

**ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК:618.2-036.11

На правах рукописи

**МАЛИКОЕВА
СОЧИДА АМИРАЛИЕВНА**

**МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ
АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

Диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

по специальности

14.01.01 – акушерство и гинекология

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,

профессор С.М. Мухамадиева

Душанбе – 2020 г.

Диссертационная работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Мухамадиева Саодатхон Мансуровна**
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии № 1
ГОУ «ИПОСЗРТ»

Официальные оппоненты: **Рафиева Зарина Хамдамовна**
Доктор медицинских наук,
Заведующая кафедрой акушерства
и гинекологии медицинского
факультета Таджикского
национального университета

Кубиддинов Азмиддин Файзуллоевич
Кандидат медицинских наук,
Заместитель генерального директора
ГУ «Республиканский научный центр
крови»

Оппонирующая организация: «Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева» МЗ КР

Защита диссертации состоится: « ____ » 2020г. в « » часов на заседании диссертационного совета БД. КОА-011 на базе Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана» Министерства здравоохранения и социальной защиты РТ. Адрес: 734002. Республика Таджикистанг. Душанбе ул. Мирзо Турсунзаде, 31.

С диссертацией можно ознакомиться в ГУ «ТНИИИАГиП Таджикистана» МЗ и СЗРТ библиотеке. Автореферат **на сайте www.niiagip.tj и www.vak.tj**
Автореферат разослан « _ » 2020г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук,

Муминова Ш.Т.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и востребованность проведения исследования по теме диссертации.

Акушерские кровотечения (АК) - самая важная причина материнской смертности (МС) во всех странах мира, приводят к тяжелой материнской заболеваемости, инвалидизации, вызванной массивной потерей крови, геморрагическим шоком и полиорганной недостаточностью [WHO, 2014]. Частота кровотечений в послеродовом периоде составляет 1,7-2% от общего числа родов, в то время как удельный вес МС от них достигает 60% [Сурина М.Н., Марочко Т.Ю., 2016; NazT.etall., 2014; LeGouezA., MercierF.J., 2016]. Стремительность нарастания объема кровопотери в сочетании с неотложной необходимостью качественного выполнения алгоритма действий, направленных как на остановку кровотечения, замещение кровопотери, так и на оказание анестезиологического пособия, определяют в большинстве случаев исход случая [Кулаков А.В, Шифман Е.М. 2016; ButwickA.J.etall.,2015; CunninghamF.G.etall., 2015;PachecoL.D.etall,2015;SaadeG.R., CostantineM.M. etall., 2016].

В настоящее время большое внимание уделяется показателю, характеризующему критические акушерские состояния, при которых в результате тяжелых осложнений при беременности, в родах и после них женщина, оказавшаяся при смерти, едва не погибает, но все же выживает. Это состояние получило определение — «материнская заболеваемость, едва не лишившая женщину жизни» (near miss maternal morbidity) [Айлаамазян Э.К.,2012; SujataP., JanmeiayaS.etall., 2016; WitteveenT.etall., 2016;].

В связи с этим, предпринимаются попытки оценки качества медицинской помощи не только в случае неблагоприятного исхода, но и на ранней стадии лечебного процесса. Согласно международному стандарту, качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, подтверждающих соответствие медицинской помощи потребностям человека и отвечающих современному уровню медицинской науки и практики [WHO, 2014.].

В Таджикистане проводились единичные работы по указанной проблеме [Расулова Г.Т,2017;Давлятова Г.К. и соавт, 2018; Камилова М.Я. и соавт.,2019], однако, целенаправленных исследований по изучению медико-организационных проблем по оказанию помощи среди женщин, переживших акушерские кровотечения, не проводилось.

Степень изученности научной работы. Диссертационная работа базируется на обширном материале отечественных и зарубежных научных исследований и практик о значимости АК, определяющих высокие показатели материнскойзаболеваемости и смертности как во всем мире, так и в Таджикистане. Решение этой проблемы во многом зависит от оказания медицинской помощи, ее доступности, удовлетворенности, адекватности запросам пациента, Результаты исследований, проводимые по этой проблеме, нашли отражение в значительном количестве публикаций в местных и зарубежных изданиях. Однако, целенаправленных исследований по изучению медико-организационных проблем по оказанию помощи среди женщин, переживших акушерские кровотечения, не проводилось. Анализ литературных данных указывает на необходимость проведения дальнейших исследований в данном направлении.

Теоретические и методологические основы исследования. Теоретической основой настоящего исследования явилось изучение материалов международных и таджикских исследований по частоте и структуре АК,,факторов развития этого осложнения, медико-социальных особенностей репродуктивного поведения женщин, переживших АК и

проблемах при оказании медицинских услуг и поиска путей для обеспечения безопасного материнства. Методологическим подходом является проведение клинического аудита в родовспомогательных учреждениях, который позволит выявить упущенные возможности при оказании медицинских услуг женщинам с АК, а также решить организационные вопросы по снижению частоты критических акушерских состояний, тем самым снизить материнскую заболеваемость и смертность..

Общая характеристика работы

Цель: изучить медико - социальные аспекты здоровья женщин, переживших акушерские кровотечения и разработать предложения по профилактике этого осложнения на всех этапах оказания медицинской помощи..

Объект исследования. Объектом исследования явились родовспомогательное учреждение третьего уровня –ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»МЗСЗРТ

Предмет исследования. Предметом исследования явились ежегодные данные официальных статистических сборников за период 2014 - 2018 годы., женщины репродуктивного возраста, пережившие акушерские кровотечения.

Задачи исследования:

1. Изучить динамику и структуру акушерских кровотечений на уровне региона за последние пять лет.

2. Установить особенности репродуктивного и соматического здоровья пациенток, переживших акушерские кровотечения.

3. Изучить совокупность причин и факторов риска развития акушерских кровотечений на амбулаторном уровне и оценить качество оказания акушерской помощи данной категории пациенток.

4. Выявить основные проблемы при оказании помощи женщинам, пережившим акушерские кровотечения и выявить упущенные возможности при оказании акушерской помощи при данном осложнении

5. Использовать методику аудита «nearmiss» как дополнительный резерв снижения акушерских кровотечений, материнской смертности и заболеваемости.

Методы исследования. При проведении настоящего исследования изучались общеклинические (общий анализ крови и мочи) и биохимические анализы (АЛАТ, АСАД, билирубин прямой и непрямой, фибрин, фибриноген), свертываемость по Ли Уайту. ультразвуковое исследование органов малого таза, почек и щитовидной железы, ЭКГ. При проспективном исследовании пациенток, перенесших ПК, проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование.

Статистическая обработка материала проводилась по программе IBM SPSS Statistic сборка 1.0.0.1298 по стандартным методикам вычисления показателей описательной статистики, корреляционного, регрессионного и дисперсионного анализов. Методом статистики для числовых данных при более 2-х независимых группах использовали однофакторный критерий ANOVA, а для категориальных данных при 2 категориях, более 2-х групп и более 2-х категорий использовали критерий хи-квадрат Пирсона, определяли отношение правдоподобия и линейно-линейную связь. Значимость различий определялась при $p \leq 0,05$.

Область исследования. Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.01.-Акушерство и

гинекология.3.2. Анализ медико-социальных причин акушерских кровотечений среди женщин, переживших акушерские кровотечения. 3. Факторы риска развития акушерских кровотечений. 3.4. Разработка и усовершенствование методов оздоровления женщин, перенесших АК и их использование в клиническую практику.

Этапы исследования. Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе проведен анализ ежегодных статистических сборников Национального Центра медицинской статистики МЗСЗРТ и годовые отчеты клиники ГУ НИИ АГиП за 2014 -2018 гг. На втором - ретроспективный анализ 255 случаев акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин, для оценки медико-социальных аспектов их репродуктивного здоровья и выявления факторов риска развития АК, анализ клинико-лабораторных данных. Основная группа (I), -161 пациентка с ПК. Группа сравнения (II) – 61 женщина с ПОНРП. Группа сравнения (III) - 33 беременные с ПП. Контрольную группу составили 100 родильниц без акушерских кровотечений. Критерии исключения: кровотечения, связанные с гемолитическими и онкологическими заболеваниями.

На третьем этапе проведено интервьюирование и комплексное клинико-лабораторное обследование 40 пациенток, перенёсших АК. Проведен аудит клинических случаев послеродовых акушерских кровотечений.

Основная информация и исследовательская база. Информационной базой для выполнения настоящего исследования явились современные литературные источники отечественных и международных документов, материалы научно-практических конференций, публикации в научно-популярных журналах, рекомендациях ВОЗ, исследований, проведенных в Таджикистане. Данное исследование проводилось на кафедре акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», базой которой является ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана».

Достоверность результатов работы. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации полностью отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведенных исследований. Объем и статистическая обработка полученных данных являются репрезентативными.

Научная новизна исследования. Впервые в регионе проанализирована динамика и структура АК за последние пять лет. Показано, что в структуре причин АК гипотонические кровотечения занимают лидирующую позицию. Установлено, что высокая частота развития АК и связанная с ними материнская заболеваемость и смертность обусловлена комплексом потенциальных факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрагенитальной патологии. Выявлены упущенные возможности при оказании медицинской помощи женщинам, пережившим АК: ненадлежащий уровень антенатального ухода, недостаточная профессиональная подготовка специалистов по оказанию НАП, отсутствие «маршрутизации» для беременных, рожениц, родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ненадлежащий послеродовой уход в стационаре. Научно обосновано использование методики аудита «nearmiss» как дополнительного резерва по профилактике АК, снижения материнской заболеваемости и смертности.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Послеродовые кровотечения являются лидирующими в структуре АК, которые имеют неустойчивую тенденцию к снижению.
2. Высокая частота развития АК и связанная с ними материнская заболеваемость обусловлена комплексом факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрата генитальной патологии.
3. Упущенными возможностями при развитии АК являются: ненадлежащее дородовое наблюдение, несоблюдение региональных клинических протоколов, недостатки послеродового ухода.
4. Конфиденциальное расследование случаев АК среди «едва выживших» женщин является дополнительным инструментом оценки качества акушерской помощи в родовспомогательных учреждениях и резервом профилактики этого осложнения, снижения материнской заболеваемости и смертности.

Теоретическая значимость исследования. Представленные в диссертации теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации могут быть включены в программу практических и лекционных занятий кафедры акушерства и гинекологии по выявлению факторов риска развития АК, методам временной остановки кровотечений, навыкам консультирования и послеродового наблюдения.

Практическая значимость исследования. Внедрение разработанных предложений в практику позволит акушер-гинекологам и организаторам здравоохранения своевременно выявить факторы риска развития АК на всех уровнях родовспомогательных учреждений, провести профилактику этого осложнения.

Апробация работы и информация о результатах их применения. Основные положения диссертации доложены на VI съезде акушер-гинекологов Таджикистана (2016г.), ежегодичной-научно-практической конференции ГОУ «ИПО СЗРТ» с международным участием (2019г), обсуждены на кафедральном заседании кафедры акушерства и гинекологии №1«ИПО СЗРТ» (2020г), межкафедральном экспертном совете по хирургическим дисциплинам ИПОСЗРТ (2020г.), проблемно-экспертной комиссии ГУ «НИИ АГиП» (2020). Основные положения, выводы и рекомендации используются в практической работе акушеров-гинекологов НИИ АГиП. Материалы работы внедрены в учебный и научный процесс кафедры акушерства и гинекологии ИПОСЗРТ.

Личный вклад автора. Личный вклад автора составляет 90%. Соискатель самостоятельно проводила поиск и анализ мировой и отечественной литературы, сбор и анализ собственного материала, разработал анкеты, участвовал в сборе материала, проведении клинического аудита, статистической обработке полученных результатов, публикации статей, написании диссертации и автореферата.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 6 статей в рецензируемых журналах ВАК РТ, разработано 1 учебно-методическое пособие.

Структура и объем и диссертации. Диссертационная работа освещена на 106 страницах компьютерного текста, написана на русском языке, состоит из введения, обзора литературы, 3-х глав собственных исследований, обсуждения, заключения, библиографии. Работа иллюстрирована 19 рисунками, 14 таблицами. Библиография состоит из 158 источников, включает 57 отечественных и 101 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Установлено, что в структуре материнской смертности АК являются лидирующими (Рисунок 1).

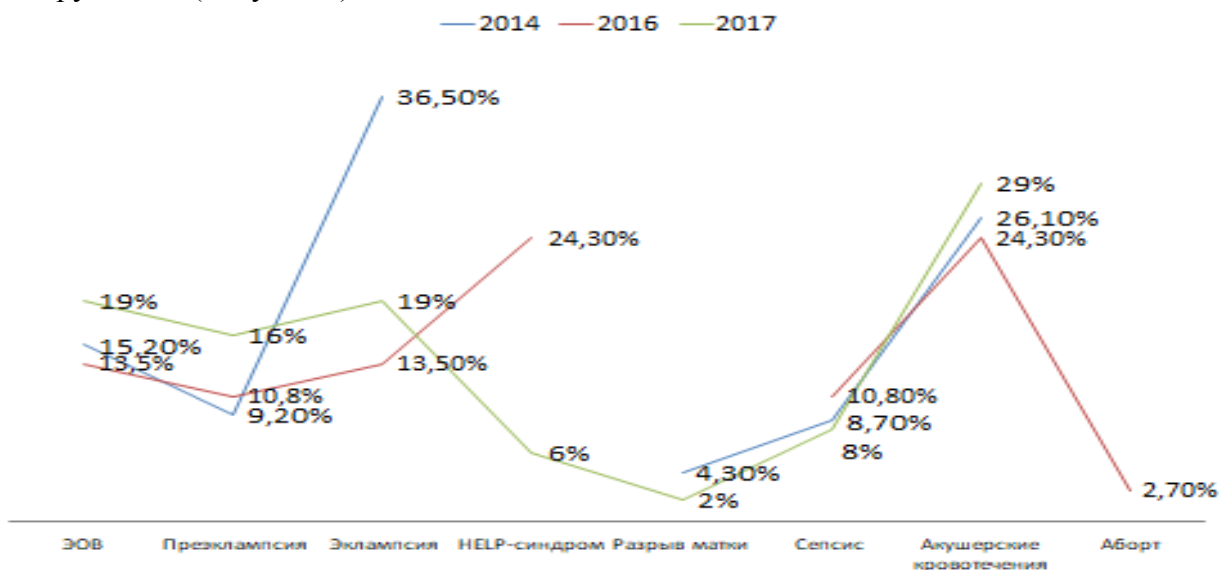


Рисунок.1. Динамика и частота акушерских кровотечений в структуре материнской смертности (%).

Так, в 2014 году первое место в структуре МС занимала эклампсия, АК составляли 26,1%, в 2014 - АК и HELLP-синдром составляли 24,3%. В 2017 году МС от эклампсии снизилась почти в 2 раза, от HELLP-синдрома – в 4 раза за последние 2 года, тогда как процент АК возрос до 29%.

Изучение частоты АК по отношению к общему количеству родов свидетельствовало об отсутствии тенденции к снижению данного показателя. Так, в целом по стране частота АК в 2014 году составляла 11,9%, в 2016 - этот показатель снизился в 1,5 раза и составил 7,9%, тогда как в 2018 - вновь увеличился почти в 6 раз и составили 12,5%.

Нами установлено, что за анализируемый период в структуре АК первое место занимают ПК (рисунок 2.).

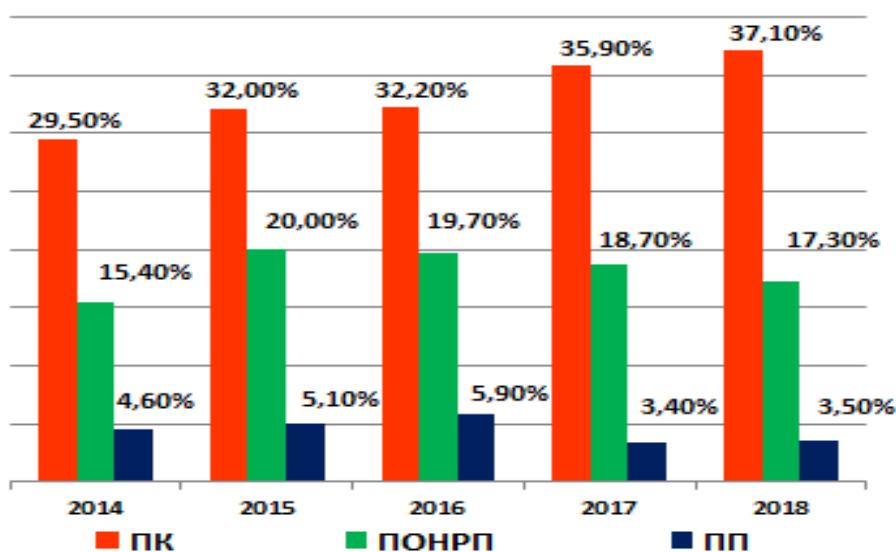


Рисунок.2. Структура акушерских кровотечений в РТ (2014-2018гг)

Так, по республике этот показатель с в 2014 году составлял 29,5%, в 2016 – 32,3%, а в 2018-37,1%.

Анализ ежегодных отчетов клиники НИИ АГиП показал, что частота АК за анализируемый период являлась стабильной и колебалась от 2,3% до 2,7%. В структуре АК лидирующими являлась ПОНРП. Так, в 2014 году этот показатель составлял 73,8%, в 2016 - снизился в 1,3 раза, составляя 56,2% , а к 2018 году- вновь повысился и составил 66% (рисунок 3).

