

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В
СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК:618. 2-036.11

На правах рукописи

**МАЛИКОЕВА
СОЧИДА АМИРАЛИЕВНА**

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

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности
14. 01. 01 – Акушерство и гинекология

Душанбе – 2022

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

Научный руководитель: **Мухамадиева Саодатхон Мансуровна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Официальные оппоненты: **Юсупбаев Рустем Базарбаевич** - доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии Республики Узбекистан (специальность – «Акушерство и гинекология» 14.01.01)

Хакназарова Матлуба Абдумаджидовна - доктор медицинских наук, врач акушер гинеколог Городского центра здоровья №5 г. Душанбе (специальность – «Акушерство и гинекология» 14.01.01)

Оппонирующая организация: Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2022 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-011 на базе Государственного учреждения «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Адрес: г. Душанбе, ул. Мирзо Турсун-заде, дом 31; niiagip@mail.ru; телефон – 918 69 16 68).

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

Автореферат разослан «_____» _____ 2022 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук**

Муминова Ш.Т.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Материнская смертность (МС) является основным индикатором репродуктивного здоровья и социального благополучия населения в стране, определяющим уровень развития системы здравоохранения и качество оказания медицинской помощи на всех этапах гестационного процесса [М.С. Зайнулина., 2015; О.С. Филиппов., 2020; L. Say.,2014]. Каждый четвёртый случай МС в мире связан с акушерским кровотечением (АК), при этом частота кровотечения в послеродовом периоде составляет от полутора до двух процентов от общего числа родов, в то время как доля МС от них достигает 60% [М.Н. Сурина, 2016; L. Say, 2014]. В большинстве случаев при стремительно возникшей кровопотере и нарастании ее объема, своевременное проведение квалифицированной неотложной акушерской помощи, адекватной инфузионно - трансфузионной терапии и метода обезболивания, кровотечение может быть остановлено и исход случая может быть благоприятным [Е.М. Шифман,2018; А.В. Куликов, 2016; В.Е. Радзинский, 2017; R.R.Thomasson, 2019]. В связи с этим, немаловажную роль в развитии этого осложнения играют ятрогенные факторы [В.Е. Радзинский, 2017]. Несмотря на это, в основе современных клинических протоколов наибольшее внимание в профилактике ПК уделяется мерам профилактики нарушений сократительной активности матки и коагулопатических нарушений [А.В.Куликов,2016; Е.М. Шифман., 2018; А.В Кулигин и соавт.,2021; R.J. Nadisauskiene, 2016]. В настоящее время большинство исследователей используют разработанный Всемирной организацией здравоохранения документ, согласно которому необходимо систематически проводить анализ критических акушерских случаев, которые перенесли пациентки во время беременности, родов и послеродовом периоде, то есть, когда женщина не погибла и выжила. Эти случаи описывают как «околопотери», «near miss», «тяжёлая материнская заболеваемость», «едва не умершие», «едва выжившие» и др. [ВОЗ, 2016; Айламазян Э.К., 2016; Pacheco A.J., 2014; Kedar K., 2015; Kalisa R., 2016]. В связи с этим, рекомендуется оценивать качество медицинской помощи на ранней стадии коррекции возникших осложнений, не дожидаясь неблагоприятных исходов беременности и родов [Э.К. Айламазян, 2016; Т.Ю. Пестрикова, 2016; Е.К. Main,2015; К. Kedar 2015; R. Kalisa, 2016]. В Таджикистане проводились единичные работы по вышеуказанной проблеме [Г.Т. Расулова, 2018; Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, 2018], однако, целенаправленных исследований по изучению медико- социальных аспектов репродуктивного здоровья женщин, переживших АК не проводилось.

Степень изученности научной темы. Диссертационная работа базируется на обширном материале отечественных и зарубежных научных исследований о значимости акушерских кровотечений, которые формируют высокие показатели материнской заболеваемости и смертности, как во всем мире, так и в Таджикистане. Решение этой проблемы во многом зависит от проведения мероприятий, направленных на оказание доступной, квалифицированной медицинской помощи на всех этапах беременности для обеспечения удовлетворительных исходов для матери и плода. Результаты исследований, проводимые по этой про-

блеме, нашли отражение в значительном количестве публикаций в местных и зарубежных изданиях. Однако, целенаправленных исследований по изучению частоты и структуры акушерских кровотечений в стране, медико-социальным аспектов репродуктивного здоровья женщин, переживших акушерские кровотечения, а также проблем при оказании медицинской помощи данной категории пациенток не проводились. Анализ отечественных и зарубежных литературных источников указывает на необходимость проведения дальнейших исследований в данном направлении.

