему миру эндометриоз занимает третье место в структуре всех гинекологических заболеваний. Эндометриоз ассоциированное бесплодие встречается практически у 45% женщин, страдающих эндометриозом. До настоящего времени вопрос о эффективности видов терапии наружного генитального эндометриоза остается открытым. Многие годы основным методом лечения было хирургическое лечение эндометриоза. В дальнейшем была обоснована комбинированная терапия эндометриоза, включающая в себя хирургическое лечение с последующей гормонотерапией. В настоящее время определены четкие показания к оперативному лечению эндометриоза, в то же время недостаточно конкретизирована дальнейшая тактика ведения пациенток. **Ключевые слова:** эндометриоз яичников, хроническая тазовая боль, гормональная терапия, овариальный резерв.

Актуальность. Среди молодых женщин раннего репродуктивного возраста 19-35 лет частота эндометриоза составляет 10-15%. В РК по данным Международного Центра Эндометриоза в Казахстане эндометриоз наблюдается у 17% женщин репродуктивного возраста, что соответствует каждой 6-ой женщине фертильного возраста [1, 2, 3]. Пациентки с эндометриозом помимо нарушения менструальной и репродуктивной функции страдают от хронической тазовой боли, что существенно оказывает влияние на снижение качества жизни женщин. В связи с чем заболевание стало являться не только медицинской проблемой, но и значительной социальной проблемой [3; 2, с. 4]. Эндометриоз яичников является актуальной и не до конца решенной проблемой современной гинекологии, с высокой встречаемостью (до 37%) выраженными клиническими симптомами, частотой рецидивирования – 19.2-47% и риском малигнизации [4]. Для лечения эндометриоза яичников терапией первой линии считается хирургическое лечение. На сегодняшний день все чаще показывает свою эффективность применение комбинированной терапии – хирургическое лечение в сочетании с гормонотерапией. Следует отметить, что любой вид хирургического вмешательства при данном заболевании приводит к угнетению иммунного ответа и снижению овариального резерва (ОР), поскольку помимо механического удаления тканей яичника, пораженных эндометриозом, проводится термическая коагуляция, что сопровождается гипоксическими расстройствами, приводящими к деструктивным изменениям и повреждению эндокринного аппарата яичника. В исследованиях современных авторов показано, что у пациенток с эндометриозом яичников, ОР снижен исходно.

В послеоперационном периоде основная роль принадлежит гормонотерапии. При достаточно высокой эффективности агонистов ГнРГ в отношении регресса очагов эндометриоза и уменьшения клинической симптоматики заболевания, препараты имеют достаточно выраженные побочные эффекты, что не позволяет применять их в течение длительного времени. В последние годы в клинической практике для адьювантной терапии эндометриоза широко применяется препарат диеногест, рекомендованный в качестве монотерапии в Японии, Европе и других странах. Высокая эффективность диеногеста в терапии и профилактике рецидивов при эндометриозе связана с несколькими механизмами воздействия на определенные звенья заболевания: с антиэстрогенным и антипролиферативным эффектом, противовоспалительным действием, нормализацией локальных иммунных нарушений и ангиогенным воздействием, при этом практически не оказывает влияния на биохимические и коагуляционные параметры, на минеральную плотность костной ткани при достаточно длительном приеме препарата [5].

Цель исследования. С позиции сохранения ОР независимо от возрастного фактора пациенток методы терапии эндометриоза яичников требуют дальнейшей оптимизации. Несмотря на применение различных методов лечения эндометриоза, в частности эндометриоза яичников, частота наступления беременности при данной патологии остается невысокой, что требует дальнейшего совершенствования алгоритмов ведения женщин с бесплодием, связанных с эндометриозом [6].

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось ретроспективно на базе Центр перинатологии и детской кардиохирургии, ГКБ 4 г. Алматы. В исследование вошло 63 женщины репродуктивного возраста, оперированных по поводу эндометриоза яичников за 2019гг.

Критерии включения: эндометриозные кисты яичников, репродуктивный возраст

Критерии исключения: возраст моложе 18 и старше 45 лет, хроническая ановуляция, тяжелые экстрагенитальные заболевания.

