

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ТАДЖИКСКИЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ»**

УДК 618.55-005.284

КАЛАНДАРОВА МАРХАБО ХОТАМОВНА

**ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ
ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

**Автореферат диссертации на соискание ученой степени
доктора философии (PhD) по специальности
14.01.01 - Акушерство и гинекология**

Душанбе – 2022

Работа выполнена в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный руководитель: **Давлатзода Гулджахон Кобил**
кандидат медицинских наук, доцент
директор Государственного учреждения
«Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекология и перинатология»

Официальные оппоненты: **Мухамадиева Саодатхон Мансуровна**
доктор медицинских наук, профессор
профессор кафедры акушерства и гинекология №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
Узакова Урунбиш Джурабаевна
кандидат медицинских наук, доцент
кафедры акушерства и гинекология №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Ведущее организация: «Таджикский национальный университет»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-006 на базе Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Адрес: г. Душанбе, ул. Мирзо Турсун-заде, дом 31, Sh.tabarovna@mail.ru; телефон 918 69 16 68)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (www.niiagip.tj)

Автореферат разослан «___» _____ 2022 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук**

Муминова Ш.Т.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Неуклонный рост частоты кесаревых сечений и высокая частота акушерских кровотечений при абдоминальном родоразрешении определяют актуальность направления данного исследования [В.Е. Радзинский, 2017; М. Р. Nehir et al., 2018].

Наиболее высокие цифры частоты кесарева сечения отмечены в странах с высоким уровнем развития, самые низкие – в странах с низким уровнем развития. Так, в Европейском регионе частота кесарева сечения возросла за последние годы до 22%, в Великобритании – до 25%, в США – до 30%, в Канаде каждая 4-я женщина, в Австралии – каждая 3-я, в Мексике – каждая 2-3 женщины были родоразрешены абдоминальным путем. Частота кесарева сечения в Российской Федерации колеблется от 18% до 37% в разных регионах и в среднем составляет 28 на 100 родов. В РФ 70% операций кесарево сечение выполняются в экстренном порядке. Внедрение новых критериев живорождения - показатель частоты кесаревых сечений растет [Н.В. Саввина, 2015; В.Е. Радзинский, 2017; А. Voatin, 2018].

Идеального дизайна исследования для проверки гипотезы об оптимальной частоте кесарева сечения не существует. Согласно данным доказательной медицины, повышение частоты кесаревых сечений больше 10% не улучшает акушерских и перинатальных исходов. Однако эти цифры не учитывают уровень учреждений. Кроме того, данный подход, основанный на принятии во внимание наилучших научных доказательств, не учитывает важность индивидуальных подходов в практическом акушерстве. В 2015 году ВОЗ рекомендует родовспомогательным учреждениям анализировать частоту кесарева сечения по системе М. Робсона. Целью настоящей рекомендации была объективная оценка эффективности выбора методов родов женщин, поступивших в учреждения на роды [ВОЗ, 2015; М. Robson, 2001].

В Таджикистане проведены единичные исследования, посвященные частоте кесарева сечения в отдельных учреждениях г. Душанбе и стационарах 2-го уровня Хатлонской области [М.Я. Камилова и соавт., 2016].

Несмотря на большой вклад, внесенный в разработку проблемы кесарева сечения в акушерской практике, многие ее стороны являются изученными недостаточно полно. Это относится к вопросам частоты кесарева сечения в стационарах разного уровня в сопоставлении с показателями материнской, перинатальной смертности и послеродовых осложнений. В Таджикистане нет исследований по оценке эффективности использования системы М. Робсона для оценки проведения операции кесарево сечение с учетом показаний.

При кесаревом сечении увеличивается риск для жизни и здоровья матерей, по сравнению с аналогичными показателями при естественных родах. Показано, что при кесаревом сечении значительно повышается риск материнской смертности. В структуре её причин лидируют кровотечения, в том числе при кесаревом сечении. Сравнение числа материнских смертей женщин после кесарева сечения и естественных родов показало, что в первом случае женщины умирают в 3 раза чаще [L. Say, 2014].

Женщины, прооперированные однажды, являются претендентками на повторное кесарево сечение. Соответственно, если растет частота кесарева сечения, то растет и частота акушерских кровотечений, что является важной проблемой в современном акушерстве. Акушерские кровотечения признаны важной социально-медицинской проблемой, а рост частоты кесарева сечения поддерживает значимость этой проблемы. Одним из серьезных осложнений у женщин с рубцом на матке является врастание плаценты в область рубца при последующих беременностях, что сопряжено с риском критических акушерских кровотечений. При родах через естественные родовые пути частота критических акушерских кровотечений встречается в 5 раз реже, чем

при кесаревом сечении [О.А. Латышкевич, 2015; О.Н. Свиридова, 2013; J. Sandall at al., 2018].

Операция кесарево сечение идентифицирована как фактор риска акушерских кровотечений. В то же время деятельность акушеров должна быть направлена не только на снижение его частоты, но и обеспечение безопасности в тех случаях, когда они показаны [В.Е. Радзинский, 2017].

Исследования последних лет направлены на изучение эффективности лекарственных препаратов, применяемых при акушерских кровотечениях. Мало исследований посвящено изучению эффективности и приемлемости препаратов, применяемых для профилактики акушерских кровотечений. Показана эффективность профилактического применения окситоцина как одного из компонентов активного ведения третьего периода родов. Доказана высокая эффективность введения карбопроста и снижение частоты акушерских кровотечений у женщин с рубцами на матке при повторном кесаревом сечении. Одной из технологий с доказанной эффективностью, применяемых для профилактики критических кровотечений при кесаревом сечении, является баллонная тампонада [И.И. Кукарская, 2012; В. Jin, 2015].

Исследования по применению транексамовой кислоты в акушерской практике единичные. Прежде данный препарат применялся в практике хирургов при операциях по поводу травм и обширных кровотечений, а также при нарушениях менструального цикла по типу метроррагий в практике гинекологов. В национальных стандартах «Кровотечения во время беременности, родов и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика» (2018 год) использование транексамовой кислоты рекомендовано уже при развившемся кровотечении с целью профилактики нарушения свертывания крови [Кровотечения во время беременности, родах и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика; Душанбе, 2018].

В настоящее время недостаточно изучены эффективные способы снижения объема кровопотери и частоты акушерских кровотечений при операции кесарево сечение, что определяет актуальность настоящего исследования.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Анализ мировой литературы последних лет по вопросам резервов снижения частоты кесаревых сечений и обеспечения безопасности операции в случаях ее необходимости активно изучается, что связано со значимостью в социально-экономическом плане. Изучались вопросы возможностей снижения частоты кесарева сечения, были сделаны попытки определения оптимальной его частоты. В предыдущих исследованиях показано, что частота осложнений при кесаревом сечении, в частности акушерских кровотечений, выше при сравнении с родами естественным путем. В то же время не до конца изучены вопросы подходов к поиску резервов снижения частоты кесарева сечения в стационарах разного уровня, что опосредованно будет снижать и частоту акушерских кровотечений. Важным в научном и практическом планах является изучение вопросов связи частоты кесарева сечения в стационарах разного уровня в сопоставлении с показателями перинатальной смертности и послеродовых осложнений. Требуют дальнейшей разработки вопросы профилактики акушерских кровотечений при кесаревом сечении, являющемся фактором риска данного осложнения.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Настоящее исследование имеет связь с государственной программой «Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года», в которой предусмотрены мероприятия, направленные на повышение качества медицинской помощи матерям и детям. Исследование проведено в рамках инициативной темы акушерского отдела Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» (ТНИИАГиП)

Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан «Эффективные перинатальные услуги в улучшении качества помощи матерям и детям» (МЗиСЗН РТ), утвержденной на заседании Ученого Совета №7 от 29.09.2016.

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Оценить возможности снижения частоты кесаревых сечений в стационарах разного уровня и оптимизировать профилактику кровотечений при этой операции.

Задачи исследования

1. Изучить частоту и структуру показаний к операции кесарево сечение в стационарах 2-го и 3-го уровней.
2. Определить удельный вес женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение, в группах по классификации М. Робсона и оптимизировать подходы, снижающие частоту кесарева сечения в стационарах 2-го и 3-го уровней.
3. Изучить частоту и структуру акушерских кровотечений при родах через естественные родовые пути и при кесаревом сечении.
4. Оценить приемлемость и эффективность применения транексамовой кислоты для снижения объема кровопотери при кесаревом сечении.

Объект исследования. Объектом исследования явились истории родов женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение (ретроспективный анализ), и женщины во время беременности с запланированным кесаревым сечением и в послеродовом периоде после кесарева сечения (проспективное исследование).

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение частоты и структуры показаний к операции кесарево сечение, резервов снижения частоты кесарева сечения в зависимости от уровня учреждения, акушерских и перинатальных исходов при кесаревом сечении. В ходе проведенных исследований акцент сделан на частоте и структуре показаний к кесаревому сечению в стационарах разного уровня, зависимости частоты акушерских кровотечений и перинатальных исходов от частоты кесарева

сечения с использованием новой технологии анализа – система М.Робсона, позволяющей анализировать удельный вес и резерв снижения частоты кесарева сечения в различных клинических группах женщин. Основным направлением настоящего исследования явилась профилактика акушерских кровотечений не только за счет поиска возможностей снижения частоты кесарева сечения, но и научного обоснования эффективности и приемлемости применения транексамовой кислоты при кесаревом сечении.

Научная новизна исследования. Впервые в Таджикистане изучена частота кесаревых сечений, соотношение плановых и экстренных операций, соотношение родов через естественные родовые пути к абдоминальному родоразрешению в зависимости от уровня учреждений. Проведен анализ показаний к операции кесарево сечение с использованием системы М. Робсона и установлены клинические группы женщин с наибольшим удельным весом кесарева сечения в стационарах 2-го и 3-го уровней. Выявлены причины высокого удельного веса операций кесарева сечения в определенных клинических группах шкалы М. Робсона и соответственно этим причинам предложены рекомендации по снижению частоты кесарева сечения. Показано, что в стационаре 3-го уровня с увеличением частоты кесарева сечения снижается коэффициент эффективности абдоминального родоразрешения в отношении перинатальных исходов и акушерских кровотечений. Доказано, что частота акушерских кровотечений при операции кесарево сечение в 4 раза превышает данный показатель при родах через естественные родовые пути. Научно обоснована эффективность и приемлемость применения транексамовой кислоты у женщин с операцией кесарево сечение для уменьшения объема кровопотери и снижения частоты акушерских кровотечений.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Установлено, что повышение частоты кесаревых сечений сопровождается повышением частоты акушерских кровотечений. Доказано, что применение

транексамовой кислоты у женщин с рубцом на матке перед операцией кесарево сечение уменьшает объем кровопотери, что является профилактикой акушерских кровотечений. Показано, что применение анализа случаев кесаревых сечений с использованием классификации М. Робсона в учреждениях 2-го и 3-го уровней позволяет определить относительный вклад каждой клинической группы женщин в общее количество кесаревых сечений и провести более глубокий анализ для определения резерва снижения частоты кесаревых сечений в десяти группах системы М.Робсона.

Материалы диссертации могут использоваться в учебном процессе кафедр акушерства и гинекологии медицинских вузов. Практическим врачам предложено использовать шкалу М. Робсона и проводить анализ показателей кесарева сечения и акушерских кровотечений в виде сравнения акушерских и перинатальных исходов при различных способах родоразрешения. В результате проведенных исследований предложен алгоритм профилактики акушерских кровотечений при кесаревом сечении с использованием транексамовой кислоты.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Частота кесаревых сечений в стационаре 3-го уровня превышает аналогичные данные в стационарах 2-го уровня в 2,5 раза, коэффициент эффективности кесарева сечения (КЭКС) в отношении перинатальных исходов снижается с повышением частоты абдоминального родоразрешения.
2. Основными клиническими группами по шкале М.Робсона, имеющими резервы снижения частоты кесарева сечения в стационарах 2-го и 3-го уровней, являются: женщины с одной операцией кесарева сечения в анамнезе (группа V), первородящие и повторнородящие женщины со спонтанными родами, доношенной беременностью, головным предлежанием плода (группы I, III), в стационаре 3-го уровня - необходимость досрочного родоразрешения путем индукции родов (группы II, IV).

3. Частота акушерских кровотечений при кесаревом сечении в 4 раза превосходит аналогичный показатель при родах через естественные родовые пути, что определяет кесарево сечение фактором риска акушерских кровотечений.

4. Введение транексамовой кислоты до начала операции кесарево сечение снижает объем кровопотери и уменьшает частоту акушерских кровотечений при абдоминальном родоразрешении.

5. Профилактическое применение транексамовой кислоты при кесаревом сечении не оказывает влияния на функциональную активность печени и почек, что подтверждено отсутствием изменений уровней креатинина и мочевины, билирубина, АлАТ и АсАТ.

Степень достоверности результатов диссертации. Достоверность результатов диссертации подтверждается достаточным объемом материала, статистически подтвержденными достоверными данными, использованием современных методов исследования и публикациями по материалам диссертации. Выводы обоснованы полученными результатами исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности Область исследования соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология.

3.1.6. Течение и ведение родов. Оперативное родоразрешение: кесарево сечение. Кровотечения в родах.

3.1. Частота и структура показаний к операции кесарево сечение в стационарах 2-го и 3-го уровней.

3.2. Резервы снижения частоты кесарева сечения с использованием классификации М. Робсона в учреждениях 2-го и 3-го уровней.

4.1. Частота акушерских осложнений при кесаревом сечении и родах через естественные родовые пути.

4.2. Клиническая характеристика обследованных женщин основной группы и группы сравнения.

4.3. Результаты применения транексамовой кислоты у женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования
Диссертантом лично проведен поиск и анализ литературы, сбор материала, статистическая обработка и анализ результатов, участие на конференциях, написание статей, внедрение полученных результатов, написание диссертации и автореферата.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные результаты исследования представлены на научных конференциях ГУ ТННИАГиП МЗиСЗН РТ: «Современные подходы сохранения и восстановления репродуктивной функции» (2020), «COVID-19 и беременность» (2021), на межклиническом заседании акушерского отдела (2022) и на проблемной комиссии акушеров и гинекологов ГУ ТННИАГиП МЗиСЗН РТ. Результаты проведенных исследований внедрены в работу отделений патологии беременности ГУ ТННИАГиП МЗиСЗН РТ, Областного и городского родильных домов г.Худжанда, Дж.Расуловского район Сугдской области.

Публикация результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 8 работ, в том числе 4 в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 146 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 20 таблицами и 20 рисунками; структура, объемы глав, список литературы соответствуют требованиям ВАК при Президенте РТ. Список литературы содержит 76 источников на русском языке и 83 источника на английском языке.

Основная часть исследования

Материал и методы исследования

Объектом исследования были женщины, родоразрешенные операцией кесарева сечения. При выполнении работы использованы дизайны исследования – ретроспективное и проспективное исследования, последнее представлено рандомизированным контролируемым исследованием. Материал исследования состоял из историй родов женщин, родоразрешенных операцией «кесарево сечение» (379 и 290 историй родов женщин из стационаров 3-го и 2-го уровней). В этих же стационарах проанализированы показатели по кесаревому сечению за 3 года. В результате анализа годовых отчетов установлена частота кесаревых сечений и коэффициент эффективности этой операции по годам. Сравнение частоты кровотечений при родах через естественные родовые пути и путем кесарева сечения проведено с использованием данных годового отчета стационара 3-го уровня за 2019 год. Для определения удельного веса женщин в группах согласно классификации М. Робсона с целью оптимизации подходов, снижающих частоту кесарева сечения в изученных стационарах, проведен отбор и анализ 193 историй родов женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение в стационаре 2-го уровня, и 84 женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение в стационаре 3-го уровня.