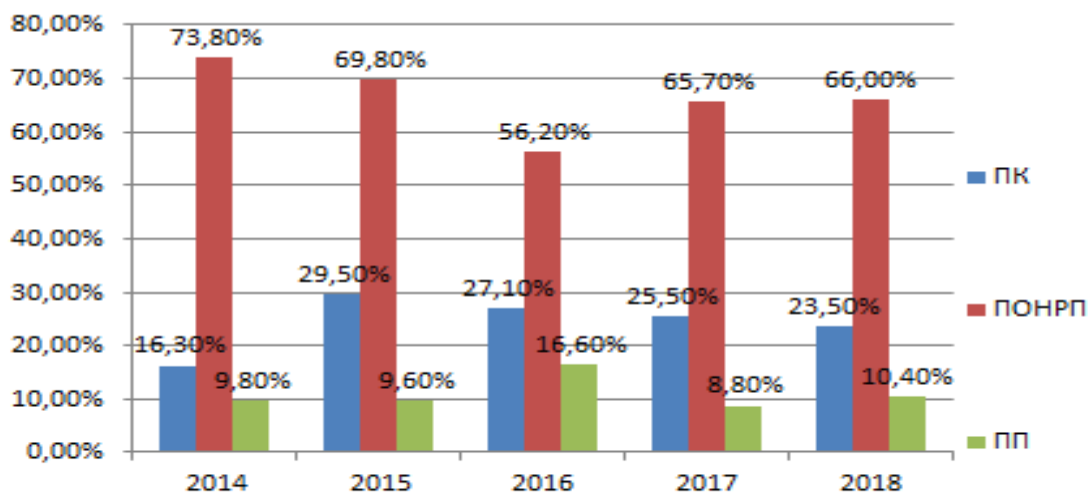


Рисунок.3 Динамика акушерских кровотоений в ГУ «НИИАГиПТаджикистана»

С ПП в 2014 году поступили 9,8%, в 2016 - этот показатель увеличился в 1,6 раза, составляя 16,5% и в 2018 году с указанной патологией поступили 10,4% (показатель уменьшился в 1, 5 раза последние 2 года).

Следует отметить, что за анализируемый период частота ПК колебалась. Так, в 2014 году этот показатель составлял 16,3%, в 2016 -увеличился в 1,6 раза, составляя 27,1% и в 2018 году вновь снизился в 1, 4 раза, составляя 23,5%.

Удельный вес кровотоений объемом до 1000,0 мл составлял с 2014 по 2016 годы 89,5%, в 2018 -84,7% От 1000 до 1500мл удельный вес АК в 2014 году составлял 7,7%, в 2015 – 29,75%, в 2016 -18,2% и в 2018 -10,5% (таблица 1).

Таблица 1 Объем акушерских кровотоений в НИИ АГиП

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
500-999	208	89,6±2,0*	204	66±2,7*	194	77,6±2,6*	134	64,1±3,3**	227	84,7±2,2
1000-1500	17	7,3±1,7	92	29,7±2,6**	45	18±2,4	65	31,1±3,2**	28	10,5±1,9**
1500-2500	5	2,1±0,9	9	2,9±0,9	5	2,0±0,8	10	4,8±1,5	13	4,9±1,3
>2500	2	0,9±0,6	4	1,3±0,6	6	2,4±0,9	-	-	-	-

* p<0,05

***p<0,001

** p1-p4=p<0,01

*p1-p2=p<0,05

*p1-p3=p<0,05

*p4-p5=p<0,01

Данные цифры демонстрируют качество помощи женщинам уже при развитии кровотечения: 1/3 кровотечений объемом от 1000,0 до 1500,0 мл в 2001 году с последующим снижением этого показателя в 3 раза в 2015 году характеризуют улучшение качества неотложной акушерской помощи и ведения женщин с кровотечениями. Однако, повторный рост данного показателя в 2016 году свидетельствует о неустойчивости данного процесса.

Средний возраст обследованных составлял в среднем 29,4±0,4 года.

Каждая третья женщина (39,0%), пережившая АК, была раннего репродуктивного возраста (20-24 года), более половины (56,4%) - активного (25-34 года) и каждая десятая (0,1%) находилась в позднем репродуктивном (35-44 года) возрасте (рисунок 4)

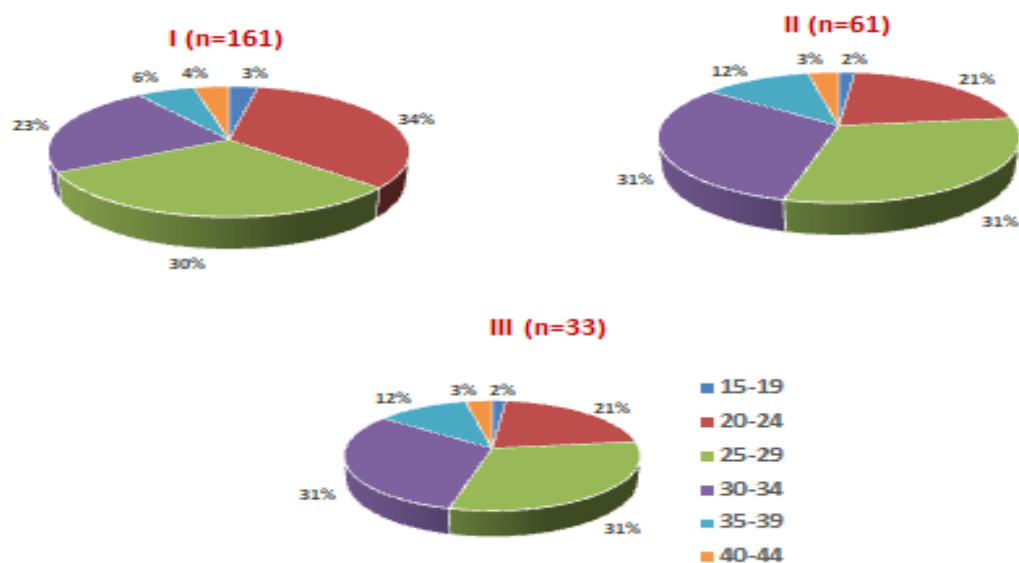
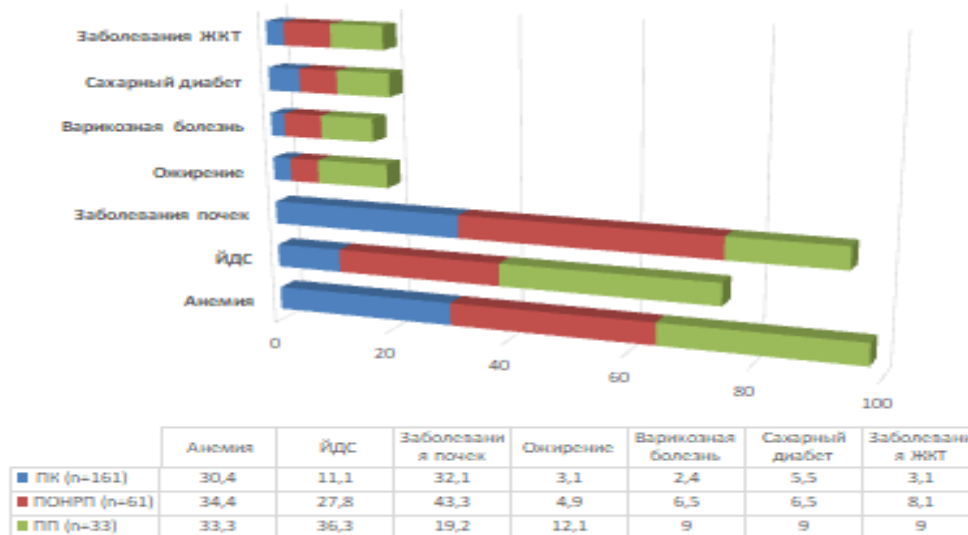


Рисунок 4. Возрастная характеристика обследованных женщин

Выявлена корреляционная зависимость между возрастом типом кровотечения. Женщин раннего репродуктивного возраста было больше в группе с ПК, тогда как пациенток находившихся в активном репродуктивном возрасте, было больше в группе с ПОНРП (62,2%) и ПП (60,6%) по сравнению с ПК (53,0%). Женщин позднего репродуктивного возраста было в 1,4 раза больше в группе с ПОНРП (14,8%) по сравнению с пациентками с ПК (9,9%). С предлежанием плаценты были госпитализированы в основном юные пациентки (15-19 лет).

Большая часть обследованных женщин была представлена сельскими жительницами (84,7±3,4%), домохозяйкой (84%), более 60% имели среднее незаконченное образование (69,8±5,7%), более 70% - низкий социальный статус (75,6 ±5,7%), более 80% (86,6 ±5,7%) проживали в неудовлетворительных условиях.

Установлено, что практически соматически здоровых пациенток во время исследования не было. В структуре экстрагенитальной патологии лидировали заболевания почек и анемия различной степени тяжести (рисунок 5).



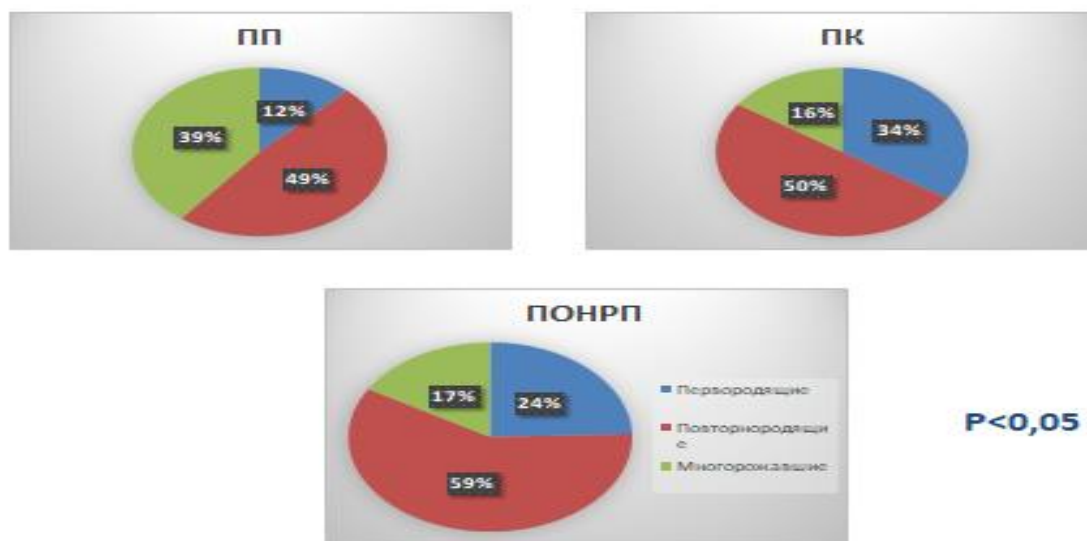
p<0,01

Рисунок 5. Структура экстрагенитальных заболеваний среди обследованных женщин (n=225)

Анемия различной степени установлена у 81,9±5,2% пациенток и одинаково часто встречалась во всех группах (p>0,05). Заболевания почек у пациенток I-ой группы установлены в 1,2 раза больше по сравнению с II-ой (55,9±5,8 и 40,3±5,2% соответственно) и в 1,3 раза больше по сравнению с III-ей (36,3±5,2%) (p<0,01). Реже имели место заболевания щитовидной железы - (41,9±5,2) и варикозная болезнь - (4,3±2,2%). Патология сердечно-сосудистой системы выявлена в 26,5±5,1% случаев, заболевания желудочно-кишечного тракта и ожирение – у 5,1% и 4,3% случаев соответственно)

Среди обследованных женщин в анамнезе у 4,3% женщин диагностирована миома матки и 5,8% – кисты яичников, 3,5% имели нарушение менструального цикла, 14,1% страдали хроническим метроэндометритом, 12,5% - патологическими процессами шейки матки, бесплодие имело место у 2,7% пациенток.

В структуре паритета каждая вторая была повторнородящей (51,6%), каждая третья – первородящей (29,1%). (рисунок 6.)



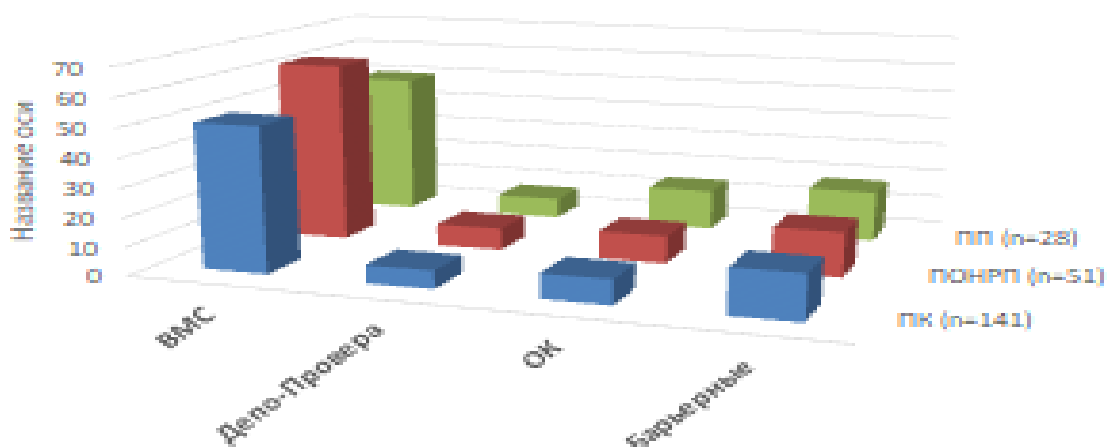
p<0,05

Рисунок 6. Паритет родов женщин, перенесших акушерские кровотечения. (n=255)

Выявлена корреляционная зависимость между паритетом родов и причиной кровотечения.

В группе пациенток с ПК количество первородящих (34,1±5,7%) было в 1,3 раза чаще по сравнению с женщинами с ПОНРП (24,6±5,7%) и в 2,8 раза больше по сравнению с беременными с ПП (12,1 ±5,7%) (p<0,01). Тогда как среди последней группы многорожавших было в 2,1 раза больше по сравнению с пациентками с ПОНРП (39,3±2,8 и 18,0±5,5 соответственно) и в 2,5 раза больше по сравнению с пациентками с ПК (15,5±2,8%)(p<0,01). Среди обследованных женщин интергенетический интервал у 70,7% был менее 2-х лет.

Анализ контрацептивного анамнеза показал, что из общего количества обследованных не использовали методы контрацепции 13,7±4,3%, остальные использовали ВМС (53,1±3,1%) (рисунок 7.)



	ВМС	Депо-Провера	ОК	Барьерные
■ ПК (n=141)	50,3	6,3	8,5	15,6
■ ПОНРП (n=51)	62,7	7,8	9,8	15,6
■ ПП (n=28)	50	7,1	14,2	17,8

Рисунок 7. Контрацептивный анамнез обследованных женщин (n=103)

Среди них 6,8 % ежемесячно получала инъекции Депо-провера почти, каждая десятая (9,5±3,0%) принимали ОК; барьерные методы контрацепции использовали 15,9 % , (супружеская пара, МЛА– 14,5 % родильница.

Осложненное течение беременности имело место у более половины пациенток (55,6%), при этом в группе с ПК гипертензивные нарушения имели в 2 раза меньше (40,1%) по сравнению с женщинами с ПОНРП(80,3%) и ПП(84,8%)(p<0,01)

Таблица 2. - Осложнение беременности у женщин, перенесших акушерские кровотечения. (n=142)

Осложнения	I (n=65)		II (n=49)		III (n=28)		Всего (n=142)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс..	%	Абс.	%
Рвота беременных	44	67,9±3,5	24	48,9±6,2	10	35,7±8,0	78	54,9±3,9
Анемия	54	83,0±2,2	14	28,5±1,6	13	40,7±9,0	81	57,0 8,1
Угр. прерывания	1	1,5±1,4	2	4,0±3,4	2	7,1±9,5	5	3,5±3,4
ОРВИ	33	50,7±3,1	19	38,7±5,9	10	35,7±8,0	62	43,6±5,8
Пиелонефрит	19	29,2±1,5	10	20,4±2,7	8	28,5±9,1	18	26,0±2,7

**-(p<0,01)

Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез установлен у 18,4%.