Связь исследования с программами (проектами) и научной тематикой

Диссертационная работа выполнена в рамках реализации «Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период 2010-2020 годов», утвержденной Постановлением Правительства Республики Таджикистан (№368 от 02.08.2010 г) и «Государственной программы по репродуктивному здоровью до 2022 г», утвержденной Постановлением Правительства РТ №326 от 22.06.2019 г., темы НИР кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПО СЗРТ «Современные аспекты репродуктивной системы женщин с экстрагенитальной патологией» Срок выполнения: 2014-2018 годы. ГР № 0114 ТЈ00378

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Изучить медико - социальные аспекты здоровья женщин, переживших акушерские кровотечения и разработать пути снижения этого осложнения на всех этапах оказания медицинской помощи.

Задачи исследования:

1. Проанализировать динамику и структуру акушерских кровотечений на уровне страны за 2014-2018 годы.
2. Установить особенности социальных аспектов, репродуктивного и соматического здоровья пациенток, переживших акушерские кровотечения.
3. Изучить причины, риски развития акушерских кровотечений и проблемы оказания медицинских услуг данной категории пациенток.
4. Оценить методику аудита «near miss» как резерв снижения акушерских кровотечений.

Объект исследования. Объектом исследования явились 255 женщин репродуктивного возраста, переживших акушерские кровотечения (ретроспективное исследование); 40 родильниц, переживших послеродовое кровотечение (проспективное наблюдение) и ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики за 2014-2018 годы.

Предмет исследования. Предметом исследования явился анализ динамики и структуры АК на уровне страны; изучение особенностей социального статуса, репродуктивного и соматического здоровья пациенток, переживших АК; установление причин развития АК и проблемы оказания качества акушерской помощи на амбулаторном и стационарном уровне и оценки методики аудита «near miss» как резерва снижения АК.

Научная новизна исследования. Впервые в стране проанализирована динамика и структура АК и их доля в структуре МС. Установлено, что в динамике

не прослеживается стойкого снижения частоты АК по отношению к общему количеству родов в целом по стране и в отдельных её регионах.

Доказано, что высокая частота развития АК и связанная с ними материнская заболеваемость обусловлена комплексом потенциальных факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрагенитальной патологии.

Выявлены упущенные возможности при оказании медицинской помощи женщинам, пережившим АК: ненадлежащий уровень антенатального ухода, недостаточная профессиональная подготовка специалистов по оказанию НАП, несоблюдение принципов «маршрутизации» беременных, рожениц, родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ненадлежащий послеродовой уход в стационаре.

Научно обосновано использование методики аудита «near miss» как резерва снижения АК, материнской заболеваемости и смертности.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Основные положения диссертационной работы широко используются в научном и учебном процессах на кафедре акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ИПО в СЗ РТ» для врачей интернов, клинических ординаторов, проведении циклов повышения квалификации акушерок и акушер - гинекологов.

Раннее выявление беременных с анемией, йоддефицитными состояниями с учетом социального фактора позволяют практическим врачам своевременно установить риски развития акушерских кровотечений, провести консультирование об опасных симптомах, определить тактику ведения данной категории пациенток, и при необходимости, своевременно направить на более высокий уровень родовспомогательного учреждения. Выявление упущенных возможностей при использовании аудита критических случаев позволит акушер - гинекологам и организаторам здравоохранения улучшить медико-организационные мероприятия, тем самым провести профилактику АК на всех этапах оказания медицинской помощи.

Положения, выносимые на защиту

1. Послеродовые кровотечения являются лидирующими в структуре АК, которые имеют неустойчивую тенденцию к снижению.
2. Высокая частота развития АК среди «едва выживших» женщин и связанная с ними материнская заболеваемость обусловлена комплексом социальных и медицинских факторов, основные из которых связаны с низким уровнем образования и информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрагенитальной патологии.
3. Упущенными возможностями при развитии АК являются: ненадлежащее дородовое наблюдение, несоблюдение страновых клинических протоколов, недостатки послеродового ухода.
4. Клинический аудит случаев акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин является важным инструментом оценки качества акушерской помощи в родовспомогательных учреждениях и резервом снижения этого осложнения.