Проспективное исследование проведено для выполнения задачи оценки применения транексамовой кислоты с целью снижения объема кровопотери и частоты акушерских кровотечений при проведении операции кесарева сечения. Карты проспективного исследования включали информацию о клинико-социальных характеристиках женщин, перенесенных соматических и гинекологических заболеваний, менструальной функции, паритете, репродуктивном и акушерском анамнезе, течении настоящей беременности, показаниях к операции кесарева сечения, особенностях течения самой операции, объеме кровопотери, методе его измерения, вычислениях по

гемоглобину и по гематокриту, особенностях течения послеоперационного периода, акушерских и перинатальных исходах, результатах лабораторных исследований до операции и после неё (общий анализ крови, общий анализ мочи, фибрин, фибриноген, время свертывания крови по Ли-Уайту, креатинин, мочевины крови, билирубин, аланинаминотрансфераза и аспартатаминотрансфераза крови). В данную часть исследования были включены 50 женщин с рубцом на матке, поступивших в стационар 3-го уровня для проведения планового кесарева сечения. Они были разделены на 2 группы: основная группа – женщины, которым вводили транексамовую кислоту до начала операции (22 человека). Женщины группы сравнения прооперированы без введения транексамовой кислоты (28 человек). Критериями включения в обе группы были: репродуктивный возраст, беременность, наличие рубцов на матке после предыдущих операций кесарева сечения. Отличие в критериях включения между основной и группой сравнения – женщинам основной группы вводили до начала операции транексамовую кислоту, женщинам группы сравнения транексамовую кислоту не вводили.

Критериями исключения из основной группы являлись: ожирение, венозная тромбоэмболия, миома матки, острые заболевания почек и печени, указания женщины на аллергию на нестероидные противовоспалительные препараты.

Методы исследования, примененные при выполнении диссертационной работы: классификация М. Робсон (2001), коэффициент перинатальной смертности рассчитывается как отношение числа мертворожденных, а также умерших в первые 7 суток жизни к общему числу родившихся живыми и мертвыми, подсчет коэффициента эффективности кесарева сечения по формуле:

$$\text{КЭКС} = \frac{\text{КС по стране} \times \text{ПС по стране}}{\text{КС исследуемого объекта} \times \text{ПС исследуемого объекта}}$$

где: КС (%), показатель ПС (в промилях)

Коэффициент, равный 2,0 и выше, считают отличным, 1,5-2 - хорошим, 1-1,5 - удовлетворительным, ниже 1 – плохим (И.О. Боровиков, 2016)

Для оценки применения транексамовой кислоты с целью снижения объема кровопотери и частоты акушерских кровотечений при проведении операции кесарево сечение использовали методы: гравидометрический метод измерения потерянной крови, метод расчета объема кровопотери по уровню снижения гемоглобина и гематокрита, общеклинические лабораторные методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи), биохимический анализ функциональных проб печени и почек (билирубин, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспартатаминотрансфераза (АсАТ), креатинин, мочевины крови), биохимический анализ (фибрин, фибриноген крови).

Результаты исследования

Частота абдоминального родоразрешения зависит от уровня учреждений. Частота кесаревых сечений в учреждениях 2-го уровня в динамике прослеженных лет практически не менялась и составила: в 2017 году – 10,4%, в 2018 году – 9,5%, в 2019 году – 9,8%. В те же годы частота кесарева сечения в стационаре 3-го уровня составила 23,4%, 18,7%, и 18,1% соответственно. Установлено, что частота кесарева сечения в стационарах 2-го уровня в 2-2,5 раза ниже, чем в стационарах 3-го уровня.

Преобладающее большинство этих операций кесарево было выполнено в экстренном порядке. В предыдущих исследованиях показано, что частота интраоперационных и послеоперационных осложнений при экстренных кесаревых сечениях превышает аналогичные цифры плановых операций

[В.Е. Радзинский и соавт., 2018; А.Н. Рымашевский и соавт., 2014]. Как в стационаре 3-го уровня, так и в стационарах 2-го уровня частота экстренных операций ($67,3 \pm 2,4\%$; $94,1 \pm 1,4\%$) статистически значимо ($p < 0,001$) превышала частоту плановых операций ($32,7 \pm 2,4\%$; $5,9 \pm 1,4\%$). Установлено статистически значимое повышение частоты экстренных операций в стационарах 2-го уровня (значение $\chi^2 - 71,233$; $p < 0,001$), по сравнению с соответствующим показателем в стационарах 3-го уровня. Выявлена корреляционная связь средней силы (коэффициент Пирсона $r=0,310$) между уровнем стационара и частотой экстренных операций, что свидетельствует о лучшей организации помощи матерям с кесаревым сечением в стационаре более высокого уровня.

Соотношение количества родов через естественные пути к родам операцией кесарево сечение в динамике изученных лет в учреждении 3-го уровня составило 3,3 в 2017 году, 4,3 – в 2018 году и 4,5 - в 2019 году. В стационаре 2-го уровня соотношение количества родов через естественные пути к родам операцией кесарево сечение в динамике изученных лет составило 3,9 в 2017 году, 3,8 – в 2018 году, 3,7 – в 2019 году, т.е. данный показатель оставался без особой динамики.

Основными показаниями к операции кесарево сечение в стационарах 2-го и 3-го уровней были рубец на матке с присоединившимися осложнениями (31,6% и 44,6% соответственно). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) явилась показанием к кесареву сечению в стационаре 2-го уровня в 16,8% случаев, в стационаре 3-го уровня – в 5,9% случаев. Удельный вес кесаревых сечений по показанию «тазовое предлежание» в сочетании с другими осложнениями в стационарах разного уровня был примерно одинаковым (4,5% - 5,7% и 5%-5,5% соответственно).

Учитывая, что абдоминальное родоразрешение имеет цель следовать главному принципу перинатальной медицины – сохранение здоровья матери и бережное родоразрешение для плода, мы сочли целесообразным

проследить по годам динамику перинатальной смертности в стационаре 3-го уровня (рисунок 1). Как видно из представленного графика, в учреждениях 3-го уровня отмечалось снижение коэффициента перинатальной смертности в динамике по годам с 63,1 на 1000 родов до 49,1 на 1000 родов. Однако цифры перинатальной смертности в этих учреждениях значительно превышали данные по стране. Согласно данным официальной статистики, в Таджикистане перинатальная смертность составила в 2017 году 17,1, в 2018 году – 23,5, в 2019 году – 17,3 на 1000 родов.

В нашем исследовании проведен анализ сравнения частоты кесаревых сечений и перинатальных исходов в учреждении высокого уровня. Частота кесаревых сечений в динамике изученных лет составила 23,4%, 18,7% и 18,1%. Коэффициент перинатальной смертности в данном учреждении в динамике по годам составил 63,1 на 1000 родов, 53,6 на 1000 родов и 49,1 на 1000 родов (рис. 1). В Таджикистане перинатальная смертность составила в 2017 году 17,1, в 2018 году – 23,5, в 2019 году – 17,3 на 1000 родов. Коэффициент эффективности применения операции кесарево сечение для улучшения перинатальных исходов в учреждении 3-го уровня в динамике изученных лет составил 0,14 в 2017 году, 0,28 - в 2018 году и 0,23 - в 2019 году (рис. 1).

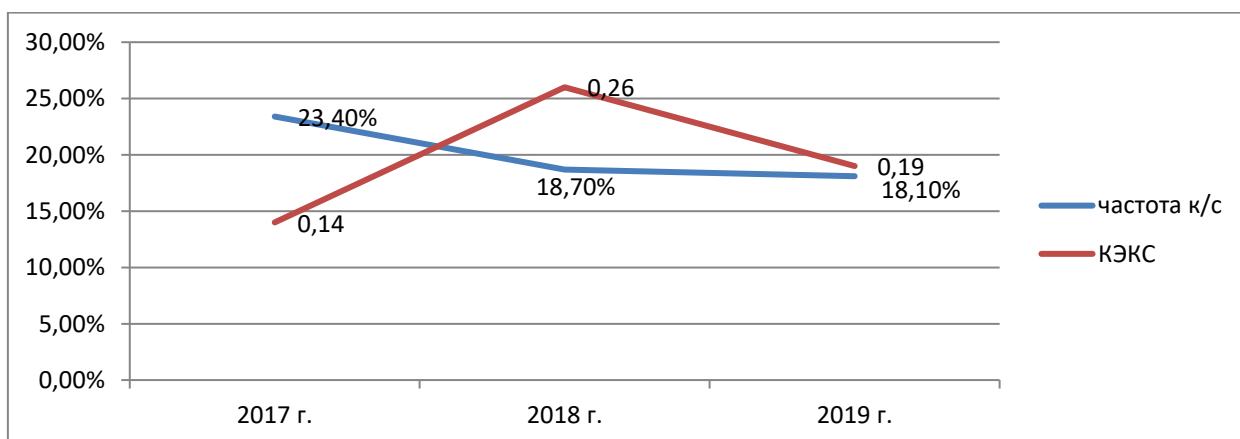


Рисунок 1. – Зависимость коэффициента эффективности кесарева сечения от частоты кесарева сечения в стационаре 3-го уровня

Нашими исследованиями показано, что высокие цифры показателя частоты кесаревых сечений не снижают перинатальной смертности, что подтверждает результаты исследований экспертов ВОЗ (2015). Поэтому необходимым вмешательством, улучшающим качество помощи матерям и детям, является регулярный анализ случаев кесарева сечения с использованием современных технологий, таких как система М. Робсона, позволяющая оценивать эффективность каждой операции.

Распределение случаев кесарева сечения в учреждениях 2-го уровня по классификации М. Робсона представлено в таблице 1. Наиболее значимые различия показателей при распределении женщин с операцией кесарево сечение в стационарах 2-го и 3-го уровней установлены во II, IV, V группах.

Наибольший удельный вес кесаревых сечений отмечен в группе V – повторнородящие с рубцом на матке после кесарева сечения: в стационарах 3-го уровня этот показатель составил 48,3%, в стационарах 2-го уровня – 39,9%. Согласно данным литературы, каждая 3-я женщина с рубцом на матке имеет в последующем абдоминальное родоразрешение [Э.К. Айламазян, 2014].

Таблица 1. – Распределение случаев кесарева сечения по классификации Робсон учреждений 2-го и 3-го уровней

Группа	Уровень стационара			
	2-й	3-й	2-й	3-й
I	22	63	11,4%	16,8%
II	22	18	11,4%	4,8%
III	28	45	14,5%	12,0%
IV	20	8	10,4%	2,1%
V	77	181	39,9%	48,5%
VI	8	12	4,1%	3,2%
VII	0	2	0%	0,5%
VIII	3	11	1,6%	2,9%
IX	6	12	3,1%	3,2%
X	7	23	3,6%	5,9%
Всего	193	375	100%	100%

Удельный вес кесаревых сечений у женщин с 1 операцией в анамнезе в стационарах как 2-го, так и 3-го уровней был одинаковым – каждая 4-я прооперированная женщина имела рубец на матке с анамнезом однократной операции. Удельный вес кесаревых сечений женщин с 2-мя операциями в анамнезе среди женщин с рубцом на матке (28 из 77 – 36,4%) в стационаре 2-го уровня был статистически значимо меньше (точный критерий Фишера - 0,01874, $p < 0,05$), чем в стационаре 3-го уровня (29 из 50 – 58%). Выявленные различия объясняются тем, что женщины с 2-ми и более операциями в анамнезе преимущественно должны быть госпитализированы в стационары 3-го уровня. Резервом снижения частоты кесарева сечения в стационаре 3-го уровня является увеличение консервативных родоразрешений беременных с рубцом на матке (однократная операция в анамнезе). В стационаре высокого уровня имеется больше возможностей обеспечить внедрение техники операции, обеспечивающей высокие качество послеоперационного рубца и используемого шовного материала, а также профилактики, лечения и

реабилитации послеоперационных септических осложнений. Также условия таких стационаров могут обеспечить качественное обследование и подготовку женщин с одной операцией в анамнезе к ведению родов через естественные родовые пути.

В стационаре 2-го уровня удельный вес кесарева сечения I группы составил 11,4%, в стационаре 3-го уровня – 16,8%. В целом, в I и III клинических группах шкалы М. Робсона, которые отличаются по паритету, основной причиной высокого удельного веса кесарева сечения явилось некачественное использование партограмм при ведении родов через естественные родовые пути. В стационарах 3-го уровня в данной клинической группе преобладали возрастные первородящие женщины с бесплодием в анамнезе, роды которых зачастую осложняются, требуют медикаментозной коррекции и в некоторых случаях заканчиваются операцией кесарева сечения. Возможностью снижения частоты экстренных кесаревых сечений у подобного контингента женщин является оценка перинатальных факторов риска первородящих возрастных женщин и женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом.

Удельный вес кесаревых сечений, отнесенных по классификации Робсона ко II и IV группам (Первородящие и повторнородящие, экстренная операция, затылочное предлежание плода, индуцированные роды, доношенный срок), в стационарах 2-го уровня (22 из 193 и 20 из 193) статистически значимо не отличался (критерий χ^2 1,974, $p=0,161$) от соответствующих показателей в стационарах 3-го уровня (5 из 84 и 1 из 84). Проведенный детальный анализ выявил, что в 23 (54,8%) случаях из 42 индуцированных родов имело место несоблюдение режима введения окситоцина. Возможности снижения частоты кесарева сечения во II и IV группах в стационарах любых уровней – это качественное использование и интерпретация партограмм.

В отличие от стационаров 2-го уровня в стационаре 3-го уровня значимая доля женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение, представлена женщинами X группы (недоношенная беременность и необходимость досрочного родоразрешения). В основном, эти пациентки имели следующие показания для досрочного родоразрешения: тяжелая преэклампсия, дородовый разрыв плодных оболочек, синдром задержки развития плода. Возможными резервами снижения в данной клинической группе являются прогнозирование и своевременная профилактика осложнений беременности, требующих родоразрешения при недоношенном сроке. Таким образом, использование классификации М. Робсона может быть использовано как единая система классификации для стационаров любого уровня, и данный подход позволяет сравнивать показатели между учреждениями.

Изучение частоты кровотечений в зависимости от способа родов показало статистически значимое различие частоты акушерских кровотечений у женщин с кесаревым сечением (399 случаев из 2005 кесаревых сечений) по сравнению с соответствующим показателем у женщин с естественными родами (452 случая из 9075 родов естественным путем – χ^2 – 515,524; уровень значимости $p < 0,001$). Частота кровотечений при кесаревом сечении (19,9%) в 4 раза превышала соответствующий показатель при родах через естественные родовые пути (4,98%). Абсолютный риск развития кровотечения у женщин с кесаревым сечением составил 0,199, у женщин с естественными родами - 0,050 ($p < 0,05$). Относительный риск (RR) развития кровотечений у женщин при кесаревом сечении составил 3,995 (DI 3,524-4,530). Полученные результаты позволяют считать операцию кесарево сечение фактором риска развития акушерских кровотечений.

Согласно рекомендациям ВОЗ, диагноз акушерского кровотечения при кесаревом сечении устанавливается при кровопотере 1000 мл и выше. Данный объем кровопотери сопряжен с потерей факторов свертывания

крови. Одним из препаратов, используемых для лечения кровотечений, является транексамовая кислота, обладающая антифибринолитическим действием. Учитывая последнее, мы сочли целесообразным изучить эффективность применения транексамовой кислоты при кесаревом сечении и рубцом на матке с целью уменьшения кровопотери и снижения частоты кровотечений. Транексамовая кислота использована 22 женщинам с запланированным кесаревым сечением (основная группа), 28 женщинам (группа сравнения) операция проведена без введения транексамовой кислоты. Всем пациенткам операция была проведена со спинальным обезболиванием в плановом порядке.

Изучение клинической характеристики обследованных женщин основной группы и группы сравнения показало отсутствие статистически значимых различий в таких характеристиках, как средний возраст женщин, частота соматической патологии, частота гинекологических заболеваний в анамнезе, наличие выкидышей в анамнезе, распределение женщин в зависимости от кратности операций в анамнезе, отличия в сроках родоразрешения. Средний возраст женщин основной группы составил $25,95 \pm 1,04$, группы сравнения – $26,79 \pm 4,82$, что не имело статистически значимых различий ($p > 0,05$). Наиболее часто в обеих группах женщин встречались анемии (63,6%; 64,3%), йоддефицитные состояния (18,2%; 21,4%), заболевания почек (22,7%; 28,6%) и частые острые респираторно-вирусные заболевания (27,3%; 25%). Среди женщин основной группы 8/22, среди женщин группы сравнения 6/28 в анамнезе имели дважды кесарево сечение, что не имело статистически значимых отличий (χ^2 -критерий с поправкой Йейтса -0,723, уровень значимости – 0,396). Сравнение удельного веса показаний к операции кесарева сечения между двумя группами показало отсутствие статистически значимого различия между данными показателями в двух группах (таблица 2).