Состояли на учете по поводу настоящей беременности 46,06±8,4%, обследованных, остальные 53,3±8,5% не наблюдались у акушера-гинеколога по неизвестным причинам

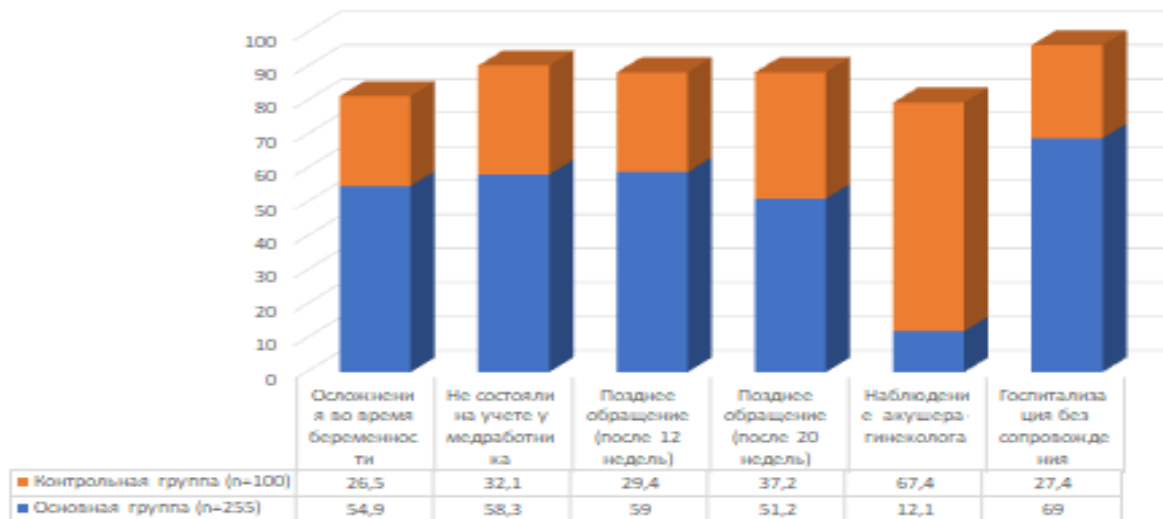
Выявлена зависимость между качеством антенатального ухода и типом акушерских кровотечений. (p<0,05; критерии хи-квадрат -0,05).

Установлено, что среди всех женщин, переживших АК, не состояли на учете 58,3±3,8% пациенток с ПК, что 2 раза больше по сравнению с группой беременных с ПП (27,2±8,5%)(p<0,01).

Анализом установлено, что среди пациенток, перенесших АК, более половины поздно взяты на учет (с ПК - 58,1±3,2%, ПП – 55,0±3,1%, %, ПОНРП – 57,3±3,1. В группе женщин с ПК, 61,2±3,4%, были охвачены антенатальной помощью после 12 недель беременности и 38,8±3,3% - после 22 недель, что в 2 раза выше по сравнению с пациентками из группы ПП(p<0,05)..Из общего количества женщин, перенесших акушерские кровотечения, за период антенатального ухода более 72,4±3,1%, посетили медработника всего 3 раза а среди пациенток с ПП – 78,9±3,2%.

К сожалению, антенатальное наблюдение данной категории женщин за весь период беременности проводился акушером-гинекологом только в 12,1±3,1% случаев, остальные 57,7±3,1% - семейным врачом и 30,2±3,1% акушеркой.В группе родильниц с ПК без направления в стационар поступили 75,2±3,4%, что в 1,3 раза больше по сравнению с пациентками с ПОНРП и ПП (57,4±6,3 и 57,6±8,6% соответственно) (p<0,05)..

При сравнительном анализе с контрольной группой установлены следующие различия (рисунок 8.)



$p < 0,05$

Рисунок 8. Факторы риска развития акушерских кровотечений на амбулаторном уровне

В основной группе осложнения беременности имели и не состояли на учете у медицинского работника – в 2 раза больше, обратились после 12 недель беременности – в 1,7 раза чаще, после 20 недель – в 1,3 раза меньше, наблюдались у акушера-гинеколога – в 5,5 раза меньше, госпитализированы в стационар без направления - в 2,5 раза больше ($p < 0,05$). Выявлены нарушения при «маршрутизации» на третий уровень родовспомогательного учреждения

В группе родильниц с ПК без направления в стационар поступили $75,2 \pm 3,4\%$, что в 1,3 раза больше по сравнению с пациентками с ПОНРП и ПП ($57,4 \pm 6,3$ и $57,6 \pm 8,6\%$ соответственно) ($p < 0,05$), более 1/3 женщин, переживших АК ($37,9 \pm 0,3$, $35,1 \pm 0,6$ и $34,3 \pm 0,7\%$ соответственно) госпитализированы при доношенном сроке беременности. Из общего количества обследованных, в удовлетворительном состоянии поступили более 60% ($63,1 \pm 8,1$, каждая пятая ($22,3 \pm 8,2\%$)) - в состоянии средней тяжести и в $14,5 \pm 5,8, 0\%$ случаев состояние оценено как тяжелое ($p < 0,01$). В состоянии средней тяжести поступила каждая третья женщина с ПП ($33,3 \pm 8,2\%$), каждая пятая – с ПОНРП ($22,9 \pm 5,8, 0\%$) и каждая четвертая – с послеродовым кровотечением. ($19,9 \pm 3,1\%$). При поступлении состояние оценено как тяжелое у каждой третьей женщины с ПОНРП ($29,5 \pm 5,8, 0\%$) и каждой десятой – с ПК ($11,8 \pm 3,1\%$). Состояние оценено как тяжелое у каждой третьей женщины ($29,5 \pm 5,8, 0\%$) с ПОНРП и каждой десятой ($11,8 \pm 3,1\%$) – с ПК тяжелое ($p < 0,01$).

Во время беременности, родов тяжелая преэклампсия диагностирована у среди пациенток с ПОНРП в $66,6 \pm 15,7\%$ случаев, что в 6,6 раза больше по сравнению с группой женщин с ПП и родильницами с ПК ($10,0 \pm 9,5$ и $10,0 \pm 3,6\%$ соответственно) ($p < 0,05$).

Операция произведена в течение $26,2 \pm 1,7$ минут с момента поступления пациенток с ПОНРП и $31,3 \pm 3,4$ минут с ПП

По поводу рубца на матке КС произведено в $6,5 \pm 3,2\%$ случаев пациенткам с ПОНРП и в $15 \pm 6,2\%$ беременным с ПП. Начавшееся кровотечение явилось показанием к лапаротомии в $41,5 \pm 7,7\%$ случаях пациенткам с ПОНРП, $70 \pm 14,5\%$ - с ПП и $8,6 \pm 3,4\%$

родильницам с ПК.Разрыв матки произошел у 1 (0,6±0,6%) у пациентки с ПК.Ампутация матки произведена 1 родильнице с ПК.

Согласно истории родов, НАП, согласно клиническим протоколам, оказана более 90% пациенток, поступивших в стационар с АК (98,5,98,7 и 96,5% соответственно).

Гемотраснфузия произведена в 51,2±1,9% случаев, плазмотрансфузия- 48,0±1,4%/

Перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения, свидетельствовали, что большая часть новорожденных родились доношенными (73,6±2,2%), при этом в группе родильниц с ПК их было в 1,5 раза больше по сравнению с женщинами с ПОНРП и почти в 2 раза – по сравнению с пациентками с ПП ($p<0,01$).По сравнению с основной группой ,недоношенных новорожденных было в 3,6 раза больше в группе женщин с ПП и в 2,8 раза – у пациенток с ПП ($p<0,01$).

Из общего количества новорожденных, более 70,0% родились в удовлетворительном состоянии (8-9 баллов), причем большинство в группе женщин с ПК.Новорожденных оценкой по шкале Апгар 7 баллов и ниже было больше в группе женщин с ПОНРП и ПП ($p<0,01$).С антенатальной гибелью плода поступили 5 женщин (4,0±4,5%).

Среднее пребывание койко дней составляло 6,6±0,2 к/д – в I-ой, 8,6±0,4к/д во II-ой группе и 11±1,2 к/д вIII- ей и Выписаны в удовлетворительном состоянии с ребенком 96,7±2,3 % родильницы, без ребенка –3,1±1,4%). Переведена в терапевтическое отделение ГКБ№1г. Душанбе 1 (1,6±1,6%), умерла 1 (1,6±1,6%) пациентка из группы женщин с ПОНРП.

Полученные результаты позволили нам оценить методологию конфиденциального расследования критических случаев АКс целью профилактики возникновения смертельно опасных состояний и улучшения качества оказания НАП при данном осложнении.

При интервьюировании 40 родильниц, переживших АК получена дополнительная информация и выявлены организационные проблемы. Кроме зарегистрированных в обменной карте данных о наличии соматических заболеваний, 14,2% указали на варикозную болезнь, 11,3% -заболевания щитовидной железы и 17,8% - заболевания печени.Каждая третья пациентка страдала хроническим пиелонефритом (35%).

Согласно проведенного опроса, 60% родильниц имели РАА (аборты, выкидыши с выскабливанием полости матки, перинатальные потери, осложнения после предыдущих родов), 7,5%- ОГА (метроэндометриты, патологические процессы шейки матки).

Установлено, что не состояли на учете у акушера – гинеколога и не посещали врача - 77,5% интервьюированных женщин, из которых полное лабораторное обследование проведено только в 47,2% случаев.Родильницы указали большую физическую нагрузку (77,6%) и нерациональное питание во время беременности (72,5%).

Со слов родильниц, малое количество визитов на первичном звене связано с ранним сроком госпитализации некоторых из беременных по различным причинам (начавшиеся преждевременные роды, частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипертензивные осложнения и др.). Не получили консультацию об опасных симптомах97,6% женщин,не консультировали о предстоящих родах-85,7%. Испытали испуг при появлении кровотечения- 73,8% женщин.

Машиной скорой помощи доставлены 7,5% женщин, остальные 95,2% - родственниками, без сопровождения медицинского работника.

Анализ медицинской документации установил, что ими основными причинами госпитализации явились: крупный плод (25%), разрыв матки (17,5%), рубец на матке (15%),

двойня (5%), тяжелая преэклампсия (29,5%), дородовый разрыв плодных оболочек (4,0%), обструктивные роды (4,0%).

Различия в уровне гемоглобина определены по показателям до кровотечения (при госпитализации), а также после развившегося кровотечения. Необходимо отметить, что до возникновения кровотечения анемия тяжелой степени изначально имела место у 22,5% обследованных. Средний уровень гемоглобина до начала кровотечения среди всех пациенток составил $96,7 \pm 3,4$ г/л.

Кровопотеря в объеме 500-600 мл составляла 42,5%, 700-900 мл – 20,0%, 900-1000 мл. -22,5%, массивная кровопотеря 1000-2000,0 мл. – 15,0%.

Средний показатель геморрагического шокового индекса менее одного установлен - 27,6%. случаях. Компенсированный обратимый шок 1 степени (шоковый индекс 1,0-1,5) диагностирован в 50,0% случаев, декомпенсированный обратимый шок 2 степени (шоковый индекс до 1,5-2,0) в 40,0%. Геморрагический шок 3 степени (2,5) в 10,0% случаев. Установлено, что время свертывания по Ли Уайту менее 7 мин - 25,0%, более 7 мин 15,0%. Со стороны лабораторных данных существенных изменений не выявлено. Общий белок в крови - 58,7г/л. Общий билирубин - 14,2 г/л., АлАт – 32,0 г/л., АсАт – 36,7 г/л, мочевина – 7,9 г/л., креатинин – 95,5% г/л.

Среди интервьюированных каждая вторая пациентка была родоразрешения через естественные родовые пути (60%), из которых вакуум-экстракция произведена в 10%. Активное ведение третьего периода родов (введение 10 ед. окситоцина, контролируемая экстракция за пуповину, массаж матки сразу после родов (22,5%), не производили по стандарту в 42,4% случаев (возможно причиной кровотечения явился дефект последа).

Методы временной остановки кровотечения (двуручный массаж матки, прижатие брюшной аорты) использованы в 10% случаев (рисунок 9).

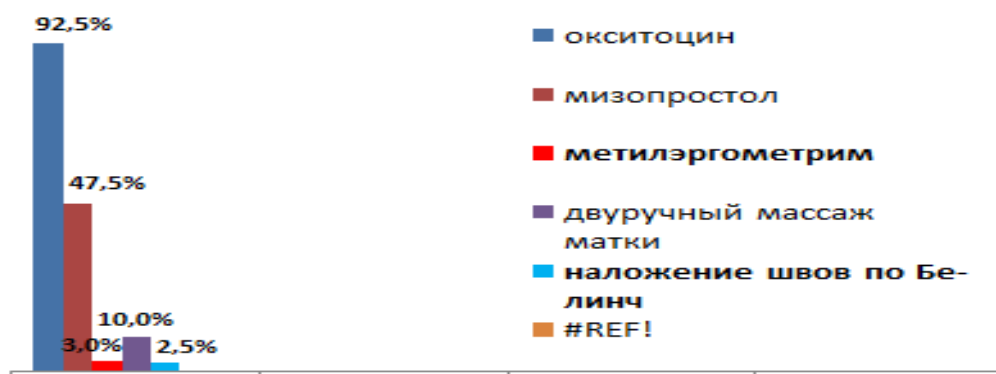


Рисунок 9. Используемые методы остановки кровотечения (n=40)

С целью остановки кровотечения окситоцин использовали в 92,5%, мизопростол - 47,5%, метилэргометрин -3%. Проведенный анализ показал, что в 7,2% по поводу дефекта последа проводилось ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа. Путем операции КС родоразрешены 40% женщин. Ампутация матки произведены в 10,5% случаев, экстерпация составляла -12,5%, Попытка наложения швов по Бе-Линч (хирургический гемостаз) -2,5% (не соблюдены этапы наложения шва). НАП оказана своевременно и в полном объеме –в 87,5% случаев.

Анализ партограмм не позволил получить должную информацию о ведении родов (в 22% случаев она проведена не в реальном времени).

При интервьюировании указали на доброжелательное отношение медработников перед родами - 82,3%, перед операцией кесарева сечения-94,6% женщин.

У женщин, перенёсших ПК, количество дней пребывания в стационаре составило, с колебаниями от 5 до 7 дней, тогда как при физиологических родах выписка осуществляется, как правило, на 3 сутки.

Положительными моментами оказания помощи в критических ситуациях является наличие необходимых препаратов и оборудования в учреждении, внедрение руководств и стандартов ведения АК и гипертензивных осложнений, а также командная работа (100%).

Наряду с положительными моментами, выявлены упущенные возможности: недостаточный уровень профессиональной подготовки специалистов, отсутствие маршрутизации для беременных, рожениц, родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ненадлежащий уход и недостаточный уровень стационарного наблюдения,

Таким образом, высокая частота АК, приводящих пациенток к утрате репродуктивной функции, побуждает продолжать поиски причин для разработки более эффективных способов их лечения. Проведением клинического аудита в родовспомогательных учреждениях среди женщин, переживших АК, позволит своевременно выявить факторы развития этого осложнения, улучшить качество оказания медицинских услуг, что несомненно снизит частоту критических акушерских состояний, уменьшить материнскую заболеваемость и смертность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Послеродовые кровотечения являются лидирующими в структуре акушерских кровотечений и имеют неустойчивую тенденцию к снижению [2,12].
2. Высокая частота развития акушерских кровотечений и связанная с ними материнская заболеваемость обусловлена комплексом потенциальных факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрагенитальной патологии [2,4,8,9,10].
3. Основными проблемами оказания медицинской помощи женщинам, пережившим акушерские кровотечения являются: ненадлежащий уровень антенатального ухода, недостаточный уровень профессиональной подготовки специалистов, отсутствие «маршрутизации» для беременных, рожениц, родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ненадлежащий послеродовый уход в стационаре [5,6,7,11].
4. Проведение конфиденциального расследования среди женщин, перенесших акушерские кровотечения, является дополнительным резервом снижения материнской заболеваемости и смертности [7,13].

Рекомендации по практическому использованию результатов.

На антенатальном уровне:

- 1, Для женщин, переживших АК, разработать индивидуальный план наблюдения (консультирование смежных специалистов и подбор контрацептивных средств)

2. Оказывать правовую, психологическую и медико-социальную помощь женщинам, переживших АК и членам их семьи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности
3. Проводить анализ критических случаев акушерских кровотечений среди «выживших» женщин»

На стационарном уровне:

1. Планирование родоразрешения беременных с высоким риском АК с участием мультидисциплинарной бригады.
2. Проводить непрерывное обучение медицинского персонала (акушеров, акушер-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов) по неотложным состояниям в акушерстве, включающее в себя приобретение навыков работы в команде
3. Во всех случаях АК предоставить женщине возможность обсудить события, связанные с этим осложнением, в удобное для нее время
4. Пересмотреть существующие внутренние протоколы для случаев ПК, с акцентом на послеродовой уход.

Список публикаций соискателя ученой степени кандидата медицинских наук

Маликовой Сочиды Амиралиевны

Статьи в рецензируемых журналах:

- [1-А] Маликова С.А. Современные медико-организационные аспекты акушерских кровотечений (обзор литературы) /Маликова С.А., Мухамадиева С.М., Узакова У.Д., Абдуллоева Р.А //Журнал «Доклады Академии Наук Республики Таджикистан».-№4(203)..-Душанбе.-2018.-С.73-81....
- [2-А] Маликова С.А. Структура и частота акушерских кровотечений в Таджикистане / Давлатзода Г.К., Камилова М.Ё., Маликова С.А., Аминзода Н.З. //Журнал «Вестник последиplomного образования»-№ 2.-Душанбе.-2019.С/10-14.
- [3-А] Маликова С.А. Медико-социальная характеристика «едва выживших» женщин при послеродовых акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Узакова У.Д., Абдуллоева Р.А., Маликова С.А. //Журнал «Вестник Академии медицинских наук».-№3 (31).-Душанбе.-2019.С.270-277.
- [4-А] Маликова С.А. Перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения //Вестник последиplomного образования -№1- Душанбе.2020.-С.54-57
- [5-А] Маликова С.А., Факторы риска развития акушерских кровотечений/Маликова С.А., Мухамадиева С.М., Мирзобекова Б.Т., Убайдуллоев Н.Д /Ж.Наука и инновации.2020.№1.С.18-22
- [6-А] Маликова С.А. Частота кесарева сечения при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Мардонова С.М., Маликова С.А. //Ж. Наука и инновации.- 2020.-№2.- С..35-40.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

- [7-А] Маликова С.А. Проблемы перенаправления при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Расулова Г.Т., Ходжаева С.А., Амонова Ш.А., Маликова С.А. //Материалы VI съезда акушеров и гинекологов РТ. 2016.-Душанбе.-С. 132-134
- [8-А] Маликова С.А. Особенности течения беременности у «едва выживших женщин» при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Маликова С.А., Манёзов М.Р., Назришоева

Ф.Л.//Материалы ежегодичной XXIII научно-практической конференции с международным участием ИПОСЗРТ.-Душанбе. .2017.-С.140-142

[9-А] Маликоева С.А. Анализ причин акушерских кровотечений среди « едва выживших женщин»//Материалы ежегодичной научно-практической конференции с международным участием-...-Душанбе.-2019.С...136-137...