Пациентки были разделены на 2 группы:

1-ая группа – 30 женщин с ЭКЯ, получавшие в послеоперационном периоде агНРГ внутримышечно 1 раз в 28 дней в течение 6 менструальных циклов;

2-ая группа – 30 женщины с ЭКЯ, которые в послеоперационном периоде принимали диеногест в дозе 2 мг перорально в непрерывном режиме в течение 6 месяцев.

Ретроспективно была изучена медицинская документация, включавшая данные общеклинического исследования, специального гинекологического обследования, данные ультразвукографии органов малого таза трансвагинальным датчиком до операции и через 3, 6 месяцев после оперативного лечения с учетом параметров овариального резерва – суммарный объем яичников до операции и после операции через 3, 6 месяцев, а также среднее количество антральных фолликулов в каждом яичнике. Лабораторные методы исследования включали в себя определение концентрации гормонов в сыворотке крови методом ИФА (ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, пролактина) до операции и через 6 месяцев после операции, определение антимюллера гормона (АМГ) проводилось до операции, через 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты исследования и их обсуждение Средний возраст пациенток составил 31,5 лет. Средний возраст менархе составил 12,5 лет. Средняя продолжительность менструального цикла у пациенток обеих групп составила 26,5. При изучении репродуктивной функции выявлено, что среднее количество беременностей на одну женщину составило 1,3. В гинекологическом анамнезе у пациенток отмечалось преобладание частоты самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности. При анализе особенностей репродуктивной функции у обследованных женщин выявлено наличие первичного и вторичного бесплодия, при этом частота первичного бесплодия составила 17,4% (n=11). Частота самопроизвольных выкидышей и неразвивающихся беременностей составила 12,7% (n=8). Частота преждевременных родов составила 10,0% (n=6).

По результатам, полученным в ходе нашего исследования у пациенток обеих клинических групп до лечения преобладали следующие клинические симптомы: болевой синдром, бесплодие, дисменорея, диспареуния, нарушения менструального цикла.

При оценке характера жалоб после комбинированного лечения (оперативное лечение и гормональная терапия) у пациенток обеих клинических групп болевой синдром по типу хронических тазовых болей сохранялся у 10,0% (n=3) пациенток 1-ой группы и 6,0% (n=2) пациенток 2-ой группы. До лечения жалобы на болевой синдром предъявляли 80,0% (n=24) пациенток 1-ой группы и 81,8% (n=27) пациенток 2-ой группы, то есть отмечалось уменьшение болевого синдрома на 70% в 1-ой клинической группе и на 75,8% во 2-ой клинической группе, что свидетельствует о достаточно высокой эффективности препаратов обеих групп.

До лечения нарушения менструального цикла по типу меноррагий, метроррагий, менометроррагий выявлены в 33,3% (n=10) и 36,3% (n=12) соответственно клиническим группам. Через 6 месяцев после лечения нарушения менструального цикла по типу меноррагий, метроррагий, менометроррагий наблюдались в 6,7% (n=2) и 6,0% (n=1) соответственно клиническим группам, то есть отмечалось уменьшение жалоб на нарушения менструального цикла в 5 раз в 1-ой клинической группе и в 6 раз во 2-ой клинической группе.

Среднее количество антральных фолликулов через 3 месяца после операции составило в 1-ой группе $0,4 \pm 0,1$ и во 2-ой группе $0,6 \pm 0,2$, тогда как среднее количество до операции составляло в 1-ой группе $0,6 \pm 0,1$ и во 2-ой группе $0,8 \pm 0,1$, то есть отмечалось уменьшение среднего количества. Однако, через 6 месяцев после операции отмечалось увеличение среднего количества антральных фолликулов, что составило в 1-ой клинической группе - $1,0 \pm 0,1$ и во 2-ой клинической группе - $1,2 \pm 0,1$.