Таблица 2. – Удельный вес показаний к операции кесарева сечения в обследованных группах женщин

Показание	Группа		Критерии оценки	
	основная	сравнения	χ^2 (с поправкой Йейтса)	значимость
Несостоятельный рубец	6/22	2/28	2,368	0,124
2 операции в анамнезе	2/22	62/28	0,075	0,785
Рубец + осложнения	14/22	24/28	2,193	0,139

Примечание: достоверно значимые различия при уровне значимости $p < 0,05$

Для сравнения среднего объема кровопотери из групп обследованных женщин были исключены 2 женщины, интраоперационный период которых осложнился кровотечениями. Обе эти женщины были из группы сравнения. В основной группе женщин, которым применяли транексамовую кислоту с целью профилактики кровотечения, случаев акушерских кровотечений не зарегистрировано. Объем кровопотери определен тремя методами – методом измерения и расчетными методами по изменению уровней гемоглобина и гематокрита (таблица 3).

Таблица 4.5. – Средняя кровопотеря в группах обследованных женщин

Показатель	Группа			
	основная (n=22)	сравнения (n=26)	t	P
Метод измерения (мл)	462,27±11,66	726,92±63,01	4,11565	<0,001
Кровопотеря по Hb (мл)	492,32±11,28	731,54±62,89	3,74435	<0,005

Кровопотеря по Ht (мл)	501,23±11,34	736,92±63,08	3,67821	<0,005
---------------------------	--------------	--------------	---------	--------

Средняя разница кровопотери в основной группе и группе сравнения по методу измерения составила 264,65±37,34 мл, по расчетному методу с учетом снижения гемоглобина – 239,22±37,09 мл, по расчетному методу с учетом гематокрита – 235,69±37,21 мл. Статистически значимых различий средней разницы кровопотери, подсчитанных использованными методами, не установлено ($t=0,48$; 0,54; 0,06). Наибольшее различие установлено при сравнении средней разницы кровопотери между основной группой и группой сравнения при использовании гравидометрического метода, наименьшее различие – при использовании расчетного метода по изменению уровня гематокрита, что свидетельствует о наибольшей точности последнего метода измерения кровопотери.

Сравнение послеоперационной кровопотери в течение 2 часов после операции, подсчитанной методом измерения, выявило статистически значимое ($t= 2,7$; $p<0,05$) снижение данного показателя у женщин, которым применяли транексамовую кислоту (42,9±2,6 мл), по сравнению с аналогичным показателем у женщин группы сравнения (57,7±4,8 мл).

Среднее содержание гемоглобина у женщин основной группы до начала операции (104,23±2,29 г/л) статистически значимо не отличалось ($p>0,05$) от соответствующего показателя в группе сравнения (106,07±1,49 г/л). После операции в основной группе среднее значение гемоглобина составило 94,05±1,90 г/л, что было статистически значимо выше ($t=3,31$; $p<0,05$) соответствующего показателя в группе сравнения (83,89±2,4 г/л) – рис.3.

Среднее значение разницы гемоглобина у женщин основной группы (10,18±2,10%) было статистически значимо ниже ($t=4,18$; $p<0,001$)

аналогичного показателя в группе сравнения ($22,18 \pm 1,95\%$). Как видно из приведенных данных, применение транексамовой кислоты снижает объем кровопотери и, соответственно, уровень гемоглобина снижается в меньшей степени, чем у женщин, операция которым проведена без введения транексамовой кислоты.

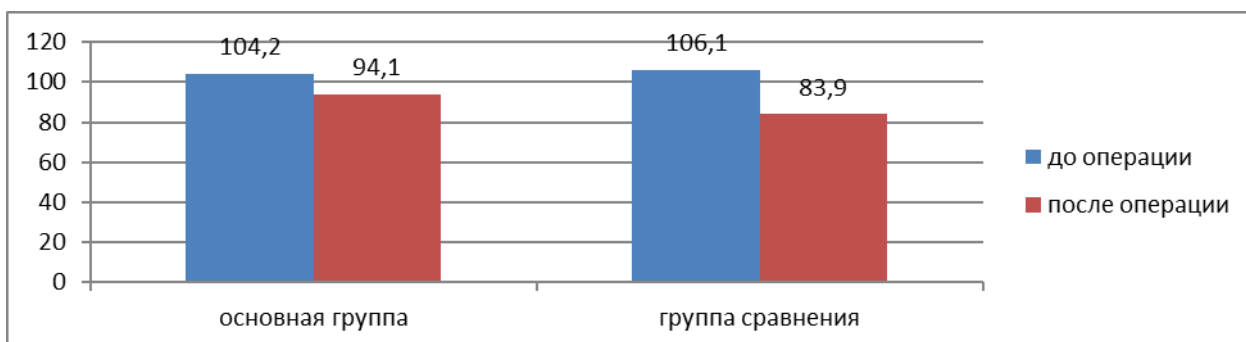


Рисунок 2. – Среднее содержание гемоглобина до и после операции в группах обследованных женщин

В основной группе женщин среднее значение гематокрита составило $32,42 \pm 0,99\%$, в группе сравнения – $33,24 \pm 1,01\%$, что не имело статистически значимого различия. После операции содержания гематокрита в основной группе женщин составило $28,9 \pm 1,02\%$. в группе сравнения - $28,4 \pm 0,98\%$, что также статистически значимо не отличалось. В основной группе после операции кесарева сечения средний уровень гематокрита статистически значимо снижался, по сравнению с таковым до операции ($t=2,11$; $p<0,05$). Необходимо отметить, что в группе сравнения данный показатель также статистически значимо снижался, но более выражено ($t=3,43$; $p<0,001$). Средние значения разницы гематокрита до операции и после в основной группе ($3,52 \pm 1,01\%$) и группе сравнения ($5,2 \pm 0,99\%$) не имели статистически значимых различий ($t=1,19$; $p>0,05$), однако отмечается тенденция снижения средней разницы уровня гематокрита у женщин, которым применяли транексамовую кислоту.

Средний уровень билирубина у женщин основной группы составил $12,4 \pm 0,7$ мкмоль/л, что статистически значимо не отличалось ($p>0,05$) от

показателя группы сравнения ($12,9 \pm 0,4$ мкмоль/л). Средние уровни АлАТ и АсАТ женщин основной группы ($0,6 \pm 1,2$ МЕ/л; $23,8 \pm 1,1$ МЕ/л) статистически значимо ($p > 0,05$) не отличались от аналогичных показателей женщин группы сравнения ($0,8 \pm 0,1$ МЕ/л; $21,3 \pm 0,14$ МЕ/л). Средний уровень креатинина у женщин основной группы составил $66,81 \pm 1,9$ мкмоль/л, мочевины - $5,54 \pm 0,16$ ммоль/л. В группе сравнения средний уровень креатинина составил $73,94 \pm 1,72$ мкмоль/л, что статистически значимо превышало такой же показатель в основной группе ($t = 2,8$; $p < 0,05$). Средняя концентрация мочевины в группе сравнения составила $5,64 \pm 0,18$ ммоль/л, что не имело статистически значимого различия, по сравнению с этим же показателем в основной группе ($t = 0,4$; $p > 0,05$). Однако в группе сравнения женщин с уровнем креатинина, превышающим лабораторные нормы, не было, что позволило считать, что женщины исследованных групп были идентичны по функциональному состоянию почек.

Оценка влияния использования транексамовой кислоты в основной группе на функциональную активность печени и почек установила отсутствие влияния данного препарата на уровни билирубина, АлАТ, АсАТ, креатинина и мочевины, что демонстрируют отсутствие статистически значимых различий при сравнении соответствующих параметров (таблица 4).

Таблица 4. – Результаты средних показателей печеночной функции женщин основной группы до и после применения транексамовой кислоты

Основная группа	Средний показатель				
	билирубин (мкмоль/л)	АлАТ(МЕ/л)	АсАТ(МЕ/л)	креатинин (мкмоль/л)	мочевина (ммоль/л)
До введения ТК	$12,35 \pm 0,69$	$0,57 \pm 0,17$	$23,75 \pm 1,09$	$66,81 \pm 1,9$	$5,54 \pm 0,16$

После введения ТК	12,85±0,42	0,60±0,17	21,3±0,14	66,41±2,02	5,66±0,18
t	0,6	0,1	0,3	0,15	0,49
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Средний уровень фибрина у женщин основной группы составил $13 \pm 0,29$ г/л, группы сравнения - $13,36 \pm 0,62$ г/л, что не имело статистически значимых различий ($t = 0,53$; $p > 0,05$). Средний уровень фибриногена в основной группе составил $325 \pm 7,36$ г/л, в группе сравнения - $332,71 \pm 14,61$ г/л, что также не имело статистически значимых различий ($t = 0,47$; $p > 0,05$). Средние показатели фибрина и фибриногена в обеих группах не имели статистического различия, что свидетельствует об отсутствии влияния транексамовой кислоты на параметры свертывающей системы крови в случаях, если до введения препарата не было выявлено нарушений гемостаза. Среди женщин обеих групп не было пациенток с показателями фибрина и фибриногена, соответствующих ДВС-синдрому.

Выводы

1. Частота кесарева сечения в стационаре 3-го уровня превышает в 2,5 раза данный показатель в стационаре 2-го уровня. В стационарах 2-го уровня в динамике прослеженных лет частота кесаревых сечений и показатель соотношения родов через естественные родовые пути к родам путем операции кесарево сечение не менялись. В стационарах 3-го уровня тенденция снижения частоты кесаревых сечений способствует росту соотношения родов через естественные родовые пути к родам путем операции кесарева сечения [5-А, 7-А].
2. Как в стационаре 3-го уровня, так и в стационарах 2-го уровня частота экстренных операций ($67,3 \pm 2,4\%$; $94,1 \pm 1,4\%$ соответственно) статистически значимо ($p < 0,001$) превышает частоту плановых операций ($32,7 \pm 2,4\%$; $5,9 \pm 1,4\%$ соответственно). Установленное статистически значимое повышение частоты экстренных операций в стационарах 2-го уровня (значение $\chi^2 - 71,233$; $p < 0,001$), по сравнению с аналогичным показателем в стационарах 3-го уровня, свидетельствует о более качественном подходе в организации операций кесаревых сечений в стационаре более высокого уровня [1-А, 5-А].
3. Коэффициент эффективности применения операции кесарева сечения для улучшения перинатальных исходов в учреждении 3-го уровня снижается параллельно с повышением частоты кесарева сечения: 0,26 при частоте кесарева сечения 18,1%; 0,19 – при частоте кесарева сечения 18,7%; 0,14 – при частоте кесарева сечения 23,4% [1-А, 4-А].
4. Основным показанием к операции кесарева сечения в стационарах 2-го и 3-го уровней является рубец на матке (у каждой 3-й женщины). Удельный вес операций кесаревых сечений ввиду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в стационарах 2-го

- уровня в 3 раза превышает соответствующий показатель в стационарах 3-го уровня [1-А, 2-А].
5. Возможности снижения частоты кесаревых сечений в стационарах разных уровней необходимо анализировать в группе женщин с одной операцией кесарево сечение в анамнезе, в группах женщин с первой и повторной беременностями, спонтанными родами, головным предлежанием, доношенной беременностью в стационаре 2-го уровня – среди рожениц, которым применяют родоусиление, в стационаре 3-го уровня – среди женщин с преждевременными родами и индуцированной беременностью [2-А, 6-А].
 6. Применение транексамовой кислоты у женщин с кесаревым сечением снижает объем кровопотери, потерю гемоглобина и уменьшает частоту акушерских кровотечений [3-А, 8-А].
 7. Приемлемость применения транексамовой кислоты доказывают отсутствие изменений средних показателей функции печени и почек, свертывающей системы крови, отсутствие случаев тромбоза [3-А, 8-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов диссертации

1. Анализ качества помощи женщинам с кесаревым сечением в стационарах любых уровней следует проводить с использованием системы М. Робсона.
2. Для снижения частоты кесаревых сечений в группах женщин с первой и повторной беременностями, спонтанными родами, головным предлежанием, доношенной беременностью в стационарах любых уровней необходимо качественно заполнять и интерпретировать партограммы.

3. Для увеличения консервативных родоразрешений беременных женщин с одной операцией кесарево сечение в анамнезе проводить правильный их отбор для запланированных родов через естественные родовые пути и внедрять техники операции, обеспечивающие высокое качество послеоперационного рубца, прослеживать качество используемого шовного материала, а также проводить профилактику, лечение и реабилитацию послеоперационных септических осложнений.
4. При родоусилении необходимо соблюдение режима введения окситоцина.
5. В стационаре 3-го уровня резервом снижения частоты кесарева сечения среди возрастных первородящих и женщин с бесплодием в анамнезе является внедрение оценки перинатальных факторов риска.
6. Для снижения частоты кесаревых сечений при необходимости досрочного родоразрешения необходимы совместные действия как на антенатальном уровне, так и качественно оказанная помощь на уровне стационаров.
7. Для профилактики кровотечений при кесаревом сечении необходимо всем женщинам применять транексамовую кислоту в следующем режиме: до начала обезболивания 500 мл NaCl 0,9% + 5 мл транексамовой кислоты внутривенно капельно.

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

1-А. Каландарова, М. Х. Частота кесарева сечения и показатель перинатальной смертности в стационаре 3-го уровня [Текст] / М.Я. Камилова, М.Х. Каландарова, П.А. Джонмахмадова, Ч.А. Назарова, Ш.А. Назарбекова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2020. - №3. - С. 259-264.

2-А. Каландарова, М. Х. Частота кесарева сечения с использованием классификации М.Робсона в учреждениях 2-го и 3-го уровней [Текст] / М.Я. Камилова, М.Х. Каландарова, Ч.А. Назарова // Наука и инновация. - 2020. - №3. - С. 36-41.

3-А. Каландарова, М. Х. Результаты применения транексамовой кислоты у женщин, родоразрешенных операцией кесарево сечение [Текст] / М.Х. Каландарова, М.Я. Камилова, Г.К. Давлатзода // Наука и инновация. - 2022. - №3. - С. 36-41.

4-А. Каландарова, М. Х. Возможности определения оптимальной частоты кесарева сечения и политика по снижению частоты кесарево сечения [Текст] / М.Х. Каландарова // Научно-медицинский журнал «Симург». - 2021. - №12 (4). - С. 141-147.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

5-А. Каландарова, М. Х. Частота и структура показаний кесарева сечения, и показатель перинатальной смертности в стационаре 2-го уровня [Текст] / М.Я. Камилова, М.Х. Каландарова, Д.М. Бобоев // Мать и дитя. - Душанбе. - 2020. - №3. - С. 42-45.

6-А. Каландарова, М. Х. Анализ показаний к операции кесарево сечение (с использованием классификации М.Робсон) в стационаре 3-го уровня [Текст] / Г.К. Давлатзода, М.Х. Каландарова, М.М. Юнусова // Мать и дитя. - 2020. - №3. -С. 22-25.

7-А. Каландарова, М. Х. Частота кесарево сечения в стационаре 3-го уровня в период COVID-19 [Текст] / М.Х. Каландарова, Г.К. Давлатзода, Гадоева Т.Х., Ф.Р. Ишан-Ходжаева, С.У. Арабова // Мать и дитя. - 2021. - №3. - С. 36-41.

8-А. Каландарова, М. Х. Оценка объема кровопотери и частоты кровотечений при операции кесарево сечение [Текст] / М.Х. Каландарова // Современная медицина и современное образование: материалы республиканской научно-

практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная), посвященной 30-летию государственной независимости Республики Таджикистан и 5-летию деятельности Хатлонского государственного медицинского университета (24 декабря 2021 г.). - Дангара: 2021. - С. 140-141

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АлАТ	– аланинаминотрансфераза
АсАТ	– аспартатаминотрансфераза
ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ЖДА	– железодефицитная анемия
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ЗВУР	– задержка внутриутробного развития плода
КС	– кесарево сечение
КЭКС	– коэффициент эффективности кесарева сечения
ПС	– перинатальная смертность
ПОНРП	– преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
РФ	– Российская Федерация
США	– Соединенные Штаты Америки
УЗИ	– ультразвуковое исследование
WHO	– World Health Organization

АННОТАЦИЯ

Каландарова Мархабо Хотамовна

«Возможности снижения частоты кесарева сечения и профилактика кровотечений при кесаревом сечении»

Специальность 14.01.01. – Акушерство и гинекология

Ключевые слова: кесарево сечение, акушерские кровотечения, частота кесарева сечения, профилактика кровотечений при кесаревом сечении.