[10-А] Маликоева С.А. Анализ медико-социальных причин «едва выживших» женщин при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты по принципу «от двери до двери»/ Маликоева С.А., Олимова Ф.А. Мухамадиева.С.М, //Матермалы ежегодичной научно-практической конференции с международным участием.0Душанбе.-2019.-С...138-139...

[11-А] Маликоева С.А. Факторы риска развития акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин при предлежании плаценты/Маликоева С.А., Олимова Ф.А., Муминова Ш.Т//Материалы ежегодичной научно-практической конференции с международным участием.2019.С..137-138

[12-А] Маликоева С. Динамика и структура акушерских кровотечений в Республике Таджикистан.. Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием.2020г –С.45-47.

[13-А] Маликоева С. /Анализ случаев критических состояний.. Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием.2020г –С.47-49.

[14-А] Принципы и методология анализа критических случаев при акушерских кровотечениях.Учебно-методическое пособие. Мухамадиева С.,М.,Узакова У.Д.,Камилова М.Я.,Давлатова Г.К.,Маликоева С.А..-Душанбе.-2019.98с

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

АК – акушерские кровотечения

АКС – анализ критических случаев

ВОЗ- Всемирная Организация Здравоохранения

ГОУ «НИИ АГиП» –Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана»

ГОУ «ИПОСЗРТ» –Государственное образовательное учреждение « Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

КРСМС- конфиденциальное расследование случаев материнской смертности

КС-кесарево сечение

МЛА- метод лактационной аменореи

МС- материнская смертность

НАП-неотложная акушерская помощь

ОК-оральные контрацептивы

ООН – Организация Объединенных Наций

ОАА-отягощенный акушерский анамнез

ОГА-отягощенный гинекологический анамнез

ПОНРП –преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ПП - предлежание плаценты

ПК – послеродовое кровотечение

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ЭГЗ – Экстрагенитальные заболевания

«near miss» - почти потерянные (едва выжившие)

**МТД «ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ
ТИББИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

УДК:618.2-036.11 *Бо ҳуқуқи дастнавис*

**МАЛИКОЕВА
СОЧИДА АМИРАЛИЕВНА**

**ҶАНБАҲОИ ТИББӢ-ИҶТИМОӢИ СОЛИМИИ ЗАНОНЕ, КИ ХУНРАВӢИ
АКУШЕРИРО АЗ САР ГУЗАРОНИДААНД**

**АВТОРЕФЕРАТИ
ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ НОМЗАДИ ИЛМҶОИ ТИБ**

АЗ РӢӢИ ИХТИСОСИ 14.01.01-АкушерӢ ва гинекология

**Роҳбари илмӢ:
д. и.т., профессор**

С. М. Муҳаммадиева

Душанбе – 2020

Таҳқиқот дар кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МТД “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон” иҷро карда шудааст

Роҳбари илмӣ: **Муҳамадиева Саодатхон Мансуровна**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 МТД «ДТБКСТ»

Муқарризи расмӣ: **Рафиева Зарина Хамдамовна**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологияи факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон
Кубиддинов Азмидин Файзуллоевич
номзади илмҳои тиб, мовини директори генералии МД «Маркази илмии ҷумҳуриявии хун»

Муассисаи тақриздиханда: «Академияи давлатии тиббии Қирғизистон ба номи И.К. Ахунбаев», Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон

Ҳимояи диссертатсия «__» _____ соли 2020 соати __ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6 D KOA -011 МТД «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон» -и ВТ ва ҲИА ҚТ баргузор мегардад. Суроға: 734002. Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Мирзо Турсунзода,31.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МТД «ДТБКСТ»-и ВТ ва ҲИА ҚТМД «ПИТ АГ ва П Тоҷикистон» -и ВТ ва бо автореферат дар сайти www.niiagip.tj ва www.vak.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «__» _____ с. 2020 ирсол гардид

**Котиби илмии
Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб**

Ш.Т. Муминова

МУҚАДДИМА

Мубраи ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.

Хунравии акушерӣ (ХА) дар тамоми ҷаҳон сабаби асосии фавти модар (ФМ) ба ҳисоб рафта, боиси сар задани бемориҳои вазнини модар ва маъюбшавӣ мегардад, ки дар асари талаф ёфтани хуни зиёд, шоки геморрагӣ ва норасоии бисёрӯзвӣ ба амал меояд. [WHO, 2014].

Басомади хунравӣ дар давраи баъди таваллуд аз ҳисоби ҳамаи таваллудкуниҳо 1,7-2%-ро ташкил медиҳад, ҳол он ки вазни ҳолиси ФМ аз онҳо то 60% мерасад [Малыбаева Е.П.; Сурина М.Н., Марочко Т.Ю., 2016; WHO, 2014; Naz T., Akhter N., Mehnaz Naib J.N., Gul J. 2014; Le Gouez A., Mercier F.J., 2016; O'Milley E.G., Popivanov P. 2016].

Босуръат афзоиш ёфтани ҳаҷми талафёбии хун дар якҷоягӣ бо зарурати фавран ва босифат анҷом додани алгоритми амалҳои ба манъкунии хун, ки ба иваз кардани талафёбии хун ва ҳамрасонидани ёрии анестезиологӣ равона шудаанд, дар бисёр ҳолатҳо натиҷаи ҳолатро муайян мекунад. [Кулаков А.В, Шифман Е.М. 2016; Benhamou D. 2012; Butwick A.J., Goodnough L.T. 2015; Cunningham F.G., Nelson D.B., 2015; Jadon A., Bagai R., 2014; Nebout S., Merbai N., Faitot V., Keita H. 2014; Pacheco L.D., Saade G.R., Costantine M.M. et al. 2016].

Айни замон ба нишондоде тавачҷух зоҳир карда мешавад, ки ба ҳолатҳои бухронии акушерӣ хос ҳастанд ва дар онҳо дар натиҷаи оризаҳои вазнин ҳангоми ҳомилагӣ, таваллудкунӣ ва баъди онҳо зан дар ҳолати ба фавт наздик меафтад, қариб, ки мемурад, аммо ба ҳар сурат зинда мемонад. Ин ҳолатро ҳамчун “бемории модар, ки анқариб вайро аз ҳаёт маҳрум месозад”(near miss maternal morbidity), таъриф кардаанд [Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Кривонос М.И. 2015; Kedar K., Choudhary A. 2015; Eimer G., O'Milley, Popivanov P., 2016, Sujata P., Janmeiaya S., Rajkumari P., Jangadhar S. 2016; Witteveen T., Koning J., Bezstarosti H. 2016;].

Дар робита аз ин, кӯшишҳои баҳодиҳии сифати ёрии тиббӣ на танҳо дар ҳолати оқибатҳои нохуб, балки дар марҳалаҳои ибтидоии чараёни табобат низ сурат гирифта истодаанд. Мувофиқи стандарти байналмилалӣ, сифати ёрии тиббӣ аз маҷмӯи хусусиятҳои иборат аст, ки ба талаботи одамон мувофиқат кардани ёрии тиббӣ ва ҷавобгӯии сатҳи муосири илм ва амалияи тиб будани онро тасдиқ мекунад [WHO, 2014].

Дар Тоҷикистон оид ба мавзӯи мазкур таҳқиқотҳои кам анҷом дода шудаанд [Расулова Т., 2017; Давлятова Г.К., Раҳматуллаева Д. М., Камилова М.Я., 2018; Камилова М.Я., Давлатзода Г.К., Аминзода Н.З. 2019], аммо таҳқиқотҳои мақсаднок оид ба омӯзиши мушкилоти тиббӣ- ташкилии ёрӣ расонидан ба занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, рӯи кор наомадаанд.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ ва заминаҳои назариявӣ методологии таҳқиқот. Таҳқиқоти диссертатсия дар заминаи маводи фаровони таҳқиқотҳои илмӣ муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ ва таҷрибаҳо оид ба аҳамияти хунравии акушерӣ (ХА) анҷом дода шудааст, ки нишондиҳандаҳои баланди беморшавӣ ва фавти модарро ҳам дар тамоми ҷаҳон ва ҳам дар Тоҷикистон муайян мекунад. Ҳаллу фасли ин масъала аз бисёр ҷиҳатҳо ба расонидани ёрии тиббӣ, дастрас будани он, аз қаноатмандӣ ва талаботи муносиби бемор вобастагӣ дорад. Натиҷаҳои таҳқиқотҳои, ки ба ин мавзӯъ бахшида шудаанд, дар маводи фаровони дар нашрияҳои ватанӣ ва хориҷӣ нашршуда инъикос ёфтаанд. Бояд зикр кард, ки оид ба омӯзиши мушкилоти тиббӣ- ташкилии ёрӣ расонидан ба занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, таҳқиқотҳои мақсаднок рӯи кор наомадаанд. Таҳлили

маълумотҳои адабиёти илмӣ ба зарурати анҷом додани таҳқиқот дар ин самт далолат мекунад.

Заминаҳои назариявӣ методологии таҳқиқот. Асоси назариявӣ таҳқиқоти мазкур омӯзиши маводи таҳқиқотҳои донишмандони ватанӣ хориҷӣ оид ба басомад ва сохтори ХА, омилҳои инкишофи ин ориза, хусусиятҳои тиббӣ иҷтимоӣ рафтори репродуктивӣ заноне, ки проблемаҳои ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ ва ҷустуҷӯи роҳҳо барои таъмин кардани модари бехатар пайдошударо аз сар гузаронидаанд, ба ҳисоб мераванд. Муносибати методологӣ гузаронидани аудити клиникӣ дар муассисаҳои ёрии тиббӣ валодат башумор меравад, ки вай имконият медиҳад хатоҳои имконпазири ҳангоми расонидани хизматрасониҳои тиббӣ ба занҳои дорой ХА содиршуда ошкор карда шаванд, ҳамчунин масъалаҳои ташкилчиҳати паст кардани басомади ҳолатҳои бухронии акушерӣ ҳаллу фаёл гарданд ва ба ин васила беморӣ ва ғавти модар коҳиш дода шавад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани ҷанбаҳои тиббӣ иҷтимоӣ солимии занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд ва таҳияи пешниҳодҳои ҷиҳати пешгирии ин ориза дар ҳама марҳалаҳои расонидани ёрии тиббӣ.

Объекти таҳқиқот: объекти таҳқиқот муассисаҳои ёрии тиббӣ валодати сатҳи сеюм – МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон» -и ВТ в ҲИА ҚТ мебошад.

Мавзӯи таҳқиқот: мавзӯи таҳқиқот маҷмӯаҳои солонии расмӣ омории даври солҳои 2014-2018, оид ба занҳои синну соли репродуктивӣ хунравии акушериро аз сар гузаронида мебошад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Таҳлил намудани динамика ва сохтори хунравии акушерӣ дар сатҳи минтақа дар панҷ соли охир.
2. Муқаррар кардани хусусиятҳои солимии репродуктивӣ ва соматикӣ бемороне, ки хунравии акушериро аз сар гузарониданд.
3. Омӯзиши маҷмӯи сабабҳо ва омилҳои хатари пайдошавии хунравӣ акушерӣ дар сатҳи амбулаторӣ ва баҳогузорӣ кардани сифати расонидани ёрии акушерӣ ба ин категорияи беморон.
4. Ошкор намудани мушкилоти асосии расонидани ёрии тиббӣ ба занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузарониданд ва хатоҳои, ки ҳангоми расонидани ёрии акушерӣ асноӣ ин ориза имконпазиранд.
5. Истифода намудани методикаи аудити «near miss» ба ҳайси усули таҳлил ва пешгирии иловагии хунравӣ акушерӣ, беморӣ ва ғавти модар.

Усулҳои таҳқиқот. Ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти мазкур таҳлилҳои умумиклиникӣ (таҳлили умумии хун ва пешоб) ва биохимиявӣ (АЛАТ, АСАД, билирубини мустақим ва ғайри мустақим, фибрин, фибриноген), лахташавӣ бо усули ЛИ-Уайту, таҳқиқотҳои ултрасадоии узвҳои коси хурд, гурдаҳо ва ғадуди сипаршакл, ЭКГ. Ҳангоми таҳқиқи проспективӣ ҳамаи беморон таҳқиқоти комплексии клиникӣ-лабораторӣ иҷро карда шуд.

Коркарди омории мавод дар барноми IBM SPSS Statistic васли 1.0.0.1298 мувофиқи методикаи стандартӣ нишондиҳандаҳои ҳисобии омории тавсифӣ, таҳлилҳои коррелясионӣ, регрессивӣ ва дисперсионӣ гузаронида шуд. Бо усули омории барои маълумотҳои рақамӣ ҳангоми будани зиёда аз 2 гурӯҳи мустақил аз критерияи якомилӣ

ANOVA, истифода карда шуд, барои маълумотҳои категориалӣ дар 2 категория, зиёда аз ду категория ва з-иёда аз 2 категория бошад, аз хи-квадрати Пирсон истифода гашт, таносуби ҳақиқатмонанд ва иртиботи хттиву хатӣ муайян карда шуд. Нишондиҳандаи фарқиятҳоангоми $p \leq 0,05$ муайян карда шуд. Баҳогузориҳои омилҳои хатар бо истифода аз ҳисоб кардани хатари нисбӣ (RR) иҷро карда шуд.

Соҳаи таҳқиқот. Пажӯҳиши диссертатсия ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.01- акушерӣ ва гинекология мувофиқат мекунад. Банди 3.2. Таҳлили сабабҳои тиббӣ-ичтимоии занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузарониданд. 3. Омилҳои хатари пайдошавии хунравихоии акушерӣ. 3.4. Коркард в тақмили усулҳои солимигрдони занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузарониданд ва истифодаи онҳо дар амалияи клиникӣ.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар се марҳила гузаронида шуд.

Марҳалаи якум – таҳлили маҷмӯаҳои солонаи омории Маркази миллии омили тиббии ВТ ва ҶИА ҚТ ва ҳисоботҳои солонаи МД ПИТ АГ ва П дар тӯли панҷ сол (солҳои 2014-2018).

Марҳалаи дуюм- таҳлили ретроспективи 255 ҳолати хунравихоии акушерӣ дар байни занҳои “бо душворӣ зиндамондаҳо”, бо мақсади баҳогузорӣ ба ҷанбаҳои тиббӣ-ичтимоии солимии репродуктиви онҳо ва ошкор намудани омилҳои хатари пайдошавии ХА, таҳлили маълумотҳои клиникӣ-лабораторӣ.

Гурӯҳи асосӣ (I), -161 бемори мубтало ба хунравии пас аз валодат (ХПВ)- ро фаро гирифта буд. Гурӯҳи муқоиса (II) – аз 61 зани дорои ҷудошавии пешазмуҳлати пласентаи (машимай) дуруст ҷойгиршуда (ҚППМҚ) иборат буд. Гурӯҳи муқоиса (III) - 33 зани ҳомилаи дорои пешисти пласента. Гурӯҳи назоратиро 100 зани навзоидаи бидуни хунравии акушерӣ ташкил дод.

Марҳилаи сеюм- муошират ва таҳқиқоти комплекси клиникӣ-лаборатории 40 бемори ХА-ро аз сар гузаронида. Гузаронидани аудити ҳолатҳои клиникӣ.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Пойгоҳи асосии иттилоотӣ барои иҷро намудани таҳқиқоти мо сарчашмаҳои адабиёти илмӣ муносири донишмандони ватаниву хориҷӣ ва асноди байналмилалӣ, маводи нашршудаи конференсияҳои илмӣ-амалӣ, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳои илмӣ-оммавии аз тарафи ТУТ тавсияшуда, таҳқиқотҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронидашуда ба ҳисоб мераванд. Таҳқиқоти мазкур дар кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МТД “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон”, ки пойгоҳи он «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон» мебошад, иҷро карда шудааст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Тамоми нуқтаҳои илмӣ, ҳулоса ва тавсияҳои амалӣ вазифаҳои дар пеш гузошташударо пурра инъикос мекунанд, асоснок буда, мантиқан аз натиҷаҳои таҳқиқоти иҷрошуда бармеоянд. Ҳаҷм ва коркарди омории маълумоти бадастомада намоёндагӣ мекунанд.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот

Бори нахуст дар минтақа динамика ва сохтори ХА ба ҳайси сабаби фавти модарӣ ва тамоюли онҳо дар динамика дар 5 соли охир мавриди таҳлил қарор дода шудааст. Нишон дода шудааст, ки дар сохтори сабабҳои ХА хунравихоии гипотоникӣ мавқеи асосиро ишғол мекунанд. Муқаррар карда шуд, ки миқдори зиёдаи пайдошавии ХА ва беморшавии ба он вобастаи модарон ба маҷмӯи омилҳои потенциалии хатар алоқаманд аст, ки асоситарини онҳо бо сатҳи пасти иттилобнокии занон, вазнинии тиббӣ-ичтимоӣ ва басомади баланди

экстра гениталӣ иртибот доранд. Имкониятҳои аз дастдода ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ ба занҳои ХА-ро аз сар гузаронида ошкор карда шуд: сатҳи нокофии муҳофизати антенаталӣ, омодагии номукаммали касбии мутахассисони расонидани Ёрии таъҷилии акушерӣ (ЁТА), мавҷуд набудани «маршрутизатсия» (ба маънои хатсайр) барои занҳои ҳомила, навзояндаҳо, таваллуд кардагӣҳо ва таъхир кардани бистарикунонӣ дар муассисаҳои сатҳи сеюм, муҳофизати зарурии пасазвулодатӣ дар статсионар, тактикаи нодурусти табобати инфузионӣ-трансфузионӣ.