При изучении в послеоперационном периоде через 3 месяца эхографических показателей ОР в здоровом и пораженном эндометриозом яичнике было выявлено, что суммарный объем яичниковой ткани после операции составил в 1-ой клинической группе 11,4 см³ и во 2-ой клинической группе – 11,2 см³ в сравнении с исходными данными 12,6 см³ и 12,2 см³ соответственно группам, то есть имела тенденция к снижению, что согласуется с данными литературы, что дальнейшая тенденция к снижению овариального резерва, возможно, связана с применением коагуляции биполярным электродом [7]. Однако, к 6-му месяцу терапии отмечалась тенденция к восстановлению до исходных значений и увеличению суммарного объема яичников 12,9 см³ и 12,5 см³. При сравнении уровня ФСГ до операции и через 3 и 6 месяцев после операции статистически значимого достоверного снижения или повышения уровня не выявлено, концентрация гормона была в пределах нормативных значений в обеих клинических группах, что составило 7,2 МЕд/мл и 7,0 МЕд/мл соответственно группам, в контрольной группе – 6,9 МЕд/мл. Концентрация эстрадиола имела тенденцию к снижению через 6 месяцев в послеоперационном периоде в обеих группах, что составило 190,0 пмоль/л и 201,0 пмоль/л соответственно группам, тогда как исходные данные составляли 202,0 и 212,0 пмоль/л соответственно группам, в группе контроля 182,0 пмоль/л.

Уровень АМГ через 3 месяца после операции составил 3,1 нг/мл и 3,3 нг/мл при исходных показателях 3,9 нг/мл и 4,2 нг/мл соответственно группам, в контрольной группе – 7,2 нг/мл, то есть имела тенденция к дальнейшему снижению. Уровень АМГ через 6 месяцев после операции составил 3,8 нг/мл и 4,0 нг/мл при исходных показателях 3,9 нг/мл и 4,2 нг/мл соответственно группам, в контрольной группе - 7,2 нг/мл, то есть через 6 месяцев после комбинированной терапии имело место тенденция к восстановлению АМГ до исходных уровней до операции.

Заключение Таким образом, через 3 и 6 месяцев после наблюдения выявлено, что цистэктомия не оказывает влияния на уровень ФСГ, но влияет на остальные параметры овариального резерва, связанные с функционированием фолликулярного аппарата яичников, что характеризовалось снижением суммарного объема яичниковой ткани, среднего количества антральных фолликулов, снижением уровня АМГ у всех пациенток с эндометриозом яичников вне зависимости от возраста к 3-му месяцу после опе-

рации и от начала гормонотерапии, с постепенным восстановлением среднего количества антральных фолликулов, суммарного объема яичников и АМГ к 6-му месяцу после комбинированного лечения до уровня исходных и имела тенденцию к повышению. Эффективная терапия требует комплексного подхода, который заключается в купировании болевого синдрома, восстановлении менструальной и репродуктивной функции. В настоящее время определены четкие показания к оперативному лечению эндометриоза, в то же время недостаточно конкретизирована дальнейшая тактика ведения пациенток. Важное значение имеет своев-

ременное начало адьювантной терапии в послеоперационном периоде, что способствует ранней реабилитации, позволяет сохранить ОР и улучшить репродуктивный потенциал. С позиции сохранения ОР независимо от возрастного фактора пациенток методы терапии эндометриоза яичников требуют дальнейшей оптимизации. Несмотря на применение различных методов лечения эндометриоза, в частности эндометриоза яичников, частота наступления беременности при данной патологии остается невысокой, что требует дальнейшего совершенствования алгоритмов ведения женщин с бесплодием, связанных с эндометриозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адамян Л.В., Сонова М.М., Тихонова Е.С. и др. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. – 2011. – №6. – С. 78–81.
- 2 Adamson D.G., Kennedy S, Hummelshoj L. Creating solution in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis research Foundation // Journal of Endometriosis. – 2010. – №2. – P. 3-6.
- 3 Дошанова А.М. Эндометриоз – социальная болезнь // Вопросы акушерства и гинекологии. – 2011. – №3. – С. 4-6.
- 4 Адамян, Л.В. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных /Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, И.А. Аполихина, В.Ф. Беженарь [и др.] // Российское общество акушеров-гинекологов. – М.: 2013. – 65 с.
- 5 Gasparov, A.S. Oncological aspects of ovarian cysts / A.S. Gasparov, K.I. Jordania, Y.G. Payanidi [et al.] // Herald of the Russian Academy of Medical Sciences. - 2013. - №8. - P. 9-13.
- 6 Dumesic D.A. Oocyte environment: follicular fluid and cumulus cells are critical for oocyte health / D. A. Dumesic, D. R. Meldrum, M. G. Katz-Jaffe [et al.] // Fertil. Steril. - 2015. - Vol. 103. - P. 303–316.
- 7 Соколова Е.И. Оптимизация терапии эндометриозных кист яичников у пациенток позднего репродуктивного возраста // дисс канд мед наук, Краснодар, 2019