Цель исследования. Оценить возможности снижения частоты кесарева сечения в стационарах разного уровня и оптимизировать профилактику кровотечений при этой операции.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 669 историй родов женщин с кесаревым сечением с использованием шкалы М. Робсона, коэффициента эффективности кесарева сечения стационаров разного уровня и проспективное рандомизированное контролируемое исследование 50 женщин с запланированным кесаревым сечением, в котором изучали эффективность и приемлемость применения транексамовой кислоты с целью снижения объема кровопотери и профилактики кровотечений. Использовали лабораторные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ функциональных проб печени и почек, уровней фибрина и фибриногена до начала операции и после операции. Измерение объема потерянной крови при операции проводили гравидометрическим и расчетными методами. Статистический анализ проведен с помощью прикладного пакета SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США) методами параметрической и непараметрической статистики.

Научная новизна. Впервые в Таджикистане изучена частота кесаревых сечений, соотношение плановых и экстренных операций, соотношение родов через естественные родовые пути к абдоминальному родоразрешению в зависимости от уровня учреждений. Проведен анализ показаний к операции кесарево сечение с использованием системы М. Робсон и установлены

клинические группы женщин с наибольшим удельным весом кесаревых сечений в стационарах 2-го и 3-го уровней. Показано, что в стационаре 3-го уровня с увеличением частоты проведения кесарева сечения снижается коэффициент эффективности абдоминального родоразрешения в отношении перинатальных исходов и акушерских кровотечений. Доказано, что частота акушерских кровотечений при операции кесарево сечение в 4 раза превышает данный показатель при родах через естественные родовые пути. Научно обоснована эффективность и приемлемость применения транексамовой кислоты у женщин с операцией кесарево сечение для уменьшения объема кровопотери и снижения частоты акушерских кровотечений.

Практическая значимость. Практическим врачам предложено использовать шкалу М. Робсон и проводить анализ показателей кесарева сечения и акушерских кровотечений в виде сравнения акушерских и перинатальных исходов при различных способах родоразрешения. В результате проведенных исследований предложен алгоритм профилактики акушерских кровотечений при кесаревом сечении с использованием транексамовой кислоты.

Внедрение результатов в практику. Результаты проведенных исследований внедрены в работу отделений патологии беременности ГУ «ТНИИАГиП» МЗиСЗН РТ, Областного и городского родильных домов г.Худжанд, Дж. Расуловского района Сугдской области.

Область применения: акушерство и гинекология.

ANNOTATION

Kalandarova Markhabo Khotamovna

"Possibilities for reducing the frequency of caesarean section and prevention of bleeding during caesarean section"

Specialty 14.01.01. - Obstetrics and gynecology

Key words: caesarean section, obstetric bleeding, caesarean section frequency, prevention of bleeding during caesarean section.

The purpose of the study: to evaluate the possibility of reducing the frequency of caesarean section in hospitals of different levels and to optimize the prevention of bleeding during caesarean section.

Material and methods of research: A retrospective analysis of 669 birth histories of women with caesarean section was carried out using the B. Robson scale, the efficiency coefficient of caesarean section of hospitals of different levels and a prospective randomized controlled study of 50 women with a planned caesarean section, which studied the effectiveness and acceptability of the use of tranexamic acid to reduce blood loss and prevent bleeding. Laboratory methods were used: complete blood count, general urinalysis and biochemical analysis of liver and kidney function tests, fibrin and fibrinogen levels before and after surgery. Measurement of the volume of blood lost during the operation was carried out by gravimetric and calculation methods. Statistical analysis was carried out using the SPSS 17.0 application package (IBM SPSS Cstatistics, USA) using the methods of parametric and nonparametric statistics.

Scientific novelty: For the first time in Tajikistan, the frequency of cesarean section, the ratio of planned and emergency operations, the ratio of childbirth through the natural birth canal to abdominal delivery, depending on the level of institutions, have been studied. The analysis of indications for caesarean section using the B. Robson system was carried out and the clinical groups of women in the group with the highest proportion of caesarean sections in hospitals of the 2nd and 3rd levels were established. It has been shown that in a hospital of the 3rd level, with an increase in the frequency of caesarean section, the coefficient of efficiency of abdominal delivery decreases in relation to perinatal outcomes and obstetric bleeding. It has been proven that the frequency of obstetric bleeding during caesarean section is 4 times higher than this indicator during childbirth through the natural birth canal. Efficiency and acceptability of the use of tranexamic acid in women with caesarean section to reduce blood loss and reduce the frequency of obstetric bleeding has been scientifically substantiated.

Practical significance: Practitioners are invited to use the B. Robson scale and analyze the indicators of caesarean section and obstetric bleeding in the form of a comparison of obstetric and perinatal outcomes with various methods of delivery. As a result of the research, an algorithm for the prevention of obstetric bleeding during caesarean section using tranexamic acid was proposed.

Implementation of the results into practice: The results of the studies carried out have been introduced into the work of the pregnancy pathology departments of the State Institution "NII AG and P" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tatarstan, the Regional and City Maternity Hospitals of Khujand, J. Rasulovsky District of the Sughd Region.

Scope: obstetrics and gynecology.

**МД «ПАЖУҲИШГОҲИ АКУШЕРӢ, ГИНЕКОЛОГӢ ВА ПЕРИНАТОЛОГИИ
ТОЧИКИСТОН» ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН»**

ВБД 618.55-005.284

ҚАЛАНДАРОВА МАРҲАБО ҲОТАМОВНА

**«ИМКОНИЯТИ ПАСТ НАМУДАНИ БАСОМАДИ БУРИШИ
ҚАЙСАРӢ ВА ПЕШГИРИИ ХУНРАВӢ ҲАНГОМИ
ТАВАЛЛУДКУНОНИИ АБДОМИНАЛӢ»**

АВТОРЕФЕРАТИ

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
доктори фалсафа (PhD)– доктор аз рӯи ихтисоси
14.01.01 – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона**

Душанбе-2022

Таҳқиқот дар бахши акушерии МД «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст

Роҳбари илмӣ: **Давлатзода Гулҷаҳон Кобил**
номзади илмҳои тиб, дотсент
директори Муассисаи давлатии
«Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва
перинатологии Тоҷикистон»
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии
аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муқарризи расмӣ: **Мухаммадиева Саодат Мансуровна** - доктори
илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ ва
гинекологии №1 МДТ «Донишқадаи
баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон»
Узакова Урунбиш Ҷурабоевна – номзади илмҳои
тиб, дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии
№1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино»

Муассисаи тақриздиханда: «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Ҳимояи рисола «_____» _____ соли 2022 соати «_____» дар
ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D.КOA-006 дар заминаи МД
«Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
баргузор мегардад. Суроға: ш. Душанбе, к. МирзоТурсунзода, бинои 31,
Sh.tabarovna@mail.ru; телефон 918 69 16 68

Бо рисола метавон дар китобхона ва сомонаи (www.niiagip.tj) МД
«Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
шинос шуд.

Автореферат фиристонида шуд «_____» _____ с.2022

Котиби илмӣ

Шурои диссертатсионӣ

номзади илмҳои тиб

Муминова Ш.Т.

Муқаддима

Мубрамият ва зарурияти гузаронидани тадқиқот дар мавзӯи рисола.

Зиёдшвиҳои бемайлоии басомади чоки қайсарӣ ва басомади баланди хунравихоии акушерӣ ҳангоми буриши шикамӣ, мубрамияти равандҳои мазкури тадқиқотро муайян менамояд [В.Е.Радзинский, 2017, М. Р., Nehir et al., 2018].

Тарҳи беҳамтоии тадқиқот барои санҷидани фарзия доир ба басомади имконпазири чоки қайсарӣ вучуд надорад. Мувофиқи маълумоти тиббии собитшуда, баланд шудани басомади чоки қайсарӣ зиёда аз 10% оқибатҳои анҷомёбии акушерӣ ва перинаталиро хуб наменамояд. Аммо нишондодҳои мазкур сатҳи муассисаро ба инобат намегиранд. Ғайр аз ин муносибати мазкур, аз далелҳои беҳтарини илмии баинобатгирифташуда, асос ёфтаанд ва имкони муносибатҳои инфиродиро дар акушерии амалӣ дар бар намегирад. Барои ба даст овардани тасаввуроти холисона дар бораи самаранокии таҷрибаи ташаккулёта, соли 2015 ТУТ гузаронидани таҳлили басомади чоки қайсариро бо истифода аз усули аз тарафи М.Робсон тавсия намуд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тадқиқотҳои бениҳоят кам, ки ба басомади чоки қайсарӣ дар муассисаҳои алоҳидаи ш.Душанбе ва беморхонаҳои сатҳи дуҷуми вилояти Хатлон гузаронида шудаанд [Robson M. , 2001; ТУТ, 2015; М.Я.Камилова ва ҳаммуаллифон, 2016].

Новобаста аз саҳми зиёди дар коркарди масъалаи чоки қайсарӣ дар амалияи акушерӣ гузошташуда, паҳлуҳои зиёди он ба қадри кофӣ пурра омӯхта нашуда боқӣ мемонанд. Ин ба омӯзиши басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи гуногун дар муқоиса бо нишондодҳои фавти модарию тифлӣ ва оризаҳои баъдазвалодатӣ дахл дорад. Дар Тоҷикистон тадқиқот оид ба баҳодиҳии самаранокии истифодаи низоми М.Робсон барои арзёбии гузаронидани чоки қайсарӣ бо дарназардошти нишондодҳо мавҷуд нестанд.

Масъалаи дар акушерии амалӣ бештар аҳамиятдошта, хунравихоии акушерӣ ба ҳисоб мераванд. Мусалам аст, ки ҳангоми чоки қайсарӣ басомади хунравихоии акушерӣ зиёд мешавад, аз ин лиҳоз ҷарроҳии чоки қайсарӣ ҳамчун омили хавфи хунравихоии акушерӣ тасниф шудааст. Дар баробари ин амалҳои акушерҳо бояд на танҳо ба паст кардани басомади он, балки ба таъмин намудани беҳатарӣ дар он ҳолатҳое, ки он нишондод шудааст, равона карда шуда бошанд [В.Е.Радзинский, 2017].

Айни замон усулҳои самараноки кам намудани ҳаҷми талафоти хун ва басомади хунравихоии акушерӣ ҳангоми чоки қайсарӣ ба қадри кофӣ

омӯхта нашудаанд, ки ин мубрамияти тадқиқоти мазкурро муайян месозад.

Сатҳи омӯхташудагии вазифаи илмӣ. Таҳлили адабиёти ҷаҳонии солҳои охир оид ба масъалаҳои имкониятҳои паст намудани басомади чоки қайсарӣ ва таъмини беҳатарии ҷарроҳӣ дар ҳолатҳои зарур будани он ба таври фаъол омӯхта мешавад, ки сабаби ин аҳамият доштани он аз нуқтаи назари иҷтимоӣ иқтисодӣ он мебошад. Масъалаҳои имконияти паст намудани басомади чоки қайсарӣ мавриди омӯзиш қарор додашуданд ва барои муайян кардани басомади имконпазири чоки қайсарӣ кушиш ба харҷ дода шуд. Дар тадқиқотҳои қаблӣ нишон дода шудааст, ки басомади оризаҳо ҳангоми чоки қайсарӣ, аз ҷумла хунравии акушерӣ, дар муқоиса бо таваллуд бо роҳҳои табиӣ зиёд мебошанд. Ҳамзамон масъалаҳои муносибат дар дарёфт кардани имкониятҳои паст намудани басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи гуногун то ба охир омӯхта нашудаанд ва паст намудани басомади чоки қайсарӣ бевосита басомади хунравии акушериро паст менамояд. Аз нуқтаи назари илмӣ амалӣ омӯختани масъалаи алоқамандии басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи гуногун дар мувофиқа бо нишондодҳои ҷаҳонии перинаталӣ ва оризаҳои баъдазвалодатӣ муҳим мебошад. Масъалаи пешгирии хунравии акушерӣ ҳангоми чоки қайсарӣ, ки омилҳои хавфи ориза мазкур ба ҳисоб меравад, коркарди минбаъдаро талаб менамояд.

Асосҳои назариявӣ ва методологияи тадқиқот. Асоси назариявӣ тадқиқот сарчашмаҳои адабиёти муҳаққиқони ватанӣ ва хориҷӣ бо забони русӣ ва англисӣ ба ҳисоб меравад. Асоси методологияи корро технологияҳои муосир, ба мисли истифода намудан аз низоми Робсон барои муқаррар кардани имкониятҳои паст кардани басомади буриши шикамӣ, истифодаи усулҳои муосир таҳқиқот барои ташҳиси талофи хун ва хунравӣ, аз ҷумла усулҳои клиникӣ ва озмоишгоҳӣ ташкил намуданд. Ҳамаи технологияҳои дар боло зикргардида, барои табибони дар амалия фаъолияткунандаи акушер-гинекологҳо дастрас мебошанд.

Таснифоти умумии кор

Мақсади тадқиқот. Баҳо додани имконияти паст намудани басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи гуногун ва мутобиқ намудани пешгирии хунравӣ ҳангоми чоки қайсарӣ.

Объекти тадқиқот. Объекти тадқиқот таърихи валодати занон, ки бо таври чоки қайсарӣ таваллуд кардаанд, (таҳлили ретроспективӣ) ва занон дар давраи ҳомиладорӣ бо чоки қайсарии банақшагирифташуда ва дар давраи баъд аз валодат пас аз чоки қайсарӣ (тадқиқоти тарҳӣ) буданд.

Маводи тадқиқот. Маводи тадқиқот омӯзиши басомад ва сохтори нишондодҳо барои ҷарроҳии чоки қайсарӣ, имкониятҳои паст намудани басомади чоки қайсарӣ вобаст аз сатҳи муассиса, оқибатҳои анҷомёбии акушерӣ ва перинаталӣ ҳангоми чоки қайсарӣ ба ҳисоб мераванд. Дар рафти тадқиқоти гузаронидашуда ба басомад ва сохтори нишондодҳо барои ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар муассисаҳои сатҳи гуногун, вобастагии хунравиҳои акушерӣ ва оқибатҳои анҷомёбии перинаталӣ аз басомади чоки қайсарӣ, бо истифода аз технологияи нави таҳлил – низоми Б.Робсон, ки барои таҳлили вазни холис ва имкониятҳои паст намудани басомади чоки қайсарӣ дар гуруҳҳои гуногуни клиникии занон имконият медиҳад, тавачҷуҳ дода шуд. Самти асосии тадқиқоти мазкур пешгирии хунравиҳои акушерӣ на танҳо аз ҳисоби пайдо намудани имкониятҳои паст кардани басомади чоки қайсарӣ, балки асоснокнамоии илмии самаранокӣ ва устувории истифодаи маводи атсиди транексамӣ ҳангоми чоки қайсарӣ буд.

Вазифаҳои тадқиқот:

1. Омӯхтани басомад ва сохтори нишондодҳо барои ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм.
2. Муайян кардани вазни холиси занон, ки бо таври ҷарроҳии чоки қайсарӣ таваллуд кардаанд, дар гуруҳҳои мувофиқи таснифоти Робсон ва мутобиқ намудани муносибаҳои, ки басомади чоки қайсариро дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм кам менамоянд.
3. Омӯхтани басомад ва сохтори хунравиҳои акушерӣ ҳангоми таваллуд намудан бо роҳҳои табиӣ валодат ва ҳангоми чоки қайсарӣ.
4. Арзёбии мувофиқият ва самаранокии истифодаи атсиди транексамӣ барои паст кардани ҳаҷми хуни ҳангоми чоки қайсарӣ талофшуда.

Усулҳои тадқиқот. Барои иҷро кардани вазифаҳои тадқиқот таҳлили ретроспективии таърихи валодати занон бо чоки қайсарӣ, ки ба беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм бистарӣ шуда буданд, омӯхта шуданд. Таснифоти М.Робсон, ки ҷудо намудани занонро ба 10 гуруҳ бо дарназардошти хусусият – баробай, чоки қайсарӣ дар ҳолнома, оғози валода (яку якборагӣ, тамоюлкардашуда), шумораи тифлон, муҳлати ҳомиладорӣ, ҳолат ва ҷойгиршавии ҷанин, ба инобат мегирад, истифода бурда шуд. Муқоисаи маълумоти ҷадвали Б.Робсон ва нишондодҳои бевосита ба ҷарроҳӣ барои амалӣ намудани таҳлили пурра имконият дод.