Истифодаи методикаи аудит «nearmiss» ҳамчун захираи иловагии паст кардани ХА, беморшавӣ ва ғавти модар илман асоснок карда шудааст.

Нуктаҳои асосии барои ҳимояи пешниҳодшаванда:

5. Хунравӣҳои пас аз валодат дар сохтори хунравӣҳои акушерӣ, ки тамоюли ноустувори пастшавӣ доранд, мавқеи асосиро ишғол мекунанд.
6. Басомади баланди пайдошавии хунравӣҳои акушерӣ ва бемории ба он вобастаи модарон, ба маҷмӯи омилҳои потенсиалии хатар алоқаманд аст, ки асоситарини онҳо бо сатҳи пасти иттилоӣҳои занон, вазнинии тиббӣ-ичтимоӣ ва басомади баланди экстрагениталӣ иртибот доранд.
7. Имкониятҳои аз даст дода ҳангоми пайдо шудани хунравӣҳои акушерӣ инҳо мебошанд: муоинаҳои номуносиби то валодат, риоя накардани протоколҳои клиникаи минтақавӣ, нокифоя будани муҳофизати пас аз валодат.
8. Тафтиши конфиденсиалии ҳолатҳои хунравӣҳои акушерӣ дар байни занҳои «бо душворӣ зиндамонда» воситаи иловагии баҳогузорӣ ба сифати ёрии акушерӣ дар муассисаҳои акушерӣ ба ҳисоб меравад.

Аҳамияти назарии таҳқиқот

Нуктаҳои назариявӣ, методологӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия пешниҳодшударо дар барномаи дарсҳои амалӣ ва назариявии бахши ошкор намудани омилҳои хатари пайдошавии хунравӣҳои акушерӣ, усулҳои муваққатан манъ кардани хунравӣ, малакаҳои машваратдиҳӣ ва муоинаи пас аз вулодат дохил намудан имконпазир аст.

Аҳамияти амалии таҳқиқот.

Дар амалия татбиқ намудани пешниҳодҳои таҳияшуда ба акушер-гинекологҳо ва ташкилотчиёни нигоҳдории тандурустӣ имконият медиҳанд, ки омилҳои хатари пайдошавии хунравӣҳои акушериро дар ҳама сатҳҳои муассисаҳои акушерӣ сари вақт ошкор ва чорабинӣҳои профилактикиро баргузор намоянд.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.

Нуктаҳои асосии диссертатсия дар съезди VI уми акушер-гинекологҳои Тоҷикистон (соли 2016), конференсияи солони илмӣ-амалии ДТБКСТ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (с.2019) гузориш, дар ҷаласаи байникафедравии шӯрои экспертии фанҳои ҷарроҳии ДТБКСТ (соли 2020) ва комиссияи проблемавӣ-экспертии МД «ПИТ АГ ва П Тоҷикистон» мавриди таҳлил ва баррасӣ қарор дода шудааст. Нуктаҳои асосӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои диссертатсияро дар фаъолияти амалии акушер-гинекологҳои МД «ПИТ АГ ва П Тоҷикистон» мавриди истифода қарор додан мумкин аст. Маводи таҳқиқот дар раванди таълимӣ ва илмӣ кафедраи акушерӣ ва гинекологияи ДТБКСТ истифода шуда истодаанд.

Саҳми шахсии диссертант. Диссертант ҷустуҷӯ ва таҳлили адабиёти ватанӣ ва ҷаҳонӣ, ҷамъоварӣ ва таҳлили маводи худиро мустақилона анҷом додааст, анкетаҳоро тартиб додааст, дар коркардаи натиҷаҳои ҳосилшуда, сохтани пойгоҳи электронӣ, ки маълумотҳои

таҳлили ретроспективи асноди тиббӣ ва муоинаи проспективи беморонро дар бар мегиранд, ҳамчунин наشري мақолаҳо, навиштани диссертатсия ва автореферат иштирок кардааст.

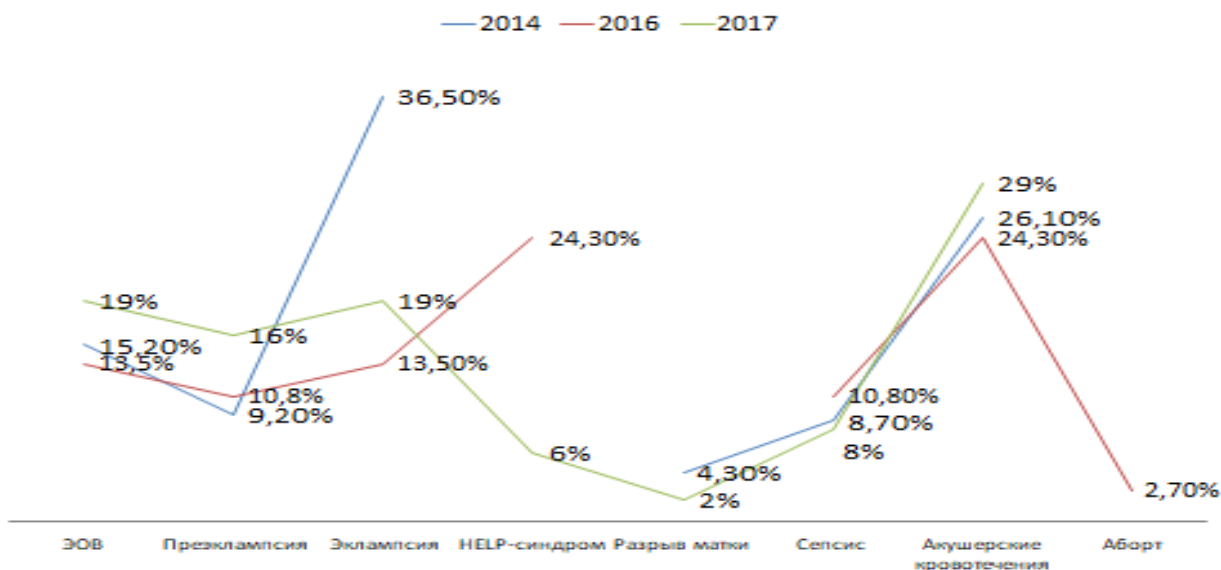
Интишори натиҷаҳои рисолаи илмӣ. Публикаци

Оид ба мавзӯи рисола 13 маводи илмӣ, аз ҷумла 6 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризишавандаи КОА назди Президенти ҚТ нашр шуда, як дастури таълимӣ-методӣ таълиф ва нашр гардидааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 106 саҳифаи матни компютерӣ бо забони русӣ таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 3 боби таҳқиқоти худӣ, баррасии натиҷаҳо, хулоса, рӯйхати адабиёти истифодашуда иборат мебошад. Дар рисола 14 ҷадвал ва 19 расм оварда шудааст. Рӯйхати адабиёт 158 сарчашмаро дар бар мегирад, аз онҳо 57 адад аз донишмандони ватанӣ ва 101 адад аз муаллифони хориҷӣ мебошанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Муқаррар карда шуд, ки дар сохтори фавтияти модар ҲА мавқеи асосиро касб мекунад (расми 1).

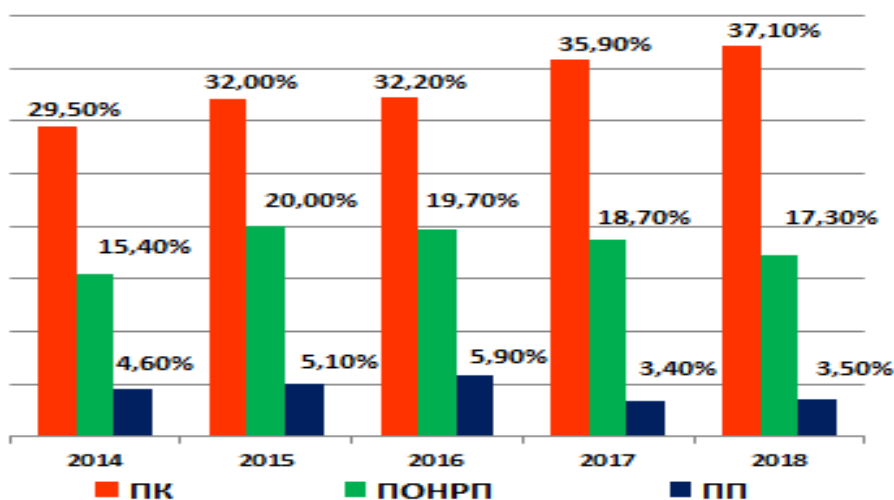


Расми 1. Мавод ва усулҳои таҳқиқот.

Дар соли 2014 дар сохтори фавтияти модар ҷойи аввалро эклампсия ишғол карда буд, ҲА 26,1% буд, дар соли 2014 ҲА ва HELP-синдром 24,3% -ро ташкил доданд. Дар соли 2017 фавти модар (ФМ) дар 2 соли охир аз эклампсия тақрибан 2 маротиба, аз HELP-синдром – 4 маротиба кам шудааст, ҳол он ки фоизи ҲА то 29% афзудааст.

Омӯзиши басомади ҲА нисбат ба миқдори умумии таваллудҳо аз он гувоҳӣ меод, ки тамоюли паст шудани ин нишондиҳанда вуҷуд надорад. Ҳамин тавр, умуман дар ҷумҳурӣ басомади ҲА дар соли 2014 11,9% буда, дар соли 2016 - ин нишондиҳанда 1,5 паст шуда, 7,9%-ро ташкил дод, ҳол он ки дар соли 2018 аз нав тақрибан 6 маротиба зиёд шуда, ба 12,5% баробар гаштааст.

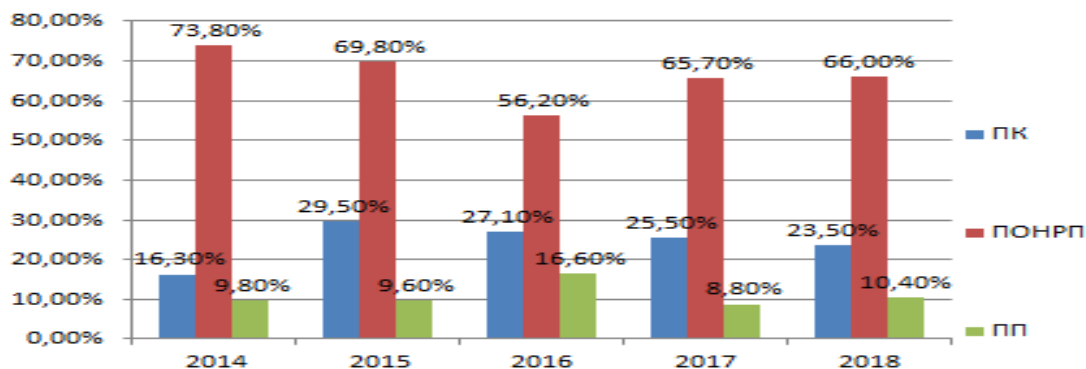
Мо муқаррар кардем, ки дар давраи таҳлилшуда дар сохтори ҲА ҷойи аввалро хунравии пасазтаваллудӣ касб мекунад (расми 2).



Расми 2. Сохтори хунравии акушерӣ дар ҶТ (солҳои 2014-2018)

Дар чумхурӣ ин нишондиҳанда дар соли 2014 29,5%, дар соли 2016 – 32,3%, дар соли 2018-37,1% буд.

Таҳлили ҳамасолаи клиникаи «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқоти акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон» нишон дод, ки басомади ХА дар давраи таҳлилшуда устувор буда, аз 2,3% то 2,7% тағйир кардааст. Дар сохтори ХА мавқеи асосиро ҷудошавии пешазмуҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда (ҚПМПМҚ) ишғол мекунад. Дар соли 2014 ин нишондиҳанда 73,8%, дар соли 2016 -то 1,3 маротиба паст шуда, 56,2% -ро ташкил дод, дар охири соли 2018 аз нав баланд шуда ба 66% расид (расми 3).



Расми 3. Динамикаи ХА дар МД “ПИТ АГ ва П-и Тоҷикистон”

Бо пешистии пласента (ПП) дар соли 2014 ҳамагӣ 9,8% дохили беморхона шуданд, дар соли 2016 -ин нишондиҳанда 1,6 маротиба афзуда, 16,5% -ро ташкил дод ва дар соли 2018 бо ин беморӣ 10,4% дохил шуданд (дар 2 соли охир нишондиҳанда 1,5 паст шудааст).

Қайд кардан зарур аст, ки дар давраи таҳлилшуда басомади хунравии пас аз валодат (ХПВ) тағйир меёфт. Дар соли 2014 ин нишондиҳанда 16,3% буда, дар соли 2016 - 1,6 маротиба афзуда, 27,1%-ро ташкил кард ва дар соли 2018 аз нав то 1,4 маротиба паст шуда, 23,5%-ро ташкил дод.

Вазни ҳолиси хунравии ҳаҷмаш то 1000,0 мл-ро дар соли 2014 то 2016 89,3%, дар соли 2018 -84,7%; аз 1000 то 1500мл вазни ҳолиси хунравии акушерӣ дар соли 2014 - 7,7%, дар соли 2015 - 12,5%, дар соли 2016 -7,7% ва дар соли 2018 -10,5% буд.

Ҷадвали 1. Ҳаҷми хунравии акушерӣ дар МД “ПИТ АГ ва П-и Тоҷикистон”

	2014		2015		2016		2017		2018	
	МУТ Л	%	МУТ Л	%	МУТ Л	%	МУТ Л	%	МУТ Л	%
500-999	208	89,6±2,0*	204	66±2,7*	194	77,6±2,6*	134	64,1±3,3*	227	84,7±2,2
1000-1500	17	7,3±1,7	92	29,7±2,6*	45	18±2,4	65	31,1±3,2*	28	10,5±1,9*
1500-2500	5	2,1±0,9	9	2,9±0,9	5	2,0±0,8	10	4,8±1,5	13	4,9±1,3
>2500	2	0,9±0,6	4	1,3±0,6	6	2,4±0,9	-	-	-	-

* p<0,05

***p<0,001

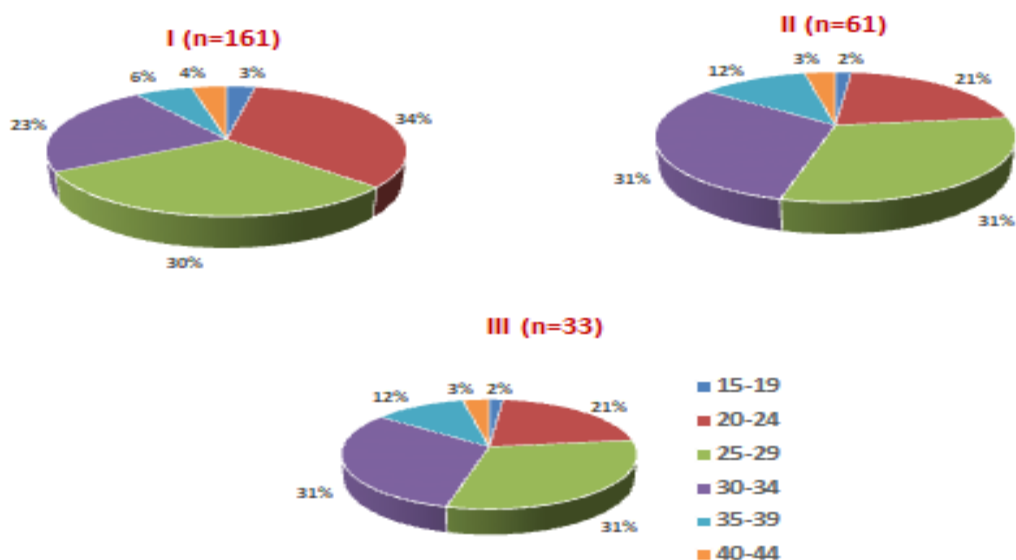
** p1-p4=p<0,01

*p1-p2=p<0,05

*p1-p3=p<0,05 *p4-p5=p<0,01

Рақамҳои маърури сифати расонидани ёрии тиббӣ ба занонро аллакай ҳангоми пайдошавии хунравӣ нишон медиҳанд: 1/3 хунравии ҳаҷмашон аз 1 000,0 то 1500,0 мл дар соли 2001 бо минбаъд паст шудани ин нишондиҳанда то 3 маротиба дар соли 2015 аз беҳтар шудани сифати ёрии таъҷилии акушерӣ ва мувофиқати қонини дорои хунравӣ дарак медиҳанд. Аммо, инкишофи тақрори ин нишондиҳанда дар соли 2016 гувоҳи он аст, ки ин протсесс устувор намебошад.