сведения об авторе

Ш.М. Садуакасова, hongangela888@gmail.com

Ш.М.САДУАКАСОВА¹, А.К. АБИКУЛОВА², А.Д. ХОН³, К.С. САРНИЯЗОВА⁴, С.Д. ТЕЛМАНОВА⁵, О.В. БЕЛОВА⁶, З.С. ВАЗИРОВА⁷

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

1 – м.ғ.к., доцент, Акушерия және гинекология кафедрасы

2 – PhD, ассоциирленген профессор, Денсаулық сақтау саясаты және менеджмент кафедрасы

3, 4, 5, 6, 7 – ЖТД интерндер

АНАБЕЗ ЭНДОМЕТРИОЗЫ БОЙЫНША ОТА ЖАСАЛҒАН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ АНАБЕЗ ЖҮЙЕ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Қазақстан Республикасының мемлекеттік саясатының басым бағыттарының бірі репродуктивті денсаулықты сақтау және медициналық-демографиялық жағдайды жақсарту болып табылады. Бүгінгі таңда қазіргі гинекологияның өзекті мәселелерінің бірі эндометриоз болып табылады. Бұл ауру созылмалы жамбас қуысындағы ауру сезімі мен бедеулігі бар әйелдердің 90%-нда кездеседі. Жыл сайын әлемнің барлық елдерінде эндометриоз ауруының тұрақты өсуі байқалады. Көптеген жылдар бойы эндометриоздың негізгі емдеуі хирургиялық емдеу болды. Кейіннен эндометриоздың қосарланған терапиясы, оның ішінде хирургиялық емнен кейінгі гормондық терапия негізделді. Қазіргі уақытта эндометриозды хирургиялық емдеудің нақты көрсеткіштері анықталған, алайда пациентті жүргізудің әрі қарай тактикасы жеткіліксіз.

Түйінді сөздер: аналық без эндометриозы, созылмалы жамбас қуысындағы ауру сезімі, гормондық терапия

SH. M. SADUAKASSOVA¹, A.K. ABIKULOVA², A.D. KHON³, K. S. SARNIYAZOVA⁴, S.D. TELMANOVA⁵, O.V. BELOVA⁶, Z.S. VAZIROVA⁷

Asfendiyarov Kazakh National medical university

1 – Candidate of Medical Sciences, associate professor, Department of Obstetrics and gynecology

2 – PhD, associate professor, Department of Policy and Management of Healthcare

3, 4, 5, 6, 7 – interns general practitioners

FEATURES OF FUNCTION OF PATIENTS WITH OVARIAN ENDOMETRIOSIS

Resume: One of the priorities of the state policy of the Republic of Kazakhstan is the protection of reproductive health and improving the medical and demographic situation. To date, one of the urgent problems of modern gynecology is endometriosis. The disease occurs in almost 90% of women with chronic pelvic pain and infertility. Every year there is a steady increase in the incidence of endometriosis in all countries of the continent. For many years, the main treatment has been the surgical treatment of endometriosis. In the future, combination therapy of endometriosis was substantiated, including surgical treatment followed by hormone therapy. In the future, combined therapy of endometriosis was justified, including surgical treatment followed by hormone therapy. Currently, clear indications for surgical treatment of endometriosis have been determined, while the further management of patients has not been sufficiently specified

Keywords: ovarian endometriosis, chronic pelvic pain, hormonal therapy

Ф А Р М А К О П Е Я



ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА

**ТІС ПРОТЕЗДЕРІ - МҰНАЮҒА СЕБЕП ЕМЕС!
ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ - НЕ ПОВОД ДЛЯ ГРУСТИ!**