Барои муқаррар кардани басомади нисбатан мувофиқи чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм нишондодҳои ғавти перинаталӣ ва ҳисобнамоии зарифи самаранокии чоки қайсарӣ мувофиқи формулаи махсус истифода бурда шуд.

Дар қисми тарҳии муоинаи гузаронидашудаи занон, таҳлилҳои умумиозмоишии тадқиқот: таҳлили умумии хун, пешоб ва таҳлили биохимиявии намунаҳои вазоифии чигар ва гурдаҳо (биллирубин, АлАт, АсАТ, креатинин, дурдаи пешоб) то оғози ҷарроҳӣ ва баъд аз он гузаронида шуданд. Ҳисоб кардани ҳаҷми хуни аздастдодашуда ҳангоми ҷарроҳӣ бо усули гравидометрӣ, ҳисоб намудани хуни талофшуда муовифқи сатҳи пастшавии гемоглобин ва гематокрит, гузаронида шуд.

Барои баҳодихии самаранокӣ ва мувофиқияти истифодаи атсиди транексамӣ, маводро то оғоз намудани бедарднамӣ даруниверидӣ ҷақрагӣ 500 мл NaCl 0.9 % + 5 мл атсиди транексамӣ ворид карданд. Сипас таҳлили муқоисавии ҳаҷми хуни талофшуда ва нишондодҳои озмоишгоҳӣ дар занони гурӯҳе, ки атсиди транексамӣ гирифта буданд ва гурӯҳи заноне, ки бе истифодаи атсиди транексамӣ ҷарроҳӣ карда шуда буданд, гузаронида шуд.

Таҳлили омӯрӣ бо ёрии пакети амалии SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, ИМА) усулҳои омӯри бузургӣ ва бидуни бузургӣ гузаронида шуд.

Соҳаи тадқиқот. Соҳаи тадқиқот ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 11.01.01 – Момӣ ва бемориҳои занона мувофиқат менамояд.

Марҳилаҳои тадқиқот. Тадқиқоти мазкур марҳила ба марҳила гузаронида шуд. Марҳилаи якум таҳлили ретроспективии таърихи валодати занонро баъд аз чоки қайсарӣ ва таҳлили ҳисоботҳои солони муассисаҳои мавриди омӯзиш қароргирифтаре дар давраи солҳои 2017, 2018, 2019 дар бар гирифт. Марҳилаи дуюми тадқиқот аз омӯзиши самаранокӣ ва мувофиқияти истифодаи атсиди транексамӣ бо мақсади пешгирии хунравии акушерӣ ҳангоми чоки қайсарӣ (тадқиқоти рандомизии назоратшаванда) иборат буд.

Маълумоти асосӣ ва манбаи тадқиқотӣ. Ҳамчун манбаи маълумоти барои тадқиқоти мо протоколи клиникии «Чоки қайсарӣ» (Душанбе 2019); Таснифоти чоки қайсарии М.Робсон (2001); WHO statement on new guidance on caesarean section (2015) ва рисолаи «Хусусиятҳои баамалоии норасоии ҳамроҳакӣ дар занҳо бо доштани из дар бачадон» С.Х. Юнусова (2020) буданд.

Саҳеҳнокии натиҷаҳои рисола. Саҳеҳнокии натиҷаҳои рисола бо ҳаҷми кофии мавод, маълумоти аз ҷиҳати омӯрӣ тасдиқшудаи саҳеҳ, истифодаи усулҳои муосири тадқиқот ва нашрияҳо оид ба маводҳо рисола собит карда мешавад. Хулосаҳо аз натиҷаҳои бадастомадаи тадқиқот асос ёфтаанд.

Навоварии илмӣ тадқиқот. Аввалин маротиба дар Тоҷикистон басомади чоки қайсарӣ, таносуби ҷарроҳии нақшавӣ ва фаврӣ, таносуби валодат таввасути роҳҳои табиӣ валодатӣ ба буриши шикамӣ вобаста аз сатҳи муассиса мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Таҳлили нишондодҳо ба ҷарроҳии чоки қайсарӣ бо истифода аз низоми Б.Робсон

гузаронида шуда, гурӯҳҳои клиникӣ занон бо вазни ҳолиси на он қадар зиёди чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм муқаррар карда шуд. Сабабҳои вазни ҳолиси баланди ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар гурӯҳҳои мушахаси клиникӣ ҷадвали Б.Робсон муайян карда шуда, мувофиқи ин сабабҳо тавсияҳо оид ба паст намудани басомади чоки қайсарӣ пешниҳод карда шуданд. Нишон дода шудааст, ки дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм бо зиёд шудани басомади чоки қайсарӣ зареби самаранокии буриши шикамӣ нисбат ба оқибатҳои анҷомёбии перинаталӣ ва хунравии акушерӣ паст мешавад. Собит карда шудааст, ки басомади хунравии акушерӣ ҳангоми ҷарроҳии чоки қайсарӣ аз нишондоди мазкур ҳангоми таваллуд тавассути роҳҳои табиӣ валодат, то 4 маротиба зиёд мебошад. Самаранокӣ ва мувофиқияти истифодаи атсиди транексамӣ дар занҳо бо ҷарроҳии чоки қайсарӣ, барои кам кардани ҳаҷми хуни талофшуда ва паст намудани басомади хунравии акушерӣ аз ҷиҳати илмӣ асоснок карда шудааст.

Аҳамияти назариявии тадқиқот. Маводҳои рисолаҳо метавон дар раванди таълими кафедраҳои акушерӣ ва гинекологии МОТ истифода намуд.

Аҳамияти амалии тадқиқот. Ба табиби дар амалия фаъолият дошта истифодаи ҷадвали Б.Робсон ва гузаронидани таҳлили нишондодҳои чоки қайсарӣ ва хунравии акушерӣ, бо намуди муқоиса кардани оқибатҳои анҷомёбии акушерӣ ва перинаталӣ ҳангоми тарзҳои гуногуни валодат пешниҳод карда шудааст. Дар натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда, алгоритми пешгирии хунравии акушерӣ ҳангоми чоки қайсарӣ бо истифодаи атсиди транексамӣ пешниҳод карда шуд.

Ҳолатҳои асосие, ки ба ҳимоя пешниҳод карда мешаванд:

1. Басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм аз нишондоди мазкур дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум то 2,5 маротиба зиёд буда, зареби самаранокии чоки қайсарӣ дар таносуб бо оқибатҳои анҷомёбии перинаталӣ бо баланд шудани басомади буриши шикамӣ паст мешавад.
2. Гурӯҳҳои асосии клиникӣ мувофиқи ҷадвали Б.Робсон, ки имкони паст намудани басомади чоки қайсариро дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм доранд, ба ҳисоб мераванд: занон бо як ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар ҳолнома (гурӯҳи V), занони яқумзо ва такрортаваллудкунанда бо валодати ногаҳонӣ бо ҳомиладорӣ муҳлатрасо, бо ҳолати сарии ҷанин (гурӯҳҳои I, III), дар беморхонаи сатҳи 3-юм – зарурияти валодати фаврӣ бо таври тамоюли валодат (гурӯҳи II, IV).
3. Басомади хунравии акушерӣ ҳангоми чоки қайсарӣ 4 маротиба аз нишондоди мазкур ҳангоми таваллуд кардан бо роҳҳои табиӣ валодат зиёдтар аст, ки ин ҷарроҳии чоки қайсариро ҳамчун омилҳои хавфи хунравии акушерӣ муайян менамояд.

4. Ворид кардани атсиди транексамӣ то оғоз намудани ҷарроҳии чоки қайсарӣ ҳаҷми талофи хунро кам намуда, басомади хунравихои акушериро ҳангоми буриши шикамӣ паст менамояд.

5. Истифодаи пешгирии атсиди транексамӣ ҳангоми чоки қайсарӣ ба фаъолнокии вазоифии чигар ва гурдаҳо таъсир намерасонад, ки ин бо мавҷуд набудани тағйирот дар сатҳи креатинин ва дурдаи пешоб, билирубин, АлАТ ва АсАТ тасдиқ карда мешавад.

Саҳми шахсии диссертант. Аз ҷониби диссертант шахсан кофтукоб ва таҳлили адабиёт, гирдоварии мавод, коркарди оморӣ ва таҳлили натиҷаҳо гузаронида шуда, дар конференсия, навиштани нашрияҳо, ворид кардани натиҷаҳои бадастомада, навиштани рисола ва автореферат иштирок намудааст.

Апробатсияи кор ва маълумот дар бораи натиҷаи истифодабарии онҳо. Натиҷаҳои асосии тадқиқот дар конференсияҳои илмии МД «ПИТ АГ ва П» ВТ ва ҲИА ҚТ: «Муносибатҳои муосири нигоҳдорӣ ва барқарорнамоии вазифаи репродуктивӣ» (соли 2020), «COVID-19 ва ҳомиладорӣ» (соли 2021), дар ҷаласаи байниклиникии шуъбаи акушерӣ (2022) ва дар комиссия масъалавии акушерҳо ва гинекологҳои МД «ПИТ АГ ва П» ВТ ва ҲИА ҚТ пешниҳод карда шуданд. Натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашуда дар фаъолияти шуъбаи патологияи ҳомиладорӣ МД «ПИТ АГ ва П» ВТ ва ҲИА ҚТ, Таваллудхонаҳои вилоятӣ ва шаҳрии ш.Хучанд ва ноҳияи Ҷ.Расулови вилояти Суғд ворид карда шуданд.

Наشري натиҷаҳои рисола. Доир ба мавзӯи рисола 8 кор, аз ҷумла 4 адад дар маҷаллаҳои илмии тақризшаванда, ки дар номгӯи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон шомил шудаанд, ба нашр расонида шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми рисола. Рисола дар 137 саҳифаи матни компютерӣ, ки ки бо ҷадвал ва расмҳо оро дода шудааст, оварда шуда; сохтор, ҳаҷми бобҳо, рӯйхати адабиёт ба талаботи КОА-и назди Президенти ҚТ мувофиқат менамояд.

Қисмати асосии тадқиқот

Мавод ва усулҳои тадқиқот

Объекти тадқиқот занҳое, ки бо ҷарроҳии чоки қайсарӣ таваллуд кардаанд, буданд. Ҳангоми иҷро кардани кор тарҳҳои тадқиқот – тадқиқоти ретроспективӣ, тадқиқоти тарҳӣ, ки бо тадқиқоти рандамизии назоратшаванда пешниҳод гардидаанд, истифода бурда шудаанд. Маводи тадқиқот аз таърихи валолати занон, ки бо таври чоки қайсарӣ таваллуд карданд (379 ва 290 таърихи валолати занон аз беморхонаҳои сатҳи 3-юм ва 2-ум) буданд. Дар беморхонаҳои мазкур нишондодҳо оид ба чоки қайсарӣ дар давоми 3 сол таҳлил карда шуданд. Дар натиҷаи

таҳлили ҳисоботҳои солона басомади чоки қайсарӣ ва зариви самаранокии чоки қайсарӣ сол ба сол муқаррар карда шуд. Муқоисаи басомади хунравихо ҳангоми таваллуд таввасути роҳҳои табиӣ валодат ва бо таври чоки қайсарӣ бо истифодаи маълумоти ҳисоботҳои солонии беморхонаҳои сатҳи 3-юм дар давраи соли 2019 гузаронида шуд. Барои муайян кардани вазни ҳолиси занон дар гурӯҳҳо мувофиқи таснифоти Робсон, бо мақсади мутобиқ кардани муносибатҳои пасткунандаи басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои мавриди омӯзиш қароргирифта, интихоб ва таҳлили 193 таърихи занон, ки ба ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум таваллуд кардаанд ва 84 зани ки ба ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм таваллуд кардаанд, гузаронида шуд.

Таdqикоти тарҳӣ барои роҳандозии вазифаи арзёбии истифодаи атсиди транексамӣ, бо мақсади кам кардани ҳаҷми хуни талофёфта ва басомади хунравихоии акушерӣ ҳангоми гузаронидани ҷарроҳии чоки қайсарӣ, гузаронида шуд. Қортоҳои таdqикоти тарҳӣ маълумотро доир ба хусусиятҳои сарирӣ-ичтимоии занон, ки беморҳои соматикӣ ва гинекологиро аз сар гузаронидаанд, вазифаи ҳайзбинӣ, баробарӣ, ҳолномаи репродуктивӣ ва акушерӣ, раванди ҳомиладорӣ мазкур, нишондодҳо барои ҷарроҳии чоки қайсарӣ, хусусияти ҷараёни ҷарроҳӣ, ҳаҷми хуни талофшуда, ки бо усули санҷидан, ҳисоб кардан аз рӯи гемоглобин ва гемокрит, хусусияти ҷараёнгирии давраи баъд аз ҷарроҳӣ, оқибатҳои анҷомёбии акушерӣ ва перинаталӣ, натиҷаи таdqикоти озмоишгоҳӣ то ҷарроҳӣ ва баъди он (таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб, фибрин, фибриноген, вақти лахташавии хун мувофиқи Ли-Уайт, креатинин, дурдаи пешоб, АЛАТ ва АсАТ-и хун)-ро дар бар мегирад. Дар қисмати мазкури таdqикот 50 зан бо из дар бачадон, ки ба беморхонаи сатҳи 3-юм барои гузаронидани ҷарроҳии нақшавии чоки қайсарӣ бистарӣ шудаанд, шомил шудаанд. Занҳои мазкур ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи асосӣ – занҳое, ки ба онҳо атсиди транексамӣ до оғоз ётани ҷарроҳӣ ворид кардашуд (22 нафар). Занҳои гурӯҳи муқоисавӣ, бе ворид кардани атсиди транексамӣ ҷарроҳӣ карда шуданд (28 нафар). Маҳакҳои шомил намудан ба ҳарду гурӯҳ ба ҳисоб рафтанд: синну соли репродуктивии ҳомиладор, мавҷуд будани из дар бачадон баъд аз ҷарроҳии қаблии чоки қайсарӣ. Фарқият дар маҳакҳои шомил намудан ба гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ – ба занҳои гурӯҳи асосӣ то оғоз ёфтани ҷарроҳӣ атсиди транексамӣ ваорид карда шуд ва ба занҳои гурӯҳи муқоисавӣ атсиди транексамӣ ворид карда нашуд.

Маҳакҳои баровардан аз гурӯҳи асосӣ ба ҳисоб рафтанд: фарбеҳӣ, тромбоземболияи варидӣ, мушақомоси бачадон, беморҳои шадиди гурдаҳо ва ҷигар, ишора кардани занҳо ба оид ба аллергия аз маводҳои зиддиинтихобии нестероидӣ.

Усулҳои тадқиқотие, ки ҳангоми иҷро кардани кори диссертатсионӣ истифода бурда шуданд: таснифоти Б.Робсон (2001с), зариви фаври перинаталӣ ҳамчун таносуби шумораи мурдатаваллудшудагон ва инчунин тифлоне, ки дар давоми 7 рӯзи аввали ҳаёт фавтидаанд, ба шумораи умумии мурда ва зиндатаваллудкунандагон, ҳисоб карда шуд, ҳисоб кардани зариви самаранокии чоки қайсарӣ мувофиқи формулаи $KЭКС = K/C$ мувофиқи мамлакат $X П/С / K/C$ -и объекти тадқиқшавандаи $X П/С$ -и объекти тадқиқшаванда, дар ин ҷо K/C (%), нишондоди $П/С$ бо промилҳо.

Зариви ба 2,0 баробар ва аз ин боло олай, 1,5-2 - хуб, 1-1,5 - қаноатбахш, аз 1 пастар 1 – бад ҳисобида шуд [Боровиков, 2016 г.].

Барои арзёбии истифодаи атиди транексамӣ бо мақсади паст намудани ҳаҷми талофи хун ва басомади хунравиҳои акушерӣ ҳангоми гузаронидани ҷарроҳии чоки қайсарӣ усулҳои мазкур истифода бурда шуданд: Усули гравидометрии муайян кардани хуни талофёфта, усули ҳисоб кардани ҳаҷми талофёбии хун мувофиқи сатҳи пастшавии гемоглобин ва гематокрит, усулҳои озмоишгоҳии умумиклиникӣ (таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб), таҳлили биохимиявии намунаҳои ҷигар ва гурдаҳо (биллирубин, АлАт, АсАТ, креатинин, дурдаи пешоб), таҳлили биохимиявӣ (фибрин ва фибриногени хун).