Синну соли миёнаи нафарони таҳқиқшуда ба ҳисоби миёна $29,4 \pm 0,4$ сол буд. Ҳар як зани сеюм (39,0%), ХА-ро аз сар гузаронида, дар сини барвакти репродуктивӣ (20-24-сола) қарор доштанд, зиёда аз нисфи занҳо (56,4%) - дар синну соли фаъоли репродуктивӣ (25-34-сола) ва ҳар як зани даҳум (0,1%) дар давраи дерӣ репродуктивӣ (35-44 –сола) қарор доштанд.

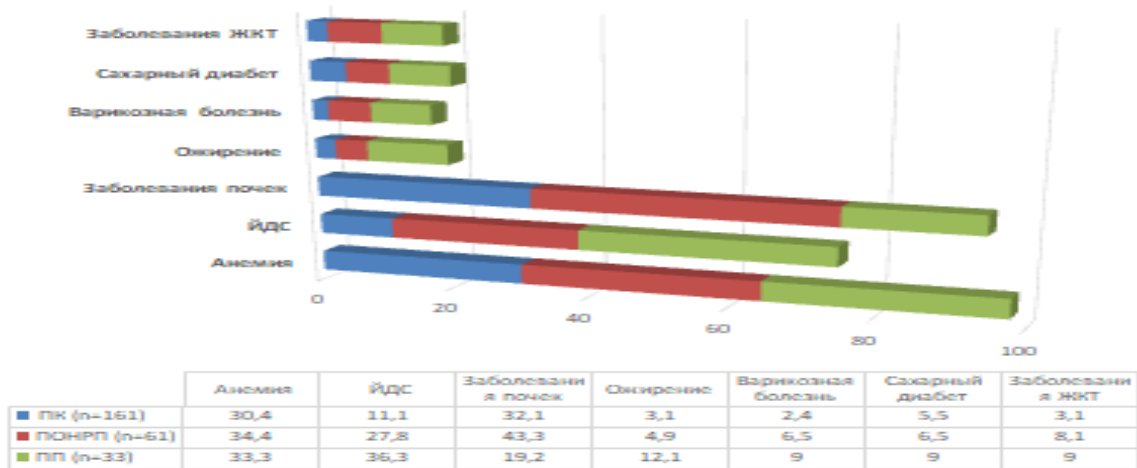


Расми 4. Хусусиятҳои синну соли занони пурсидашуда

Иртиботи коррелятсионии байни синну сол ва типҳои хунравӣ муайян карда шуд. Занони синну соли барвакти репродуктивӣ дар гурӯҳи дорои ХПВ (хунравии пас аз валодат), занҳои синну соли фаъоли репродуктивӣ бошанд дар гурӯҳи дорои ҷудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил (62,2%) ва пешистиҳои пласента (60,6%) назар ба занони дорои хунравии пас аз валодат (ХПВ) (53,0%) бештар буданд. Занони давраи дерӣ репродуктивӣ дар гурӯҳи дорои ҷудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил (14,8%) назар ба беморони дорои хунравии пас аз валодат (ХПВ) (9,9%) 1,4 маротиба зиёд буданд. Бо пешистиҳои пласента асосан беморони ҷавон (15-19-сола) бистарӣ карда шуда буданд.

Қисми бештари занҳои таҳқиқшуда сокинони деҳот ($84,7 \pm 3,4\%$) буданд, ҳар як зани дуюм хонанишин (84%) буд, зиёда аз 60% ($69,8 \pm 5,7\%$) дорои маълумоти нопурраи миёна буданд, зиёда аз 70% ($75,6 \pm 5,7\%$) статуси пасти иҷтимоӣ доштанд, зиёда аз 80% ($86,6 \pm 5,7\%$) дар шароити ғайриқаноатбахш зиндагӣ мекарданд.

Муқаррар карда шуд, ки ҳангоми таҳқиқот тақрибан беморони аз ҷиҳати соматикӣ солим ба назар нарасид. Дар сохтори бемориҳои экстрагениталӣ бемориҳои гурда ва анемияҳои дараҷаи вазниниашон гуногун бартарӣ доштанд (расми 5).



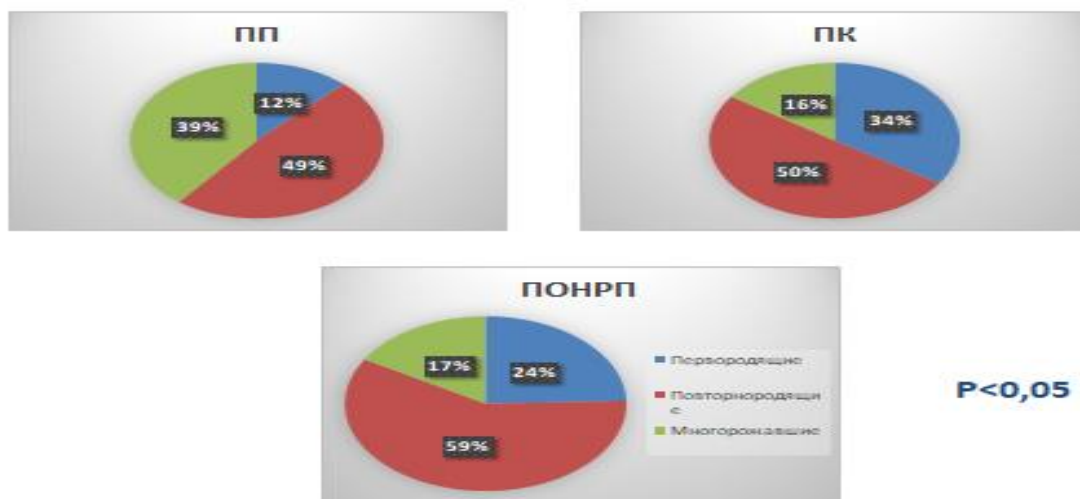
$p < 0,01$

Расми 5. Сохтори бемориҳои экстрагенитали дар байни занони таҳқиқшудаи

Тавре ки аз маълумоти пешниҳодшуда бармеояд, камхуниҳои дараҷаи вазниниашон гуногун дар 81 ($98,1 \pm 5,2\%$) беморон муайян карда шудааст, вай дар ҳама гурӯҳҳо басомади якхела дошт ($p > 0,05$). Бемории гурда дар беморони гурӯҳи I- дар муқоиса аз беморони гурӯҳи II- 2,2 маротиба ($43,3 \pm 5,8$ ва $19,2 \pm 5,2\%$) ва 1,3 маротиба назар ба гурӯҳи III- ($32,1 \pm 5,2\%$) ($p < 0,01$) буданд. Бемории ғадуди сипаршакл -47 ($18,4 \pm 5,2$) ва бемории варикозӣ -11 ($17,9 \pm 5,4\%$) камтар ба назар расиданд. Патологияи системаи дилу рағҳо дар 17 ($26,5 \pm 5,1\%$), бемории роҳи ҳозима дар 13 ($20,2 \pm 5,0$) ба қайд гирифта шуд. Диабети қанд ва фарбеҳӣ дар ҳар як бемори чорум- мутаносибан – 16 ($20,1 \pm 5,0\%$) ва ($20,1 \pm 5,0\%$) ба мушоҳида расид.

Дар байни занҳои таҳқиқшуда дар анамнези 4,3%-и занон миомии бачадон ва дар 5,8% – кистаи тухмдонҳо, дар 3,5% -ихтилоли сикли ҳайзбинӣ ба мушоҳида расид, 14,1% аз метроэндометрити музмин, 12,5%- аз протсессҳои патологияи гарданаки бачадон ва 2,7 аз бенаслӣ шикаҷат доштанд.

Дар сохтори паритет (таносуб) ҳар як зани дуюм такрорзоянда ($51,6\%$), ҳар як зани сеюм нахустзоянда ($29,1\%$) буд, (расми 6).



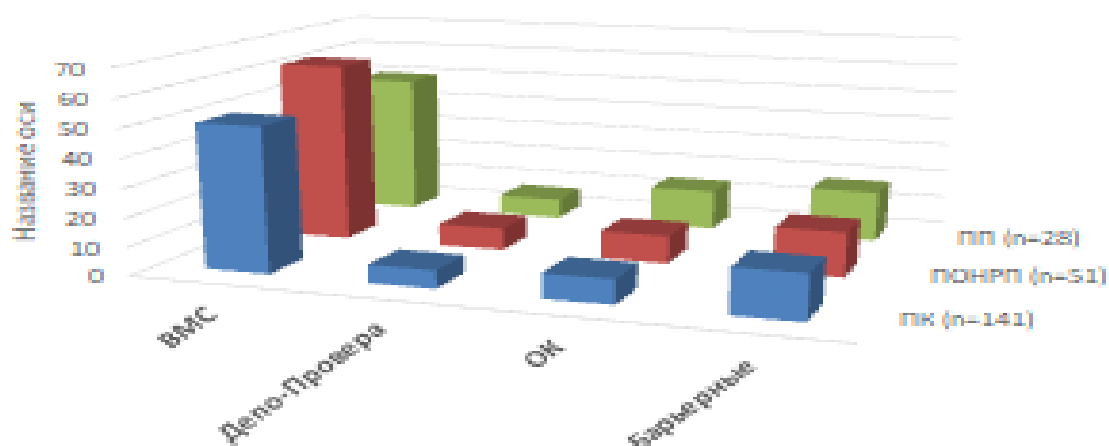
$p < 0,05$

Расми 6. Паритет (таносуби) валодати занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд (n=255)

Вобастагии коррелясионии байни паритет ва типи хунравӣ муайян карда шуд.

Дар гурӯҳи беморони дорои хунравиҳои пас аз таваллудкунӣ миқдори нахустзояндаҳо ($34,1 \pm 5,7\%$) дар муқоиса аз занҳои дорои чудошавии бармаҳали пласентаи муътадил ҷойгиршуда 1,3 маротиба ($24,6 \pm 5,7\%$) ва 2,8 маротиба аз ҳомилаҳои дорои пешисти пласента ($12,1 \pm 5,7\%$) зиёд буд ($p < 0,01$). Ҳол он ки дар байни гурӯҳи охири бисёрзояндаҳо дар муқоиса аз беморони дорои чудошавии бармаҳали пласентаи муътадил ҷойгиршуда 2,1 маротиба (мутаносибан $39,3 \pm 2,8$ ва $18,0 \pm 5,5$) ва назар ба беморони дорои ХПВ 2,5 маротиба ($15,5 \pm 2,8\%$) ($p < 0,01$) зиёд буд.

Таҳлили анамнези контрацептивӣ нишон дод, ки аз миқдори умумии таҳқиқшудагон, ки усулҳои контрацептивиро истифода накардаанд, $13,7 \pm 4,3\%$ буданд, боқимондаҳо аз воситаҳои дохили бачадонӣ (ВДБ) ($53 \pm 3,1\%$) истифода мекарданд (расми 7)



	BMC	Депо-Провера	OK	Барьерные
PK (n=141)	50,3	6,3	8,5	15,6
PONRP (n=51)	62,7	7,8	9,8	15,6
PP (n=28)	50	7,1	14,2	17,8

Расми 7. Таърихи пешгирии ҳомиладорӣ занони муоина (n = 103)

$6,8 \pm 2,9\%$ ҳармоҳа таъриқи Депо-провера қабул мекарданд, $9,5 \pm 3,0\%$ контрацептивҳои оралӣ ба кор мебарданд. Усулҳои барерӣ (монеагӣ) –и контрацептивиро $5,9 \pm 3,2\%$ -и ҷуфтҳои оилаҳо истифода кардаанд, аз усули аменорея лактатсионӣ $14,5 \pm 3,0\%$ таваллудкунандаҳо истифода кардаанд.

Оризаҳои ҳомиладорӣ дар зиёда аз нисфи беморон ($55,6\%$) рух дод, дар ҳоле, ки дар гурӯҳи PC бо 2 маротиба камтар ($40,1\%$) дар муқоиса бо занони PONRP ($80,3\%$) ва PN ($84,8\%$) ($p < 0,01$) дида шуд.

Ҷадвали 2. - Мушкилоти ҳомиладорӣ дар заноне, ки аз хуни акушерӣ гузаштаанд. (n = 142)

Осложнения	I (n=65)		II (n=49)		III (n=28)		Всего (n=142)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс..	%	Абс.	%
Рвота беременных	44	67,9±3,5	24	48,9±6,2	10	35,7±8,0	78	54,9±3,9
Анемия	54	83,0±2,2	14	28,5±1,6	13	40,7±9,0	81	57,0±8,1
Угр. Прерывания	1	1,5±1,4	2	4,0±3,4	2	7,1±9,5	5	3,5±3,4
ОРВИ	33	50,7±3,1	19	38,7±5,9	10	35,7±8,0	62	43,6±5,8
Пиелонефрит	19	29,7±1,5	10	20,4±2,7	8	28,5±9,1	37	26,0±2,7

**-(p<0,01)

Анамнези вазнини акушерӣ ва гинекологӣ дар 18,4% муқаррар карда шудааст.

Муқаррар карда шуд, ки аз хусуси ҳомилагии ҳақиқӣ 46,06±8,4%-и таҳқиқшудагон дар қайд буданд, боқимонда 53,3±8,5% -ро акушер-гинеколог бо сабабҳои номаълум муоина накардааст.

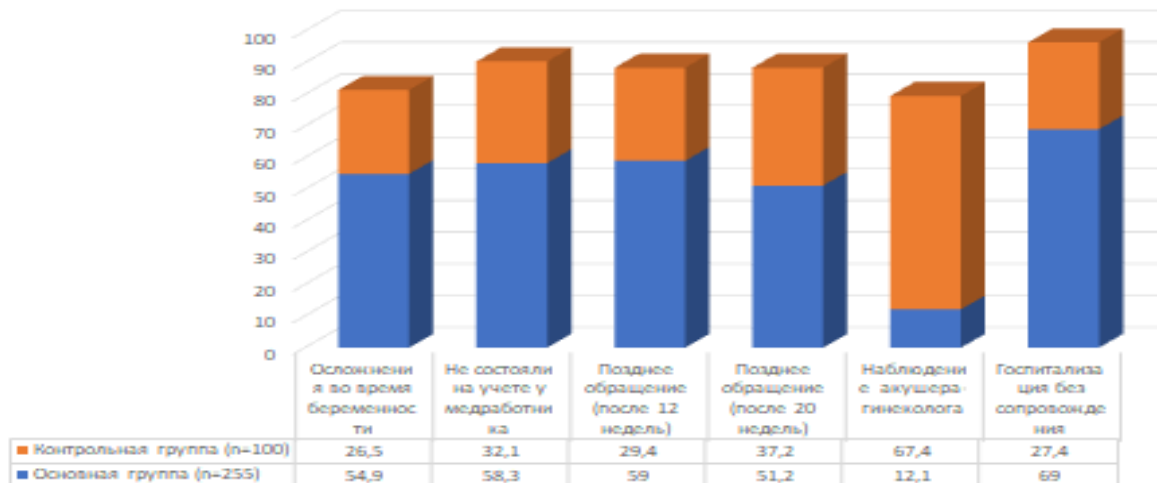
Вобастагии байни сифати муҳоҷибати антенаталӣ ва сабаби ХА муайян карда шудааст. (p<0,05; критерияи хи-квадрат -0,05).

Муқаррар карда шуд, ки дар байни ҳамаи занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, 58,3±3,8% беморони дорои хунравии пас аз валодат (ХПВ) ба қайд гирифта ншуда буданд, ки ин дар муқоиса аз гурӯҳи ҳомилаҳои дорои пешистиҳои плацента (ПП) (27,2±8,5%) зиёд буд (p<0,01).

Таҳлил муайян кард, ки дар байни бемороне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, зиёда аз 59,0% дер ба қайд гирифта шудаанд (бо ХПВ - 58,1±3,2%, бо ПП – 55,0±3,1%, бо ЦППМҚ– 57,3±3,1%) мумкин аст, ки ин аз муҳоҷирати барзиёди аҳоли вобаста бошад. Дар гурӯҳи занони дорои ХПВ 61,2±3,4% ба ёрии антенаталӣ пас аз 12 ҳафтаи ҳомилагӣ ва 38,8±3,3% - пас аз 22 ҳафтаи ҳомилагӣ фаро гирифта шуда буданд, ки 2 маротиба аз беморони гурӯҳҳои ПП зиёд аст. Аз миқдори умумии заноне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, дар давраи муҳоҷибати антенаталӣ зиёда аз 72,4±3,1% ба қабули корманди тиббӣ ҳамагӣ 3 бор рафтаанд, дар байни беморони дорои ПП бошад, ин ба– 78,9±3,2% баробар аст.

Мутаассифона, муоинаи антенаталии ин категорияи занҳо дар тамоми давраи ҳомилагӣ аз тарафи акушер-гинеколог ҳамагӣ дар 12,1±3,1% ҳолат гузаронида шудааст, боқимондахоро 57,7±3,1% - табиби оилавӣ, 30,2±3,1%-ро акушерка муоина кардаанд. Дар гурӯҳи таваллудкардагони дорои ХПВ бе роҳхат ба статсионар 75,2±3,4% дохил гашт, ки дар муқоиса аз беморони дорои ЦППҚ ва ПП мутаносибан (57,4±6,3) и (57,6±8,6%) зиёд аст (p<0,05).

Ҳангоми таҳлили муқоисавӣ бо гурӯҳи назоратӣ чунин фарқиятҳо мушаххас карда шуданд (расми 8).