Натиҷаҳои тадқиқот

Басомади буриши шикамӣ аз сатҳи муассиса вобаста мебошад. Басомади чоки қайсарӣ дар муассисаҳои сатҳи 2-ум дар давоми солҳои назораткардашуда, қариб ки тағйир наёфт ва нишондоди он чунин буд: соли 2017 – 10,4%, соли 2018 – 9,5%, соли 2019 – 9,8%. Дар ҳуди ҳамин солҳо басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм ташкил намуд: 23,4%, 18,7%, и 18,1%. Муқаррар карда шуд, ки басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум нисбат ба беморхонаҳои сатҳи 3-юм 2-2,5 маротиба пастар мебошад.

Шумораи бештари ҷарроҳиҳои чоки қайсарӣ бо тартиби фаврӣ амалӣ карда шудаанд. Дар тадқиқоти қаблӣ оварда шудааст, ки оризаҳои давраи ҷарроҳӣ ва баъд аз ҷарроҳӣ ҳангоми ҷарроҳиҳои фаврии чоки қайсарӣ, нисбат ба нишондоди мазкур ҳангоми ҷарроҳиҳои нақшавӣ баланд мебошад [В.Е.Радзинский ва ҳаммуаллифон, 2018; А.Н. Рымашевский ва ҳаммуаллифон, 2014]. Ҳам дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм ва ҳам дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум басомади ҷарроҳиҳои фаврӣ ($67,3 \pm 2,4\%$; $94,1 \pm 1,4\%$) аз шумораи ҷарроҳиҳои нақшавӣ ($32,7 \pm 2,4\%$; $5,9 \pm 1,4\%$) аз ҷиҳати омӯрӣ бениҳоят ($p < 0,001$) баланд мебошад. Баландшавии аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятдоштаи басомади ҷарроҳиҳои фаврӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум (нишондоди хи-квадрат – 71,233; $p < 0,001$) нисбат ба нишондоди мазкур дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм

муқаррар карда шуд. Алокаи тасхеҳии бузургии миёна (зариби Пирсона $r=0,310$) байни сатҳи беморхона ва басомади чарроҳии фаврӣ муайян карда шуд, ки ин аз роҳандозии хуби кумак ба модарон бо чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи баланд шаҳодат медиҳад.

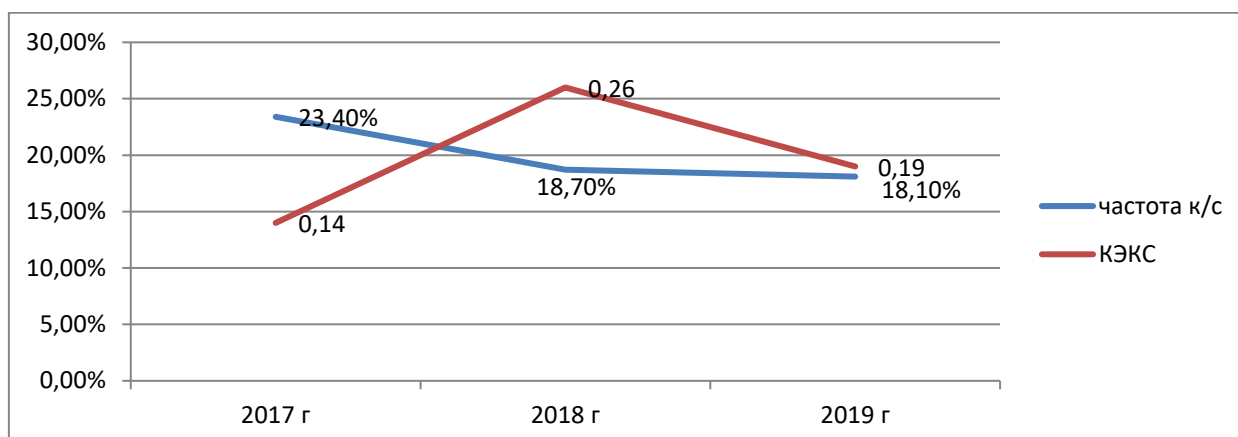
Таносуби шумораи валодат тавасути роҳҳои табиӣ валодат ба валодат бо чарроҳии чоки қайсарӣ дар раванди солҳои омӯхташуда дар муассисаҳои сатҳи 3-юм 3,3 дар соли 2017, 4,3 – дар соли 2018 ва 4,5-ро дар соли 2019 ташкил намуд. Дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум таносуби шумораи валодат тавасути роҳҳои табиӣ валодат ба валодат бо чарроҳии чоки қайсарӣ дар раванди солҳои омӯхташуда 3,9 дар соли 2017, 3,8 – дар соли 2018, 3,7 – дар соли 2019 ташкил намуд, яъне нишондоди мазкур бе тамоюли махсуси тағйирёбӣ боқӣ монд.

Нишондодҳои асосӣ ба чарроҳии чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм маҷуд будани из дар бачадон бо оризаи ҳамроҳшаванда (31,6% ва 44,6%) буданд. **ПОНРП** дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум дар 16,8%-и ҳолатҳо ва дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм дар 5,9%-и ҳолатҳо нишондод барои чарроҳӣ буд. Вазни ҳолиси чоки қайсарӣ мувофиқи нишондоди пешомади суриш дар якҷоягӣ бо дигар оризаҳо дар беморхонаҳои сатҳи гуногун тақрибан якхела буд (4,5% - 5,7% ва 5%-5,5%).

Бо дарназардошти он ки буриши шикамӣ мақсади пайравӣ намудан аз принципи асосии тибби перинаталӣ – нигоҳ доштани саломатии модар ва валодати бонизофоноро барои тифл дорад, мо сол аз сол назорат намудани ғавти перинаталиро дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм мақсаднок шуморидем (расми 3.1.4.). Чи тавре ки аз графика овардашуда бар меояд, дар муассисаҳои сатҳи 3-юм пастшавии зариби ғавти перинаталӣ дар муассисаҳои мазкур дар ҷараёни сол аз сол пастшавии зариби мазкур аз 63,1 ба 1000 валодат то 49,1 ба 1000 валодат мушоҳида карда шуд. Аммо нишондоди ғавти перинаталӣ дар муассисаҳои мазкур аз нишондодҳои мамлакат баланд буданд. Мувофиқи маълумоти омили расмӣ дар Тоҷикистон ғавти перинаталӣ дар соли 2017 17,1, дар соли 2018 – 23,5, дар соли 2019 – 17,3 ба 1000 валодатро ташкил менамояд.

Дар тадқиқоти мо таҳлили муқоисаи басомади чоки қайсарӣ ва оқибатҳои анҷомёбии перинаталӣ дар муассисаҳои сатҳи баланд оварда шудааст. Басомади чоки қайсарӣ дар ҷараёни солҳои омӯхташуда 23,4%, 18,7%, ва 18,1%-ро ташкил намуд. Зариби ғавти перинаталӣ дар муассисаҳои мазкур дар ҷараёни солҳо 63,1 ба 1000 валодат, 53,6 ба 1000 валодат ва 49,1 ба 1000 валодатро ташкил намуд (расми 1). Дар Тоҷикистон ғавти дар соли 2017 - 17,1, дар соли 2018 – 23,5, дар соли 2019 – 17,3 ба 1000 валодатро ташкил намуд. Зариби самаранокии роҳандозии чарроҳии чоки қайсарӣ барои беҳтар кардани оқибатҳои анҷомёбии перинаталӣ дар муассисаҳои сатҳи 3-юм дар ҷараёни солҳои

омӯхташуда 0,14 дар соли 2017, 0,28 дар соли 2018 ва 0,23 дар соли 2019 анҷомёбро дар муассисаҳои сатҳи 3-юм ташкил намуд (расми 2).



Расми 1. – Вобастагии зариви самаранокии чоки қайсарӣ аз басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаи сатҳи 3-юм

Тадқиқоти мо нишон дод, ки нишондодҳои баланди басомади чоки қайсарӣ, фақати перинаталиро паст намекунад, ки ин натиҷаи тадқиқоти экспертиони ТУТ-ро тасдиқ менамояд (ТУТ, 2015). Аз ин лиҳоз даҳолати заруриё, ки сифати хизматрасониё ба модарон ва тифлон беҳтар менамояд, ин таҳлили мунтазами ҳолатҳои чоки қайсарӣ бо истифодаи технологияҳои муосир, ба мисли низоми М.Робсон, ки барои баҳо додани самаранокии ҳар як ҷарроии чоки қайсарӣ имконият медиҳад, мебошад.

Тақсим кардани ҳолатҳои чоки қайсарию муассисаҳои сатҳи 2-ум мувофиқи таснифоти М.Робсон дар ҷадвали 1 оварда шудааст. Фарқияти бештар аҳамиятдоштаи нишондодҳо ҳангоми тақсим кардани занҳо бо ҷарроии чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-уми 3-юм дар гурӯҳҳои II, IV, V муқаррар карда шуданд.

Вазни нисбатан ҳолиси чоки қайсарӣ дар гурӯҳи V – занони такрортаваллудкарда бо из дар бачадон мушоҳида карда шуд: дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм нишондоди мазкур 48,3%, дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум – 39,9%-ро ташкил намуд. Мувофиқи маълумоти адабиёт, ҳар 3-юм зан бо из дар бачадон минбаъд ба таври буриши шикамӣ таваллуд мекунанд [Э.К. Айламазян, 2014 г.].

Ҷадвали 1. – Тақсим кардани ҳолатҳои чоки қайсарӣ мувофиқи таснифоти Робсон дар муассисаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм

Сатҳи беморхона	2-ум	3-ум	2-ум	3-ум
Гурӯҳ				

I	22	63	11,4%	16,8%
II	22	18	11,4%	4,8%
III	28	45	14,5%	12,0%
IV	20	8	10,4%	2,1%
V	77	181	39,9%	48,3%
VI	8	12	4,1%	3,2%
VII	0	2	0%	0,5%
VIII	3	11	1,6%	2,9%
IX	6	12	3,1%	3,2%
X	7	23	3,6%	5,9%
Ҳамагӣ	193	375	100%	100%

Вазни ҳолиси чоки қайсарии занон бо ҷарроҳии 1-ум дар ҳолнома, ҳам дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва ҳам сатҳи 3-юм яқхела буд – ҳар як 4-ум зани ҷарроҳикардашуда дар бачадонашон из бо ҳолномаи ҷарроҳии якмаротибагӣ доштанд. Вазни ҳолиси чоки қайсарии занон бо 2 ҷарроҳӣ дар ҳолнома дар байни занон бо из дар бачадон (28 аз 77 – 36,4%) дар беморхонаи сатҳи 2-ум (маҳаки амиқи Фишер -0,01874 $p < 0,05$), нисбат ба дар беморхонаи сатҳи 3-юм (29 аз 50 – 58%) аз ҷиҳати оморӣ бениҳоят кам буд. Фарқиятҳои муқарраркардашуда бо он шарҳ дода мешаванд, ки занон бо 2 ва зиёда ҷарроҳӣҳо дар ҳолнома, бештар мешуд ба беморхонаҳои сатҳи 3-юм бистарӣ мешуданд. Имконияти паст шудани басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаи сатҳи 3-юм, зиёд шудани валодати бидуни ҷарроҳии ҳомиладорон бо из дар бачадон (ҷарроҳии якмаротибагӣ дар ҳолнома) ба ҳисоб меравад. Дар беморхонаи сатҳи баланд барои таъмин кардани роҳандозии тарзи ҷарроҳие, ки сифати изи баъ аз ҷарроҳӣ, назорат кардани сифати маводи духтани истифодашаванда, инчунин пешгирӣ, таъбибат ва барқароршавии оризаҳои баъдазҷарроҳии уфунатиро таъмин менамояд, имкониятҳои бештар мавҷуд мебошад. Инчунин шароитҳои чунин беморхонаҳо метавонанд муоинаи босифат ва тайёр кардани занонро бо як ҷарроҳӣ дар ҳолнома барои бурдани валодат тавасути роҳҳои табиӣ валодатро таъмин намоянд.

Дар беморхонаи сатҳи 2-ум вазни ҳолиси чоки қайсарии гурӯҳи I-ум 11,4%, дар беморхонаи сатҳи 3-юм – 16,8%-ро ташкил намуд. Дар маҷмуъ дар гурӯҳҳои клиникаи I ва III-и ҷадвали Б.Робсон, ки мувофиқи баробарӣ фарқ мекунанд, сабаби асосии вазни ҳолиси баланди чоки қайсарӣ дар гурӯҳҳои мазкур, истифодаи нодурусти патограммаҳо

хангоми бурдани валодат тавасути роҳҳои табиӣ валодат ба ҳисоб меравад. Дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм дар гурӯҳи клиникии мазкур бештар якумтаваллудкунандагони калонсол бо безуретӣ дар ҳолнома, ки валодаташон аксар вақт оризанок шуда, тасхеҳи дорувориро талаб менамояд ва дар баъзе ҳолатҳо бо ҷарроҳии чоки қайсарӣ анҷом меёбад, бартарӣ доштанд. Имкони паст шудани басомади чоки қайсарии фаврӣ дар гурӯҳи шабеҳи занон, баҳодиҳии омилҳои перинаталии хавфи перинаталии занони калонсоли якум маротиба таваллудкунанда ва знон бо ҳолномаи вазнини гинекологӣ ба ҳисоб меравад.

Вазни ҳолиси чоки қайсарӣ, ки мувофиқи таснифоти Робсон ба гурӯҳҳои II ва IV дохил карда шудаанд (якум таваллудкунандагон ва такрортаваллудкунандагон, ҷарроҳии фаврӣ, пешомади пуштисарии чанин, валодати тамоюлкардашуда, муҳлатрасо) дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум (22 аз 193 ва 20 аз 193) аз нишондоди мазкур дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм (5 аз 84 ва 1 аз 84) аз ҷиҳати оморӣ (маҳакҳои Хи-мураббаъ 1,974, $p=0,161$) фарқи зиёд надорад. Таҳлили пурраи гузаронидашуда муайян намуд, ки дар 23 (54,8%) ҳолатҳо аз 42 валодати тамоюлкардашуда, риоя накардани речаи ворид кардани окситоксин ҷой дошт. Имкони паст намудани басомади чоки қайсарӣ дар гурӯҳҳои II ва IV дар беморхонаҳои дилхоҳ сатҳҳо – ин истифодаи сифатноки тафсири партограмма мебошад.

Нисбат ба беморхонаҳои сатҳи 2-ум дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм ҳисаи зиёди занон, ки бо чоки қайсарӣ таваллуд кардаанд, дар гурӯҳи X-уми занон (ҳомиладорӣ норасид, зарурияти валодати фаврӣ) оварда шудаанд. Асосан ниёзмандони мазкур барои валодати фаврӣ нишондодҳои мазкур мавҷуд мебошанд: презклампсияи вазнин, то валодат даридани пардаҳои чанинӣ. Имкониятҳои эҳтимолии паст намудан дар гурӯҳи клиникии мазкур пешгӯӣ ва пешгирии саривақтии оризаҳои ҳомиладорӣ, ки пеш аз муҳлат таваллуд кунониданро талаб менамоянд, ба ҳисоб мераванд. Ҳамин тариқ, истифодаи таснифоти Робсон ҳамчун низоми ягонаи таснифот дар беморхонаҳои дилхоҳ сатҳ истифода шуда, барои муқоиса кардани нишондодҳо байни муассисаҳо имконият медиҳад.

Омӯхтани басомади хунравиҳо вобаста аз усули валодат фарқияти возеҳи омориро байни хунравиҳои акушерӣ дар занҳо бо чоки қайсарӣ (399 ҳолатҳо аз 2005 чоки қайсарӣ) нисбат ба нишондоди мазкур дар занҳои тавасути роҳҳои валодати табиӣ таваллуд кардаанд фарқияти возеҳи оморӣ (452 ҳолат аз 9075 валодат тавасути роҳҳои табиӣ– Хи-муррабаъ – 515,524-ро нишон дод; сатҳи аҳамиятнокӣ $p < 0,001$). Басомади хунравиҳо хангоми чоки қайсарӣ (19,9%) то 4 маротиба аз нишондоди мазкур хангоми валодат тавасути роҳҳои табиӣ баландтар аст (4,98%). Хавфи аслии инкишофёбии хунравӣ дар занҳо бо чоки

қайсарӣ 0,199, дар занҳо бо валодати табиӣ - 0,050 ($p < 0,05$)-ро ташкил намуд. Хавфи нисбии (RR) инкишофёбии хунравиҳо ҳангоми чоки қайсарӣ 3,995 (DI 3,524- 4,530)-ро ташкил намуд. Натиҷаҳои бадастомада барои ҳисобидани чоки қайсарӣ омили хавфи инкишофёбии хунравиҳои акушерӣ имконият медиҳад.

Мувофиқи таснифоти ТУТ ташхиси хунравии акушерӣ ҳангоми чоки қайсарӣ ҳангоми талофи хун 1000 мл ва зиёдтар гузошта мешавад. Ҳаҷми мазкури хуни талофёта бо талофи омилҳои лахташавии хун вобаста мебошад. Яке аз маводҳои, ки барои табобати хунравиҳо истифода мешавад, атсиди транексамӣ, ки таъсири антифибринолитӣ дорад, мебошад. Бо дарназардошти нуктаи назари охирон, мо омӯхтани самаранокии истифодаи атсиди транексамиро ҳангоми чоки қайсарӣ ва из дар бачадон бо мақсади кам намудани талофи хун ва паст кардани басомади хунравиҳоро мақсаднок шуморидем. Атсиди транексамӣ дар 22 занон бо чоки қайсарии банақшагирифташуда (гурӯҳи асосӣ), 28 занон (гурӯҳи муқоисавӣ) ҷарроҳӣ бе ворид кардани атсиди транексамӣ гузаронида шуд. Ба ҳамаи занон ҷарроҳӣ бо бедардкунии махсус бо тартиби нақшавӣ гузаронида шуд.

Омӯзиши хусусияти саририи занони муоинакардашудаи гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ мавҷуд набудани фарқиятҳои аҳамиятдоштаи оморӣ дар чунин хусусиятҳо, ба мисли сину соли миёнаи занон, басомади бемориҳои соматикӣ, басомади бемориҳои гинекологӣ дар ҳолнома, шумораи бачапартоӣ дар ҳолнома, тақсим кардани занон вобаста аз шумораи ҷарроҳӣ дар ҳолнома, фарқият дар муҳлатҳои валодатро нишон дод. Сину соли миёнаи занони гурӯҳи асосӣ $25,95 \pm 1,04$, гурӯҳи муқоисавӣ $26,79 \pm 4,82$ -ро ташкил намуд, ки ин фарқияти аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятдошта ($p > 0,05$) надошт. Аз ҳама бештар дар ҳарду гурӯҳҳои занон камхунӣ (63,6%; 64,3%), ҳолатҳои норасогии йод (18,2%; 21,4%), бемории гурдаҳо (22,7%; 28,6%) ва бемориҳои шадиди зуд-зуд вохӯрандаи роҳҳои нафас (27,3%; 25%) во меҳӯранд. Дар байни занони гурӯҳи асосӣ 8/22, дар байни гурӯҳи муқоисавӣ 6/28 дар ҳолномашон ду маротиба чоки қайсарӣ доштанд, ки ин фарқияти аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятдошта (хи-маҳак бо ислоҳоти Йейтса $-0,723$, сатҳи аҳамиятноки $-0,396$) намебошад. Муқоисаи вазни ҳолиси нишондодҳо ба ҷарроҳии чоки қайсарӣ байни ду гурӯҳ ҷой надоштани фарқияти аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятдоштаро байни нишондодҳои мазкур дар ҳарду гурӯҳ нишон дод (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2 – Вазни ҳолиси нишондодҳои гуногун ба чоки қайсарӣ дар гурӯҳи занони муоинакардашуда

	Гурӯҳҳо	Маҳакҳои арзёбӣ
--	---------	-----------------

нишондодҳо	асосӣ	муқоисавӣ	Ҳи-мураббаъ (бо Йейтс)	аҳамиятноки
Изи пурра маҳкамнашуда	6/22	2/28	2,368	0,124
2 ҷарроҳӣ дар ҳолнома	2/22	62/28	0,075	0,785
Из + ориза	14/22	24/28	2,193	0,139

Эзоҳ: фарқияти саҳеҳи аҳамиятдошта ҳангоми сатҳи аҳамиятнокии $p < 0,05$

Барои муқоисаи ҳаҷми миёнаи талофи хун аз гурӯҳҳои занони муоинакардашуда, 2 зан бароварда шуданд, ки давраи тамоюлиашон бо оризаи хунравӣ гузашт. Ҳарду ин занҳо аз гурӯҳи муқоисавӣ буданд. Дар гурӯҳи асосии заноне, ки бо мақсади пешгирии хунравиҳо атсиди транексамӣ истифода шуда буд, ҳолатҳои хунравиҳои акушерӣ ба қайд гирифта нашуданд. Ҳаҷми талофи хун бо се усул муайян карда шуд – усули чен кардан ва усулҳои оид ба тағйир ёфтани сатҳи гемоглобин ва гематокрит (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3 – Талофи миёнаи хун дар гурӯҳи занони муоинакардашуда

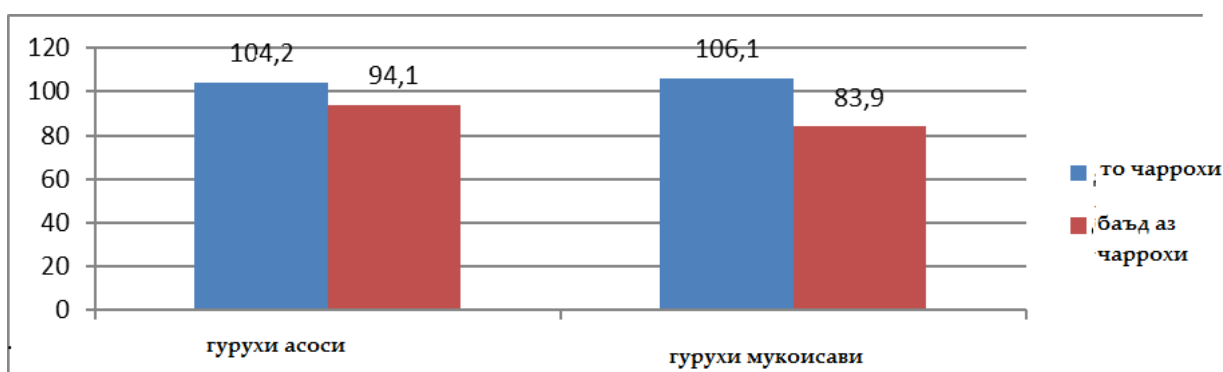
Гурӯҳ нишондод	Асосӣ (n=22)	Муқоисавӣ (n=26)	t	P
Усули чен кардан (мл)	462,27±11,66	726,92±63,01	4,11565	<0,001
Талофи хун мувофиқи Hb (мл)	492,32±11,28	731,54±62,89	3,74435	<0,005
Талофи хун мувофиқи Ht (мл)	501,23±11,34	736,92±63,08	3,67821	<0,005

Фарқияти миёнаи талофи хун дар гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ мувофиқи усули чен кардан $264,65 \pm 37,34$ мл, мувофиқи усули ҳисоб кардан бо дарназардошти пастшавии гемоглобин – $239,22 \pm 37,09$ мл, мувофиқи усули ҳисоб кардан бо дарназардошти пастшавии гематокрит – $235,69 \pm 37,21$ млро ташкил намуд. Фарқияти аз ҷиҳати омӯри аҳамиятдоштаи дигаргунии талофи хун, ки бо усулҳои истифодашуда ҳисоб карда шуданд, муқаррар карда нашуданд ($t=0,48$; $0,54$; $0,06$). Фарқияти бештар ҳангоми муқоиса кардани дигаргуниҳои миёнаи талофи хун байни гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ, ҳангоми истифодаи усули гравидометрӣ, фарқияти камтар – ҳангоми истифодаи усули баҳисобгирӣ мувофиқи тағйироти сатҳи гематокрит, муқаррар карда шуд, ки ин аз возеҳияти зиёди усули охири чен кардани талофи хун.

Муқоиса кардани талофи хуни баъдазҷарроҳӣ дар давоми 2 соат баъд аз ҷарроҳӣ, пастшавии аз ҷиҳати омӯри аҳамиятдоштаи ($t = 2,7$; $p < 0,05$) нишондоди мазкурро дар занҳое, ки атсиди транексамӣ истифода шуда буд ($42,9 \pm 2,6$ мл), нисбат ба нишондоди шабех дар занони гурӯҳи муқоисавӣ ($57,7 \pm 4,8$ мл) муайян кард.

Миқдори миёнаи гемоглобин дар занони гурӯҳи асосӣ то оғоз ёфтани ҷарроҳӣ ($104,23 \pm 2,29$ г/л) аз нишондоди шабеҳ дар гурӯҳи муқоисавӣ ($106,07 \pm 1,49$ г/л) аз ҷиҳати оморӣ фарқи зиёд надошт ($p > 0,05$). Баъд аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ нишондоди миёнаи гемоглобин $94,05 \pm 1,90$ г/л-ро ташкил намуд, ки ин нисбат ба нишондоди шабеҳ дар гурӯҳи муқоисавӣ ($83,89 \pm 2,4$ г/л) аз ҷиҳати оморӣ бениҳоят баланд мебошад ($t = 3,31$; $p < 0,05$) – расми 3.

Нишондоди миёнаи фарқияти гемоглобин дар занони гурӯҳи асосӣ ($10,18 \pm 2,10\%$), нисбат ба нишондоди шабеҳ дар гурӯҳи муқоисавӣ ($22,18 \pm 1,95\%$), аз ҷиҳати оморӣ бениҳоят паст буд ($t = 4,18$; $p < 0,001$). Чи тавре ки аз маълумоти овардашуда бар меояд, истифодаи атсиди транексамӣ ҳаҷми талофи хунро кам менамоя ва албата гемоглобин, нисбат ба заноне ки ҷарроҳӣ бе истифодаи атсиди транексамӣ гузаронида шудааст, бо сатҳи камтар паст мешавад.



Расми 2 – Миқдори миёнаи гемоглобин то ва баъд аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои занони муоинакардашуда

Дар гурӯҳи асосии занҳо нишондоди миёнаи гематокрит $32,42 \pm 0,99\%$, дар гурӯҳи муқоисавӣ – $33,24 \pm 1,01\%$ -ро ташкил намуд, ки ин аз ҷиҳати оморӣ фарқи зиёд надошт. Баъд аз ҷарроҳӣ гематокрит дар гурӯҳи асосии занон $28,9 \pm 1,02\%$, дар гурӯҳи муқоисавӣ $28,4 \pm 0,98\%$ -ро ташкил намуд, ки аз ҷиҳати оморӣ фарқи зиёд надоранд. Дар гурӯҳи асосӣ баъд аз ҷарроҳии чоки қайсарӣ сатҳи гематокрит нисбат ба нишондоди шабеҳи гурӯҳи муқоисавӣ то ҷарроҳӣ аз ҷиҳати оморӣ бениҳоят паст шуд ($t = 2,11$; $p < 0,05$). Қайд кардан зарур аст, ки дар гурӯҳи муқоисавӣ нишондоди мазкур инчунин аз ҷиҳати оморӣ зиёд паст шуд, аммо бештар зиёд ($t = 3,43$; $p < 0,001$). Нишондоди миёнаи фарқияти гематокрит то ва баъд аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ ($3,52 \pm 1,01\%$) ва гурӯҳи муқоисавӣ ($5,2 \pm 0,99\%$) фарқияти зиёди оморӣ надошт ($t = 1,19$; $p > 0,05$), аммо тамоюл ба пастшавии дигаргунии миёнаи гематокрит дар заноне, ки дар онҳо атсиди транексамӣ истифода шуда буд, мушоҳида карда шуд.

Сатҳи миёнаи билирубини занони гурӯҳи асосӣ $12,4 \pm 0,7$ мкмол/л-ро ташкил намуд, ки ин аз нишондоди гурӯҳи муқоисавӣ аз ($12,9 \pm 0,4$ мкмоль/л) ҷиҳати оморӣ фарқи зиёд надошт ($p > 0,05$). Сатҳи миёнаи АлАТ ва АсАТ занони гурӯҳи асосӣ ($0,6 \pm 1,2$ МЕ/л); $23,8 \pm 1,1$ МЕ/л) аз нишондоди шабеҳи занони гурӯҳи муқоисавӣ ($0,8 \pm 0,1$ МЕ/л; $21,3 \pm 0,14$ МЕ/л) аз ҷиҳати оморӣ фарқи зиёд надорад ($p > 0,05$). Сатҳи миёнаи креатинин занони гурӯҳи асосӣ $66,81 \pm 1,9$ мкмол/л, дурдаи пешоб - $5,54 \pm 0,16$ ммол/лро ташкил намуд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ сатҳи миёнаи креатинин $73,94 \pm 1,72$ мкмол/лро ташкил намуд, ки ин аз нишондоди мазкури гурӯҳи муқоисавӣ фарқияти зиёди оморӣ надошт ($t = 2,8; p < 0,05$). Сатҳи миёнаи дурдаи пешоб дар гурӯҳи муқоисавӣ $5,64 \pm 0,18$ ммол/л-ро ташкил намуд, ки нисбат ба нишондоди шабеҳ дар гурӯҳи асосӣ фарқияти зиёди оморӣ надошт ($t = 0,4; p > 0,05$). Аммо дар гурӯҳи муқоисавии заноне, ки сатҳи креатинин аз меъёрҳои озмоишгоҳӣ баланд буданд, мушоҳида карда нашуданд, ки ин барои баровардани ҳулоса дар бораи он ки занони гурӯҳҳои муоинашуда мувофиқи ҳолати вазоифии гурдаҳо хос буданд, имконият медиҳад.

Арзёбии таъсири истифодаи атсиди транексамӣ дар гурӯҳи асосӣ ба фаъолнокии вазоифии ҷигар ва гурдаҳо, ҷой надоштани таъсири маводи мазкурро ба сатҳи билирубин АлАТ, АсАТ, креатинин ва дурдаи пешоб муайян кард, ки ин мавҷуд набудани фарқияти аз ҷиҳати оморӣ возеҳро хангоми муқоисаи нишондодҳои шабеҳ нишон дод (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Натиҷаҳои нишондодҳои миёнаи фаъолияти ҷигари занони гурӯҳи асосӣ то ва баъд аз истифодаи атсиди транексамӣ

Нишондоди миёна / Гурӯҳи асосӣ	билирубин (мкмол/л)	АлАТ(МЕ/л)	АсАТ(МЕ/л)	Креатинин (мкмол/л)	Дурдаи пешоб (ммол/л)
То ворид кардани АТ	$12,35 \pm 0,69$	$0,57 \pm 0,17$	$23,75 \pm 1,09$	$66,81 \pm 1,9$	$5,54 \pm 0,16$
Баъд аз ворид кардани АТ	$12,85 \pm 0,42$	$0,60 \pm 0,17$	$21,3 \pm 0,14$	$66,41 \pm 2,02$	$5,66 \pm 0,18$
t	0,6	0,1	0,3	0,15	0,49
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Сатҳи миёнаи фибрини занони гурӯҳи асосӣ $13 \pm 0,29$ г/л, гурӯҳи муқоисавӣ $13,36 \pm 0,62$ г/л-ро ташкил намуд, ки ин фарқияти зиёди оморӣ надорад ($t = 0,53; p > 0,05$). Сатҳи миёнаи фибриноген дар гурӯҳи асосӣ $325 \pm 7,36$ г/л ва дар гурӯҳи муқоисавӣ $332,71 \pm 14,61$ г/л-ро ташкил намуд, ки ин фарқияти зиёди оморӣ надошт ($t = 0,47; p > 0,05$). Нишондодҳои миёнаи фибрин ва фибриноген дар ҳарду гурӯҳҳо фарқиятҳои оморӣ надоштанд, ки ин аз ҷой надоштани таъсири атсиди транексамӣ ба

нишондодҳои лахташавии хун дар ҳолатҳое, ки агар то ворид кардани мавод иллатҳои гемостаз муайян карда нашуда буданд, шаҳодат медиҳад. Ҳолатҳои тромбоемболия муайян карда нашуданд.