Расми 8. Омилҳои хатари пайдо шудани хунравии акушерӣ дар сатҳи амбулаторӣ.

$p < 0,05$

Дар гурӯҳи асосӣ шахсоне, ки оризаҳои ҳомилагӣ доштанду дар қайди кормандони тиб набуданд, 2 маротиба зиёд буданд, баъди ҳафтаи 12-уми ҳомилагӣ муроҷиат кардагиро - 1,7 маротиба зиёд, пас аз ҳафтаи 20-уми ҳомилагӣ муроҷиат кардагиро - 1,3 маротиба кам буданд, дар назди акушер-гинекологҳо муоина шудагиро - 5,5 маротиба камтар, дар статсионар бистарӣ шудагиро бидуни роҳхат 2,5 маротиба зиёд буданд $p < 0,05$.

Ҳангоми "масир" ба сатҳи сеюми муассисаи акушерӣ-конуншиканӣ ошкор карда шуд.

Дар гурӯҳи тваллуд кардагиро дорои хунравии пас з валолат (ХПВ) бе роҳхат ба статсионар $75,2 \pm 3,4\%$ дохил гашт, ки дар муқоиса аз беморони дорои ҚППҚ ва ПП (мутаносибан $57,4 \pm 6,3\%$ ва $57,6 \pm 8,6\%$) зиёд аст ($p < 0,05$). Муқаррар карда шудааст, ки аз миқдори умумии занҳое, ки ХА аз сар гузарнидаанд, дар ҳолати қанотбахш зиёда аз 60% ($63,1 \pm 8,1$), ҳар як панҷум ($22,3 \pm 8,2\%$) - дар ҳолати вазнинии миёна ба беморхона ворид гаштанд ва дар $14,5 \pm 5,8,0\%$ маврид ҳолати беморон вазнин баҳогузори карда шуд ($p < 0,01$). Дар ҳолати вазнинии миёна ҳар як зани сеюми дорои ПП ($33,3 \pm 8,2\%$), ҳар як панҷуми дорои ҚППМҚ (чудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда) ($22,9 \pm 5,8,0\%$) ва ҳар як чоруми дорои хунравии пас аз валолат ($19,9 \pm 3,1\%$) дохил шуданд. Аснои ба беморхона ворид гаштан ҳолати ҳар як зани сеюми дорои чудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда (ҚППМҚ) ($29,5 \pm 5,8,0\%$) ва ҳар як даҳуми дорои ХПВ ($11,8 \pm 3,1\%$) вазнин баҳогузори шуда буданд буданд. ($p < 0,01$).

Ҳангоми ҳомилагӣ, таваллуд кардан, даври пас аз таваллудкунӣ преэклампсия др байни беморони дорои чудошавии пеш аз муҳлати пласентаи дуруст ҷойгиршуда дар $66,6 \pm 15,7\%$ маврид ташхис карда шуд, ки 6,6 маротиба назар ба гурӯҳи занҳои дорои ПП в зояндагони дорои ХПВ (мутаносибан $10,0 \pm 9,5$ ва $10,0 \pm 3,6\%$) бештар буд ($p < 0,05$).

Амалиёти ҷарроҳӣ дар давоми $26,2 \pm 1,7$ дақиқаи баъди лаҳзаи ба беморхона ворид гаштани бемори дорои чудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда ва $31,3 \pm 3,4$ дақиқа дар беморони дорои пласентаи пешистода гузаронида шуд.

Аз хусуси хадшаи бачадон дар 9 бемори дорои чудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда ($6,5 \pm 3,2\%$) ва $15 \pm 6,2\%$ ҳомилҳои дорои ПП амалиёти қайсарӣ иҷро карда шуд. Хунравии ба амаломата барои лапаротомия дар 17 ($41,5 \pm 7,7\%$) ҳолати беморони дорои ПОНРП, $70 \pm 14,5\%$ - дорои ПП ва $8,6 \pm 3,4\%$ таваллудкунандагони дорои ХПВ нишондод ба ҳисоб меравад. Порашавии бачадон дар 1 ($0,6 \pm 0,6\%$) бемори дорои ХПВ ба

амал омад. Ампутатсияи бачадон дар як таваллудкунандаи дорои хунравии пас аз валодат ичро карда шуд.

Мувофиқи таърихҳои валодатҳо, ба 255 нафар занҳои таҳқиқшаванда (98%) ёрии таъҷилии акушерии ба протоколҳои клиникӣ мувофиқаткунанда расонида шуд: 159(98,7±0,8%)- таваллудкунандаҳои дорои хунравии пас аз ҷарроҳӣ, 58 (95,5±2,7%)- зани дорои ҷудошавии бармаҳали пласентаи муътадил ҷойгиршуда ва ҳамаи занҳои бемори дорои пешистии пласента (100%).

Гемотрансфузия дар 51,2±1,9% ҳолат, плазмотрансфузия - дар 48,0±1,4% маврид ичро карда шуд.

Натиҷаҳои перинаталӣ дар занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки қисми бештари навзодон расида таваллуд шудаанд (73,6±2,2%), дар ин маврид дар гурӯҳи таваллудкунандагони дорои ХПВ онҳо дар муқоиса аз занҳои дорои ҷудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда 1,5 маротиба ва дар муқоиса аз беморони дорои ПП тақрибан 2 маротиба зиёд буданд ($p < 0,01$). Дар муқоиса аз гурӯҳи асосӣ, навзодони норасид дар гурӯҳи занҳои дорои ПП 3,6 маротиба назар ба гурӯҳи беморони пешистодаи пласента 2,8 маротиба зиёд буд ($p < 0,01$).

Аз миқдори умумии навзодон, зиёда аз 70,0% дар ҳолати қаноатбахш (8-9 балл) таваллуд шудаанд, Бештари онҳо дар гурӯҳи занҳои дорои ПП ба назар расид. навзодони тибқи шкалаи Апгар 7 балл ва аз он пасттар бештар дар гурӯҳи занҳои дорои ҷудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда ва ПП ба мушоҳида расид ($p < 0,01$). Бо марги антенатли чанин 5 зан (4,0±4,5%) бистарӣ шуд.

Ҳисби миёнаи кат/рӯзҳо 6,6±0,2 к/р – дар гурӯҳи I, 8,6±0,4к/р дар гурӯҳи II ва 11±1,2 к/р дар гурӯҳи III-ро ташкил дод. Дар ҳолати қанотбахш бо кӯдаки навзод 96,7±2,3 % -и таваллудкардагӣ ва бе кӯдак -3,1±1,4% аз беморхона рухсат шуданд. Ба шумба беморҳои дарунии БКШ №1 ш. Душанбе 1 зан (1,6±1,6%) фиристода шуд, 1 (1,6±1,6%) аз гурӯҳи занҳои дорои ҷудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда фавтид.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ба мо имконият доданд, ки методологияи тафтиши конфиденсиалии ҳолатҳои бухронии ХА-ро бо мақсди пешгирӣ намудни пайдошавии ҳолатҳои дорои хатари марговар ва беҳтар кардани сифати расонидани ёрии акушерии таъҷилияногони ин оризаҳо баҳогузорӣ карда шавад.

Ҳангоми суҳбат кардан бо 40 нафар таваллудкунандаи ХА-ро аз сар гузаронида маълумоти иловагӣ ба даст оварда ва проблемаҳои ташкилӣ ошкор карда шуданд. Ба истиснои нафарони дар картаи мубодила сабтшуда маълумот дар бораи мавҷуд будани беморҳои соматикӣ, 14,2% ба беморҳои варикозӣ ишора карданд, 11,3%-аз бемории гадуи сипаршакл ва 17,2% аз бемории чигар шикоят доштанд. Ҳар як бемори сеюм гирифтори пиелонефрити музмин буд (35%).

Дар байни беморони таҳқиқшуда анамнези вазнини акушерӣ (АВА) дар 60,0% (искоти ҳамл, искоти чанин ва трошидни ковокии бачадон, талафҳои перинаталӣ, оризаҳо пас аз таваллудкунӣ қабл) ба мушоҳида расид. Анамнези вазнини гинекологӣ (АВГ) дар - 7,5% (метроэндометрит, протсессҳои патологӣ гарданаки бачадон) дида шуд.

Ҳангоми таҳлил кардани картаи мубодила ва суҳбат кардан низ иттилои иловагӣ гирифт шуд. Муқаррар карда шуд, ки 77,5% дар қайди акушер-гинеколог набуданд ва ба назди табиб низ нарафтаанд, аз онҳо таҳқиқоти пурраи лабораторӣ дар 47,2% анҷом дода шуд. Таваллудкардаҳо ба сарбории барзиёди ҷисмонӣ (77,6%) ва ғизои носолим ҳангоми ҳомилагӣ (72,5%) ишора кардаанд.

Мувофиқи гуфтаҳои таваллудкардаҳо микдори ками мурочиатҳо ба звеноҳои ибтидоӣ ба муҳлатҳои барвақти бистарикунонии баъзе аз ҳомилаҳо вобаста аст, ки бинобар сабабҳои гуногун (саршавии валодати бармаҳал, қисман пеш аз муҳлат ҷудо шудани плацентаи муътадил ҷойгиршуда, оризаҳои гипертензивӣ ва ғайра) руҳ медиҳанд. Дар бораи симптомҳои хатарнок 97,6% ва дар хусуси валодати дар пеш истода 85,7% машварат накардаанд. 73,8%-и занҳо ҳангоми пайдо шудани хунравӣ тарсро эҳсос кардаанд.

Бо мошини ёрии таъҷилӣ 7,5% -и ҳомилаҳо расонида шудаанд, боқимондаҳо бо ёрии ҳешу табор, бе ҳамроҳии кормандони тиб омадаанд.

Таҳлили асноди тиббӣ нишон дод, ки сабабҳои асосии бистарикунонии онҳо инҳо буданд: чанини калон (25%), порашавии бачадон (17,5%), хадшаи бачадон (15%), дугоник (5%), презклампсияи вазнин (29,5%), то валодат пора шудани пардаи чанин (4,0%), валодати обструктивӣ (4,0%).

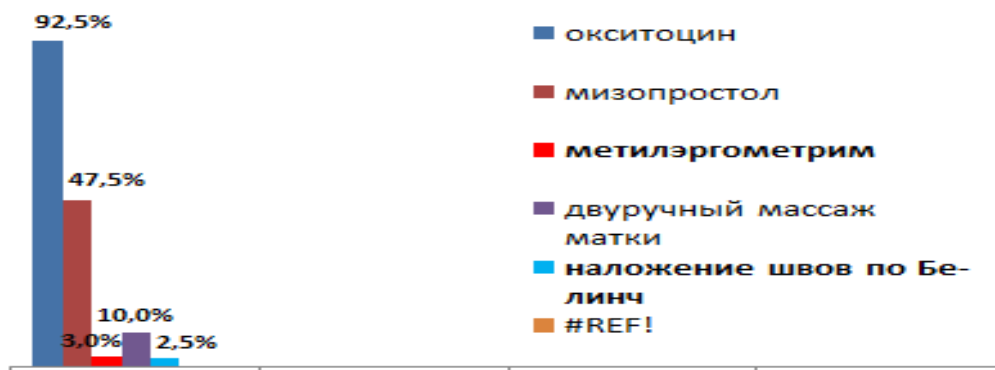
Фарқият дар сатҳи гемоглобин аз рӯи нишондоди то хунравӣ (ҳангоми бистарикунонӣ), ҳамчунин пас аз пайдо шудани хунравӣ муайян карда шуд. Қайд кардан зарур аст, ки то саршавии хунравӣ камхунии дараҷаи вазнин дар 8 (22,5%) нафари таҳқиқшудагон ба назар расид. Сатҳи миёнаи гемоглобин то саршавии хунравӣ дар байни ҳамаи беморон $96,7 \pm 3,4$ г/л-ро ташкил кард.

Талафёбии хун дар ҳаҷми 500-600 мл - 42,5%, 700-900 мл – 20,0%, 900-1000 мл. - 22,5% , талафи фаровони хун 1000-2000,0 мл. – 15,0% -ро ташкил дод.

Нишондиҳандаи миёнаи шохиси шоки геморрагӣ камтар аз як - 27,6% буд. Шоки ҷуброншавандаи баргардандаи дараҷаи 1 (шохиси шок 1,0-1,5) дар 50,0%-и ҳолатҳо, шоки ҷуброншавандаи баргардандаи дараҷаи 2 (шохиси шок 1,5-2,0) дар 40,0%-и ҳолатҳо ташхис карда шуд. Шоки геморрагии дараҷаи 3 (2,5) дар 10,0%-и ҳолатҳо дида шуд. Муқаррар карда шуд, ки замони лахтабандӣ мувофиқи Ли Уайт камтар аз 7 дақ- 25,0%, зиёда аз 7 дақиқа 15,0% буд. Дар маълумотҳои лабораторӣ тағйироти назаррас ба мушоҳида нарасид. Сафедаи умумӣ дар хун- 58,7г/л. буд. Билирубини умумӣ- 14,2 г/л., АлАт – 32,0 г/л., АсАт – 36,7 г/л, мочевина – 7,9 г/л., креатинин – 95,5% г/л. буданд.

Дар байни пурсидашудагон ҳар як бемори дуҷум тавассути роҳҳои табиӣ валодат таваллуд кардаанд (60%), ки дар 10%-и онҳо вакуум-экстракция гузаронида шуда буд. Мувоқиқати фаъоли давраи сеюми таваллуд (тазриқ кардани 10 воҳ. окситотсин, трақсияи назоратшавандаи танобаки ноф, масҳи бачадон дарҳол пас аз валодат (22,5%), дар 42,4% ҳолат мувоқиқат тибқи талаботи стандартӣ иҷро карда нашуд (шояд сабаби хунравӣ нуқсонҳои ҳамроҳак бошанд).

Усулҳои муваққатан манъ кардани хунравӣ (бо ду даст масҳ кардани бачадон, зер кардани аортаи батнӣ) дар 10% ҳолат истифода шудааст. (Расми 9).



Расми 9. Усулҳое, ки барои қатъ кардани хунравӣ истифода мешаванд (n = 40)

Бо мақсади манъ кардани хунравӣ окситотсинро дар 92,5%, мизопростолро дар - 47,5%, метилэргометринро -3%-и ҳолатҳо ба қор бурдаанд. Таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки дар 7,2% аз хусуси нуқсонӣ ҳамроҳак бо даст ҷудо кардан ва кашада гирифтани қисмҳои боқимондаи ҳамроҳак сурат гирифтааст. Бо ёрии ҷарроҳии амалиёти қайсарӣ 40%-и занҳо зоенда шудаанд. Ампутатсияи бачадон дар 10,5% ҳолат, экстерпатсия -12,5% ҳолатро ташкил дод. Кӯшиши дӯхтан бо усули Бе-Линч (гемостази ҷарроҳӣ) -2,5% (марҳалаҳои дӯхтан риоя карда нашуд). Ёрии ғаврии акушери сари вақт ва пурра таъмин карда шудааст - дар 87,5% ҳолатҳо.

Таҳлили партограмма имконият намедихад, ки дар хусуси мувоқибати валодат иттилоӣ зарурӣ гирифта шавад, дар 82%-и ҳолатҳо вай дар замони реалӣ (воқеӣ) гузаронида нашудааст.

Дар вақти пурсидан аз муносибати хуб ва хайрхоҳонаи кормандони тиб пеш аз валодат - 82,3% ва пеш аз амалиёти қайсарӣ -94,6% ибрази назар кардааст.

Дар занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, миқдори рӯзҳои дар статсионар будашон аз 5 то 7 рӯзро ташкил кард, ҳол он ки хангоми валодати физиологӣ, маъмулан, дар шабонарӯзи сеюм руҳсат дода мешаванд.

Лаҳзаҳои мусбати расонидани ёрӣ дар ҳолатҳои ниҳой (бухронӣ) ин мавҷуд будани доруҳо ва таҷҳизоти зарурӣ дар муассиса, татбиқ намудани дастурҳо ва стандартҳои мувоқибати хунравии акушерӣ ва оризаҳои гипертензӣ, ҳамчунин қори дастачамъӣ (100%) ба ҳисоб мераванд.

Дар баробари вучуд доштани лаҳзаҳои мусбат имкониятҳои аз дастдода низ ошқор карда шуданд: муоинаи статсионарӣ.

Ҳамин тавр, миқдори зиёди ХА, ки боиси аз даст додани функцияи репродуктивии беморон мегардад, водор месозад, ки ҷустуҷӯи сабабҳо ҷиҳати қоркарди усулҳои нисбатан самараноки табобати онҳо идома дода шавад. Гузаронидани аудити клиникӣ дар муассисаҳои акушерӣ дар байни занон, ХА, имконият дод, ки сари вақт омилҳои пайдошавии ин оризаҳо ошқор ва сифати хизматрасониҳои тиббӣ беҳтар карда шавад, ин бешубҳа миқдори ҳолатҳои бухронии акушерӣ ва беморшавиву ғавти модаронро кам месозад.

ХУЛОСАҲО

НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

1. Хунравиҳои пас аз валодат дар сохтори хунравиҳои акушерӣ мавқеи асосиро ишғол карда, тамоюли ноустувори пастшавӣ доранд [2,12].
2. Басомади баланди пайдошавии хунравиҳои акушерӣ ва бемориҳои модарони вобаста ба он дар натиҷаи маҷмӯи омилҳои потенциалии хатар арзи вучуд мекунанд, ки асоситарини онҳо ба ба сатҳи пасти иттилоънокии занон, вазнинии иҷтимоӣ- тиббӣ, басомади баланди бемориҳои экстрагениталӣ вобастагӣ доранд [4,8,9,10].
3. Проблемаҳои асосии хизматрасонии тиббӣ ба заноне, ки хунравиҳои акушериро аз сар гузаронидаанд инҳо ба ҳисоб мераванд: сатҳи номукаммали муҳофизати антенаталӣ, сатҳи ноқофӣи омодагии касбии мутахассисон, мавҷуд набудани иттилоотнокии занҳои ҳомила, зояндаҳо ва таваллуд кардаҳо аз хусуси хатсайрҳо ва таъхир кардани бистарикунонӣ дар сатҳи сеюм, муҳофизати номукаммали пас аз валодат дар стационар [5,6,7,11].
4. Гузаронидани тафтиши конфиденсиалӣ дар байни заноне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, захираи усули пешгирии иловагии кам кардани беморшавӣ ва ғавти модар мебошад [7,13].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО .

Дар сатҳи антенаталӣ:

1. Барои заноне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, таҳия намудани нақшаи инфиродии муоина (машварати мутахассисони ихтисосҳои ба ҳам наздик ва интихоби воситаҳои контрацептивӣ).
2. Расонидани ёрии ҳуқуқӣ, психологӣ ва тиббӣ-иҷтимоӣ ба заноне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд ва оилаи онҳо дар асоси муносибати инфиродӣ бо назардошти хусусиятҳои шахсият.
3. Баргузориҳои ҳолатҳои бухронии хунравии акушердар байни «занони зиндамонда».

Дар сатҳи стационарӣ:

1. Банақшагирии валодати ҳомилаҳои дорои хатари олиии ХА бо иштироки бригадаи бисёрсоҳавӣ.
2. Гузаронидани омӯзиши муттасили кормандони тиббӣ (акушеркаҳо, акушер-гинекологҳо, анестезиологҳо-реаниматологҳо) оид ба ҳолатҳои таъҷилӣ дар акушерӣ, ки аз худ кардани малакаҳои қор дар дастаро талаб мекунанд.
3. Дар ҳама ҳолатҳои ХА ба занон имконият фароҳам овардани баррасӣ намудани ҳодисаҳои ба ин ориза вобаста, дар вақтҳои барояшон қулай.
4. Таҷдиди назар кардани протоколҳои дохилӣ барои ҳолатҳои хунравии пас аз валодат, таваҷҷуҳ қардан ба муҳофизати пас аз валодат.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1] Маликоева С.А. Современные медико-организационные аспекты акушерских кровотечений (обзор литературы) /Маликоева С.А., Мухамадиева С.М., Узакова У.Д., Абдуллоева Р.А //Журнал «Доклады Академии Наук Республики Таджикистан».-№4(203)..- Душанбе.-2018-.С.73-81....

- [2] Маликоева С.А. Структура и частота акушерских кровотечений в Таджикистане / Давлатзода Г.К., Камилова М.Ё., Маликоева С.А., Аминзода Н.З. //Журнал «Вестник последиplomного образования»-№ 2.-Душанбе.-2019.С/10-14.
- [3] Маликоева С.А. Медико-социальная характеристика «едва выживших» женщин при послеродовых акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Узакова У.Д., Абдуллоева Р.А., Маликоева С.А. //Журнал «Вестник Академии медицинских наук».-№3 (31).-Душанбе.-2019.С.270-277.
- [4] Маликоева С.А. Перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения //Вестник последиplomного образования -№1- Душанбе.2020.-С.54-57
- [5] Маликоева С.А., Факторы риска развития акушерских кровотечений/Маликоева С.А., Мухамадиева С.М., Мирзобекова Б.Т., Убайдуллоев Н.Д. /Ж.Наука и инновации.2020.№1.С.18-22
- [6] Маликоева С.А. Частота кесарева сечения при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Мардонова С.М., Маликоева С.А. //Ж. Наука и инновации.- 2020.-.№2.-С.35-40.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда

- [7] Маликоева С.А. Проблемы перенаправления при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Расулова Г.Т., Ходжаева С.А., Амонова Ш.А., Маликоева С.А. //Материалы VI съезда акушеров и гинекологов РТ. 2016.-Душанбе.-С. 132-134
- [8] Маликоева С.А. Особенности течения беременности у «едва выживших женщин» при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Маликоева С.А., Манёзов М.Р., Назришоева Ф.Л. //Материалы ежегодной XXIII научно-практической конференции с международным участием ИПОСЗРТ.-Душанбе. 2017.-С.140-142
- [9] Маликоева С.А. Анализ причин акушерских кровотечений среди «едва выживших женщин» //Материалы ежегодной научно-практической конференции с международным участием-...-Душанбе.-2019.С...136-137...
- [10] Маликоева С.А. Анализ медико-социальных причин «едва выживших» женщин при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты по принципу «от двери до двери»/ Маликоева С.А., Олимова Ф.А., Мухамадиева С.М., //Материалы ежегодной научно-практической конференции с международным участием.0 Душанбе.-2019.-С...138-139...
- [11] Маликоева С.А. Факторы риска развития акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин при предлежании плаценты/Маликоева С.А., Олимова Ф.А., Муминова Ш.Т. //Материалы ежегодной научно-практической конференции с международным участием.2019.С..137-138
- [12] Маликоева С. Динамика и структура акушерских кровотечений в Республике Таджикистан.. Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием.2020г –представлена в печать.
- [13].. Маликоева С. /Анализ случаев критических состояний.. Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием.2020г –представлена в печать.
- [14] Принципы и методология анализа критических случаев при акушерских кровотечениях. Учебно-методическое пособие. Мухамадиева С., М., Узакова У.Д., Камилова М.Я., Давлатова Г.К., Маликоева С.А.-Душанбе.-2019.98с

РҶҲАТИ ИҲТИСОРАҲО

АВА-анамнези вазнини акушерӣ

АВГ- анамнези вазнини гинекологӣ

БДР-бемориҳои дилу рағҳо

БЭГ-бемориҳои экстрагениталӣ ГШ- гипертензияи шарёӣ

ЁТА-ёрии таъҷилии акушерӣ

МД ПИТ АГ ва ПТ- Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ-гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

МТД «ДТБКСТ ҚТ» -Муассисаи таълимии давлатии Донишкадаи баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон

ПШ-пешистиҳои плацента

СММ –Созмони Милали Муттаҳид

ТҚҲФМ – тафтиши конфеденсиалии ҳолатҳои фавти модар

ТУТ- Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ

ТҲБ-таҳлили ҳолатҳои буҳронӣ

ФМ-фавти модар

ФШ- фишори шарёӣ

ХА-хунравии акушерӣ

ХПВ-хунравии пас аз валодат

ҚПШМҚ – чудошавии пеш аз муҳлати плацентаи муътадил ҷойгиршуда.

«nearmiss» - бо душворӣ зиндамонда

АННОТАЦИЯ

Маликоева Сочида Амиралиевна

«Медико-социальные аспекты здоровья женщин, переживших акушерские кровотечения»
специальность: 14.01.01. – акушерство и гинекология.

Ключевые слова: репродуктивный возраст, акушерские кровотечения, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, послеродовое кровотечение, аудит, упущенные возможности, неотложная акушерская помощь

Цель: изучить медико - социальные аспекты здоровья женщин, переживших акушерские кровотечения и разработать предложения по профилактике этого осложнения на всех этапах оказания медицинской помощи

Методы исследования и использованная литература. Первый этап - анализ ежегодных статистических сборников Национального Центра медицинской статистики МЗСЗРТ и годовые отчеты клиники ГУ НИИ АГиП за 2014 -2018 годы. Второй - ретроспективный анализ 255 случаев акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин, анализ клинико-лабораторных данных (общеклинические, биохимические свертываемость по Ли Уайту. УЗИ органов малого таза, почек и щитовидной железы, ЭКГ). Основная группа (I) -161 пациентка с ПК. Группа сравнения (II) – 61 женщина с ПОНРП. Группа сравнения (III) - 33 беременные с ПП. Контрольная группа - 100 родильниц без акушерских кровотечений . Третий – интервьюирование и комплексное клинико-лабораторное обследование 40 пациенток, перенесших АК. Проведение аудита клинических случаев.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в регионе изучена динамика и структура АК за последние пять лет. Показано, что в структуре АК послеродовые кровотечения занимают лидирующую позицию. Установлено, что высокая частота развития АК и связанная с ними материнская заболеваемость обусловлена комплексом потенциальных факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрагенитальной заболеваемости. Выявлены упущенные возможности при оказании медицинской помощи женщинам, пережившим акушерские кровотечения: :ненадлежащий уровень антенатального ухода, недостаточная профессиональная подготовки специалистов по оказанию НАП, отсутствие «маршрутизации» для беременных, рожениц, родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ненадлежащий послеродовый уход в стационар. Научно обосновано использование методики аудита «nearmiss» как дополнительного резерва по профилактике АК, снижению материнской заболеваемости и смертности.

Практическая значимость. Внедрение разработанных предложений в практику позволит акушер-гинекологам и организаторам здравоохранения своевременно выявить факторы риска развития АК на всех уровнях родовспомогательных учреждений,, провести профилактику этого осложнения,, снизить материнскую заболеваемость и смертность

Внедрение результатов исследования в практику. Основные положения, выводы и рекомендации используются в практической работе акушеров-гинекологов ГУ НИИ АГиП. Материалы работы внедрены в учебный и научный процесс кафедры акушерства и гинекологии ИПОСЗРТ.).

Область применения: специалисты первичной медико-санитарной помощи, акушер-гинекологи районных, городских и областных родильных домов стационаров третьего уровня

АННОТАТСИЯИ
МАЛИКОЕВА СОЧИДА АМИРАЛИЕВНА
«ЧАНБАҲОИ ТИББӢ-ИҚТИМОИИ СОЛИМИИ ЗАНОНЕ, КИ ХУНРАВИИ
АКУШЕРИРО АЗ САР ГУЗАРОНИДААНД»

Калидвожаҳо: синну соли репродуктивӣ, хунравиҳои акушерӣ, пешистиҳои пласента, чудошавии пеш аз муҳлати пласентаи дуруст ҷойгиршуда, хунравии пас аз валодат, аудит, имкониятҳои аздастдода, ёрии таъҷилии акушерӣ.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши ҷанбаҳои тиббӣ-иқтимоии солимии заноне, ки хунравиҳои акушериро аз сар гузаронидаанд ва таҳияи пешниҳодҳо ҷиҳати пешгирӣ аз ин оризаҳо дар ҳама марҳилаҳои расонидани ёрии тиббӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва адабиёти истифодашуда. Марҳилаи аввал таҳлили маҷмӯаҳои солонани омории Маркази миллии омории тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи саломатӣ ва ҳисоботи солонани клиникаи МД ПАГ ва ПТ барои солҳои 2014-2018 мебошад. Дуввум таҳлили ретроспективии 255 ҳолати хунрезии акушерӣ дар байни занҳои «базӯр зинда монда», таҳлили маълумотҳои клиникӣ ва лабораторӣ (коагулятсияи умумии клиникӣ, биохимиявӣ тибқи Ли Уайт. УС узвҳои коси бадан, гурда ва ғадуди сипаршакл, ЭКГ). Гурӯҳи асосӣ (I) - 161 беморони гирифтори компютер. Гурӯҳи муқоисавӣ (II) - 61 зан бо ПЧҲД. Гурӯҳи муқоисавӣ (III) - 33 зани ҳомила бо ПХ. Гурӯҳи назоратӣ аз 100 пуэрпера бидуни хунравии акушерӣ иборат буд. Саввум мусоҳиба ва ташҳиси ҳамачонибаи клиникӣ ва лабораторӣ дар байни 40 нафар бемороне, ки ХА-ро гузаронидаанд. Гузаронидани аудити ҳолатҳои клиникӣ.

Навгонии илмӣ. Бори нахуст дар минтақа динамика ва сохтори ХА ба ҳайси сабаби фавти модар ва тамоюли онҳо дар динамика дар 5 соли охир мавриди таҳлил қарор дода шудааст. Нишон дода шудааст, ки дар сохтори сабабҳои ХА хунравиҳои гипотоникӣ мавқеи асосиро ишғол мекунанд. Муқаррар карда шуд, ки миқдори зиёди пайдошавии ХА ва беморшавии ба он вобастаи модарон ба маҷмӯи омилҳои потенциалии хатар алоқаманд аст, ки асоситарини онҳо бо сатҳи пасти иттилоӣнокии занон, вазнинии тиббӣ-иқтимоӣ ва басомади баланди экстра гениталӣ иртибот доранд. Имкониятҳои аз дастдода ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ ба занҳои ХА-ро аз сар гузаронида ошкор карда шуд: сатҳи ноқофии мувоқибати антенаталӣ, омодагии номуқаммали касбии мутахассисони расонидани Ёрии таъҷилии акушерӣ (ЁТА), мавҷуд набудани «маршрутизатсия», яъне иттилооти хатсайр барои занҳои ҳомила, навзояндаҳо, таваллуд кардагӣҳо ва таъхир кардани бистарикунонӣ дар муассисаҳои сатҳи сеюм, мувоқибати зарурии пас аз валодатӣ дар статсионар, тактикаи нодурусти табобати инфузионӣ-трансфузионӣ.

Истифодаи методикаи аудит «nearmiss» ҳамчун захираи иловагии паст кардани ХА, беморшавӣ ва фавти модар илман асоснок карда шудааст.

Аҳамияти амалии таҳқиқот: Дар амалия татбиқ намудани пешниҳодҳои таҳияшуда ба акушер-гинекологҳо ва ташкилотчиёни нигоҳдории тандурустӣ имконият медиҳанд, ки омилҳои хатари пайдошавии хунравиҳои акушериро дар ҳама сатҳҳои муассисаҳои акушерӣ сари вақт ошкор ва чорабиниҳои профилактикиро баргузор намоянд.

Татабиқи натиҷаҳо дар амалия: Нуқтаҳои асосӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои диссертатсияро дар фаъолияти амалии акушер-гинекологҳои МД «ПИТ АГ ва П Тоҷикистон» мавриди истифода қарор додашудаанд. Маводи таҳқиқот дар раванди таълимӣ ва илмии кафедраи акушерӣ ва гинекологияи ДТБКСТ истифода шуда истодаанд.

Соҳаи истифодабарӣ: мутахассисони ёри аввалияи тиббӣ-санитарӣ, акушер гинекологҳои таваллудхонаҳои ноҳиявӣ, шаҳрӣ ва вилоятӣ, статсионарҳои сатҳи сеюм.

SUMMARY

Malikoeva S.A.

«Medical and Social Aspects of Women's Health who survived Obstetric Bleeding»

specialty 14.01.01 – Obstetrics and Gynecology

Key words: reproductive age, obstetric bleeding, placental presentation, premature placental exfoliation, afterbirth bleeding, audit, missed opportunities, urgent obstetric aid

Aim: to study medical and social aspects of women's health who survived obstetric bleeding and develop proposals on prevention of the complication on all stages of healthcare aid.

Methods of research and literature used. First stage comprises of annual statistical digest analysis of National Health Statistics Center of Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan and annual clinic reports of State Institution “Scientific and Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics” of five-year period, from 2014 to 2018. Second stage comprises of retrospective analysis of 255 cases of obstetric bleeding among “almost” survived women, analysis of clinical and laboratory data (clinical, biochemical clotting according to Lee White), Ultrasound Examination of small pelvis, kidneys and thyroid gland, and electrocardiogram. Main group (I) – 161 patients with afterbirth bleeding. Comparison group (II) – 61 women with premature placental exfoliation. Comparison group (III) – 33 pregnant women with placental presentation. Control group – 100 postpartum women without obstetric bleeding. Third stage comprises of interviewed and complex clinical and laboratory examination of 40 patients who survived obstetric bleeding. Conducting audit of clinical cases.

Scientific novelty. For the first time, the dynamics and structure of obstetric bleeding in the region for the last 5 years was analyzed. Obstetric and afterbirth bleedings take leading position. It was found that the high incidence of obstetric bleeding and the associated maternal morbidity is due to a complex of potential risk factors, the main of which are associated with a low level of awareness among women, medical and social burden, and a high incidence of extragenital morbidity. Missed opportunities in the provision of medical care to women who survived obstetric bleeding were identified: inadequate level of antenatal care, inadequate training of specialists in the provision of urgent obstetric aid, lack of "routing" for pregnant women, women in labor, postpartum women and delayed hospitalization in third-level institutions; improper afterbirth care in hospital, incorrect tactics of infusion-transfusion therapy.

The use of the near miss audit methodology as an additional reserve for reducing of obstetric bleeding, maternal morbidity and mortality has been scientifically substantiated.

Practical significance. Introduction of developed proposals into practice will allow obstetricians-gynecologists and healthcare organizers for in-time determination of obstetric bleeding development risk factor on all stages of obstetric institutions, conducting prevention of this complication, decrease of maternal morbidity and mortality

Introduction of research results into practice The main provisions, conclusions and recommendations are used in the practical work of obstetricians-gynecologists of the “Scientific and Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics” Scientific Institution. The materials of the work have been introduced into the educational and scientific process of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Postgraduate Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan.

Field of use: specialist of primary healthcare aid, regional obstetricians-gynecologists, urban and suburban maternity hospitals of third level