Хулоса

Натиҷаҳои асосии илмӣ рисола

8. Басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаи сатҳи 3-юм 2,5 маротиба аз нишондоди мазкур дар беморхонаи сатҳи 2-ум баланд мебошад. Дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум дар ҷараёни солҳои назораткардашуда, басомади чоки қайсарӣ ва нишондоди таносуби валодат тавасути роҳҳои табиӣ валодат, ба валодат бо ҷарроҳии чоки қайсарӣ тағйир наёфтанд. Дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм тамоюли пастшавии басомади чоки қайсарӣ баландшавии таносуби валодатро тавасути роҳҳои валодати табиӣ ба валодат бо ҷарроҳии чоки қайсарӣ имконпазир менамояд. Дар давраи пандемияи COVID-19 басомади чоки қайсарӣ баланд шуда истодааст [5-А, 7-А].
9. Ҳам дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм ва ҳам дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум басомади ҷарроҳии фаврӣ ($67,3 \pm 2,4\%$; $94,1 \pm 1,4\%$), аз басомади ҷарроҳии нақшавӣ ($32,7 \pm 2,4\%$; $5,9 \pm 1,4\%$) аз ҷиҳати омӯри бениҳоят баланд мебошад ($p < 0,001$). Басомади аз ҷиҳати омӯри баланди чоки қайсарии дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум муайянкардашуда (нишондоди хи-мурабаъ – 71,233; $p < 0,001$) нисбат ба нишондоди мазкур дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм, аз муносибати босифаттар дар роҳандозии ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар беморхонаи сатҳаш баланд шаҳодат медиҳад [1-А, 5-А].
10. Зариби самаранокии роҳандозии ҷарроҳии чоки қайсарӣ барои беҳтар намудани натиҷаи анҷомёбии перинаталӣ дар муассисаҳои сатҳи 3-юм дар баробари баландшавии басомади чоки қайсарӣ паст мешавад: 0,26 ҳангоми басомади чоки қайсарӣ 18,1%; 0,19 – ҳангоми басомади чоки қайсарӣ 18,7%; 0,14 – ҳангоми басомади чоки қайсарии 23,4% [1-А, 4-А].
11. Нишондоди асосӣ ба ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм из дар бачадон буд (дар ҳар як аз 3 зан). Вазни холиси ҷарроҳии чоки қайсарӣ бо дарназардошти пеш аз муҳлат канда шудани ҳамроҳаки дуруст чойгиршуда дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум, 3 маротиба аз нишондоди мазкур дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм бланд мебошад [1-А, 2-А].
12. Имконияти паст намудани чоки қайсариро дар беморхонаҳои сатҳи гуногун, дар байни гурӯҳҳои занон бо як ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар ҳолнома, дар гурӯҳи занон бо ҳомиладории яқум ва такрорӣ, валодати фаврӣ, пешомади сарӣ, ҳомиладории муҳлатрасо, дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум дар байни занони таваллудкунанда, ки

пурзӯркунандагони валодат истифода шудаанд ва дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм байни занон бо валодати пеш аз муҳлат ва ҳомиладории тамоюлкардашуда, бояд таҳлил намуд [2-А, 6-А].

13. Истифодаи атсиди транексамӣ дар занон бо чоки қайсарӣ ҳаҷми талофи хун, талофи гемоглобинро паст намуда, басомади хунравиҳои акушериро кам менамояд [3-А, 8-А].
14. Мувофиқ будани истифодаи атсиди транексамиро чой надоштани тағйиротро дар байни нишондодҳои фаъолияти ҷигар ва гурдаҳо, системаи лахташавии хун, мавҷуд набудани ҳолатҳои тромбоземболия тасдиқ менамоянд [3-А, 8-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои рисола:

8. Таҳлили сифати хизматрасонӣ ба занон бо чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои дилхоҳ сатҳ бо истифодаи низоми Б.Робсон гузаронида мешавад.
9. Барои паст намудани басомади чоки қайсарӣ дар занон дар гурӯҳи занон бо ҳомиладории яқум ва такрорӣ, валодати фаврӣ, пешомади сарӣ, ҳомиладории муҳлатрасо дар беморхонаҳои дилхоҳ сатҳ, бояд патрограмма босифат пур ва тафсир карда шавад.
10. Барои зиёд кардани валодатҳои бидуни ҷарроҳии занони ҳомиладор бо як ҷарроҳии чоки қайсарӣ дар ҳолнома гузаронидани интихоби дурусти занон барои валодати банақшагирифташуда тавасути роҳҳои валодати табиӣ ва ворид кардани тарзи ҷарроҳие ки сифати изи баъд аз ҷарроҳӣ, назорати сифати маводи духтанин истифодашуда ва барқароршавии оризаҳои уфунатии баъд аз ҷарроҳӣ лозим аст.
11. Ҳангоми зарурияти пурзӯр кардани валодат риоя кардани речаи ворид кардани окситотсин лозим аст.
12. Дар беморхонаи сатҳи 3-юм имкони паст кардани басомади чоки қайсарӣ дар байни занони калонсоли яқум маротиба таваллудкунанда ва занон бо безуриётӣ дар ҳолнома ворид кардани арзёбии омилҳои хавфи перинаталӣ ба ҳисоб меравад.
13. Барои паст кардани басомади чоки қайсарӣ ҳангоми зарурияти валодати фаврӣ амалҳои яқҷояи ҳам сатҳи антенаталӣ ва ҳам сифати хизматрасонӣ дар сатҳи беморхонаҳо зарур аст.
14. Барои пешгирии хунравиҳо ҳангоми чоки қайсарӣ дар ҳамаи занон истифода бурдани атсиди транексамӣ бо речаи мазкур лозим аст: то оғоз кардани бедардкунӣ дарунивариди қатрагӣ 500 мл NaCl 0.9 % + 5 мл атсиди транексамӣ.

Рӯйхати нашрияҳои унвонҷӯйи дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

1-А. Каландарова М.Х. Басомади чоки қайсарӣ ва нишондоди фавти перинаталӣ дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм: /Камилова М.Я., Каландарова М.Х., Ҷонмахмадова П.А., Назарова Ч.А., Назарбекова Ш.А.// "Пайёми Академияи илмҳои тиббии Тоҷикистон" -Душанбе-2020-№3-саҳ.259-264.

2-А. Каландарова М.Х. Басомади чоки қайсарӣ бо истифодаи таснифоти М.Робсон дар муассисаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм: /Камилова М.Я., Каландарова М.Х., Назарова Ч.А.// " Илм ва инноватсия " -Душанбе-2020-№3-саҳ.36-41.

3-А. Каландарова М.Х. Натиҷаҳои истифодаи атоиди транексамӣ дар заноне, ки бо ҷарроҳии чоки қайсарӣ таваллуд кардаанд: / Каландарова М.Х., Камилова М.Я., Давлатзода Г.К. // " Илм ва инноватсия " - Душанбе-2022-2021№3-саҳ.36-41.

4-А Каландарова М.Х. Имкониятҳои муайян кардани басомади имконпазири чоки қайсарӣ ва сиёсат оид ба паст кардани басомади чоки қайсарӣ / Каландарова М.Х . // Маҷаллаи илмӣ-тиббии "Симурғ".-2021-№12(4).- С.141-147

Мақола ва фишордодаҳо

5-А. Каландарова М.Х. Басомад ва сохтори нишондодҳои чоки қайсарӣ ва нишондоди фавти перинаталӣ дар беморхонаҳои сатҳи 2-ум: /Камилова М.Я., Каландарова М.Х., Бобоев Д.М.// "Модар ва кӯдак" - Душанбе-2020-№3-саҳ.42-45.

6-А. Каландарова М.Х. Таҳлили нишондодҳо ба ҷарроҳии чоки қайсарӣ (бо истифода аз таснифоти М.Робсон) дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм: /Давлатзода Г.К., Каландарова М.Х., Юнусова М.М.// "Модар ва кӯдак" - Душанбе-2020-№3-сх.22-25.

7-А. Каландарова М.Х. Басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаи сатҳи 3-юм дар давраи COVID-19 / Каландарова М.Х., Давлатзода Г.К., Гадоева Т.Х., Ишан-Ҳоҷаева Ф.Р., Арабова С.У.// Маҷаллаи "Модар ва кӯдак" - Душанбе-2021-№3-С36-41.

8-А. Каландарова М.Х. Баҳодиҳии ҳаҷми талофи хун ва басомади хунравиҳо ҳангоми ҷарроҳии чоки қайсарӣ / Каландарова М.Х.//Маъводҳои конференсияи ҷумҳуриявии илмию амалии МДТ ДДТХ (II-сола) бахшида ба 30 солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 5 солагии фаъолияти Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон "Тибби муосир ва таҳсилоти муосир"-2021-С.140-141.

Рӯйхати мухтасарот

АлАт - Аланинаминоттрансфераза

АсАТ – Аспартатаминотрансфераза

ТУТ – Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ

КНО – камхунии норасогии оҳан

УМР – узвҳои меъдаю руда

БИДБҚ – бозмони инкишофёбии дарунибатнии чанин

ЧҚ – чоки қайсарӣ

ЗСЧҚ – зариви самаранокии чоки қайсарӣ

ПКХДҚ – пеш аз муҳлат кандашавии ҳамроҳаки дуруст чойгиршуда

Ф.П. – фавти перинаталӣ

ФР – Федератсияи Россия

ИМА – Иоллоти мутаҳидаи Амрико

ТУС – ташхиси ултрасадо

WHO - World Health Organization

ТАФСИР

Каландарова Мархабо Хотамовна

«Имкониятҳои паст намудани басомади чоки қайсарӣ ва пешгирии хунравиҳо ҳангоми буриши шикамӣ»

Ихтисос 14.01.01. – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Калидкалимаҳо: чоки қайсарӣ, хунравиҳои акушерӣ, басомади чоки қайсарӣ, пешгирии хунравиҳо ҳангоми чоки қайсарӣ.

Мақсади тадқиқот: арзёбии имкониятҳои паст намудани басомади чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи гуногун ва мувофиқ кардани пешгирии хунравиҳо ҳангоми чоки қайсарӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Таҳлили ретроспективии таърихи валодати 669 занон бо чоки қайсарӣ бо истифодаи ҷадвали Б.Робсон, зариви самаранокии чоки қайсарӣ дар беморхонаҳои сатҳи гуногун ва тадқиқоти тарҳии рандомизии назоратшавандаи 50 зан бо чоки қайсарии банақшагирифташуда, гузаронида шуд, ки дар раванди онҳо самаранокӣ ва мувофиқ будани истифодаи атсиди транексамӣ бо мақсади кам кардани ҳаҷми хуни талофшуда ва пешгирии хунравиҳо омӯхта шуд. Усулҳои озмоишгоҳии мазкури тадқиқот истифода бурда шуданд: таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб ва таҳлили биохимиявии намунаҳои вазоифии чигар ва гурдаҳо, сатҳи фибрин ва фибриноген то оғози ҷарроҳӣ ва баъд аз он. Ҷен кардани ҳаҷми хуни талофёфта ҳангоми ҷарроҳиро бо усулҳои гравидометрӣ ва баҳисобгирӣ амалӣ намудем.

Таҳлили оморӣ бо ёрии пакети иловагии SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США), усулҳои тарҳи ва ғайри тарҳии оморӣ гузаронида шуд.

Навоварии илмӣ: Аввалин маротиба дар Ҷумҳурии Тоҷикистон басомади чоки қайсарӣ, таносуби ҷарроҳии нақшавӣ ва фаврӣ, таносуби валодат тавасути роҳҳои табиӣи валодат ба валодат бо буриши шикамӣ вобаста аз сатҳи муассисаҳо омӯхта шуданд. Таҳлили гузаронида нишондодҳо барои чоки қайсарӣ бо истифодаи низоми Б.Робсонро нишон дод ва гурӯҳҳои клиникии занон бо вазни ҳолиси зиёди чоки қайсарӣ дар муассисаҳои сатҳи 2-ум ва 3-юм муқаррар карда шуданд. Возеҳ карда шуд, ки дар беморхонаҳои сатҳи 3-юм бо зиёд шудани басомади чоки қайсарӣ зареби самаранокии валодати шикамӣ нисбат ба оқибатҳои анҷомёбии перинаталӣ ва хунравиҳо паст мешавад. Собит гардид, ки басомади хунравиҳои акушерӣ ҳангоми ҷарроҳии чоки қайсарӣ аз нишондоди мазкур ҳангоми валодат тавасути роҳҳои табиӣи валодат 4 маротиба баланд мебошад. Самаранокӣ ва мувофиқии истифодаи атсиди транексамӣ дар занон бо ҷарроҳии чоки қайсарӣ, барои кам кардани ҳаҷми хуни талофёфта ва паст кардани басомади хунравиҳои акушерӣ аз ҷиҳати илмӣ асоснок карда шуд.

Аҳамияти амалӣ: Ба табибони амалӣ истифодаи ҷадвали Б.Робсон ва гузаронидани таҳлили нишондодҳои чоки қайсарӣю хунравиҳои акушерӣ бо намуди муқоиса кардани натиҷаҳои анҷомёбии акушерӣ ва перинаталӣ ҳангоми усулҳои гуногуни валодат пешниҳод карда шудааст. Дар натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда, алгоритми пешгирии хунравиҳои акушерӣ ҳангоми чоки қайсарӣ бо истифодаи атсиди транексамӣ пешниҳод карда шуд.

Роҳандозии натиҷаҳо дар амалия: Натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашуда дар фаъолияти шӯъбаи патологияи МД «ПИТ АГ ва П»-и ВТ ва ҲИА ҚТ, Таваллудхонаҳои вилояти ва шаҳрии шаҳри Хучанд, ноҳияи Ҷ.Расулови вилояти Суғд роҳандозӣ карда шуданд.

Соҳаи истифодабарӣ: момопизишкӣ ва бемориҳои занона.

ANNOTATION

Kalandarova Markhabo Khotamovna

"Possibilities for reducing the frequency of caesarean section and prevention of bleeding during caesarean section"

Specialty 14.01.01. - Obstetrics and gynecology

Key words: caesarean section, obstetric bleeding, caesarean section frequency, prevention of bleeding during caesarean section.

The purpose of the study: to evaluate the possibility of reducing the frequency of caesarean section in hospitals of different levels and to optimize the prevention of bleeding during caesarean section.

Material and methods of research: A retrospective analysis of 669 birth histories of women with caesarean section was carried out using the B.

Robson scale, the efficiency coefficient of caesarean section of hospitals of different levels and a prospective randomized controlled study of 50 women with a planned caesarean section, which studied the effectiveness and acceptability of the use of tranexamic acid to reduce blood loss and prevent bleeding. Laboratory methods were used: complete blood count, general urinalysis and biochemical analysis of liver and kidney function tests, fibrin and fibrinogen levels before and after surgery. Measurement of the volume of blood lost during the operation was carried out by gravimetric and calculation methods. Statistical analysis was carried out using the SPSS 17.0 application package (IBM SPSS Statistics, USA) using the methods of parametric and nonparametric statistics.

Scientific novelty: For the first time in Tajikistan, the frequency of cesarean section, the ratio of planned and emergency operations, the ratio of childbirth through the natural birth canal to abdominal delivery, depending on the level of institutions, have been studied. The analysis of indications for caesarean section using the B. Robson system was carried out and the clinical groups of women in the group with the highest proportion of caesarean sections in hospitals of the 2nd and 3rd levels were established. It has been shown that in a hospital of the 3rd level, with an increase in the frequency of caesarean section, the coefficient of efficiency of abdominal delivery decreases in relation to perinatal outcomes and obstetric bleeding. It has been proven that the frequency of obstetric bleeding during caesarean section is 4 times higher than this indicator during childbirth through the natural birth canal. Efficiency and acceptability of the use of tranexamic acid in women with caesarean section to reduce blood loss and reduce the frequency of obstetric bleeding has been scientifically substantiated.

Practical significance: Practitioners are invited to use the B. Robson scale and analyze the indicators of caesarean section and obstetric bleeding in the form of a comparison of obstetric and perinatal outcomes with various methods of delivery. As a result of the research, an algorithm for the prevention of obstetric bleeding during caesarean section using tranexamic acid was proposed.

Implementation of the results into practice: The results of the studies carried out have been introduced into the work of the pregnancy pathology departments of the State Institution "NII AG and P" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tatarstan, the Regional and City Maternity Hospitals of Khujand, J. Rasulovsky District of the Sughd Region.

Scope: obstetrics and gynecology.