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

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.01.- Акушерство и гинекология. I. Отрасль науки: Медицинские науки. II. Формула специальности: Акушерство и гинекология III. Области исследований: 3.1. Акушерство.3.1.5. Отклонения в течении беременности: кровотечения во время беременности. 3.1.6. Кровотечения в родах. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Личный вклад соискателя ученой степени. Автор самостоятельно проводил поиск и анализ мировой и отечественной литературы, сбор и анализ собственного материала; участвовал в разработке анкет, проспективном наблюдении пациенток, создании электронной базы, включающей данные ретроспективного анализа медицинской документации, публикации статей; написании диссертации и автореферата.

Апробация и реализация результатов диссертации

Основные положения диссертации доложены на VI съезде акушер-гинекологов Таджикистана (2016г.), ежегодной XXIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПО в СЗ РТ», посвященной году молодежи (2019г), ежегодной XXV научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПО в СЗ РТ» «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» (2019г.), обсуждены на кафедральном заседании (протокол №5 от 2 марта 2020г.), межкафедральном экспертном совете по хирургическим дисциплинам ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (протокол 3/1 от 21 апреля 2020г.) проблемно-экспертной комиссии ГУ ТНИИ АГ и П (протокол № 1 от 25 августа 2020г).

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

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа освещена на 155 страницах компьютерного текста, написана на русском языке, состоит из введения, обзора литературы, 4-х глав собственных исследований, обсуждения, заключения, библиографии. Работа иллюстрирована 17 рисунками, 19 таблицами. Библиография состоит из 192 источников, включает 74 отечественных и 118 иностранных авторов.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Материал и методы исследования. Согласно поставленным задачам, исследование проводилось в три этапа. Первый этап исследования заключался в изучении динамики и структуры акушерских кровотечений в стране и в стационаре третьего уровня. Проанализированы ежегодные официальные статистические сборники Национального центра медицинской статистики МЗ СЗН РТ, годовые отчеты ГУ ТНИИ АГиП и первичная медицинская

документация (индивидуальные карты беременных (форма №29), обменные карты (форма № 087) за 2014 -2018 гг. На втором этапе исследования для оценки медико-социальных аспектов здоровья женщин, переживших акушерские кровотечения и выявления факторов риска развития кровотечений проведено ретроспективное исследование 255 случаев акушерских кровотечений, причиной которых явились преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), предлежание плаценты (ПП), послеродовое кровотечение (ПК) и карты новорожденных. Основную группу (I) составили 161 пациентка с ПК. Группами сравнения явились 61 женщина с ПОНРП (II) и 33 беременные с ПП (III). Контрольную группу составили 100 родильниц без АК. Критерии исключения: кровотечения, связанные с гемолитическими и онкологическими заболеваниями. Третий этап заключался в апробировании методологии аудита критических случаев (АКС) с проведением интервьюирования 40 женщин, переживших ПК. В процессе анализа критических случаев, угрожающих жизни женщины, выявлялись факторы, способствовавшие процессу оказания медицинской помощи. В исследовании применялись следующие методы: аналитический, общеклинические (общий анализ крови и мочи) и биохимические анализы (АлАт, АсАт), билирубин прямой и не прямой), определение фибрина, фибриногена, прикроватный тест (свертываемость по Ли Уайту), ультразвуковое исследование плода и послеродовой матки, почек, электрокардиография. Аналитический метод заключался в общепринятом цифровом анализе официальных статистических показателей в стране (динамика и структура МС, частота и структура АК).

УЗИ плода во время беременности включало проведение фетометрии (определение веса и роста плода, симметричности скелета и соответствие его сроку гестации) и доплерометрии (оценка состояния маточно-плацентарного, плацентарного и плодового кровотока). У родильниц УЗИ осуществлялось на 3-й день после родов на диагностическом УЗИ аппарате LOGIC-3 с использованием наружного трансабдоминального метода линейным датчиком с частотой 3,5; 5 и 10 МГц с продольным и поперечным сканированием матки после родов. Диагноз зоба устанавливался в соответствии с международными стандартами ВОЗ (2001): степень 0 - зоба нет, степень I - зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи; степень II-зоб виден при нормальном положении шеи; степень III-зоб за пределами шеи. Индекс массы тела (ИМТ) определяли для оценки дефицита или избыточного веса беременной по формуле: вес (кг) разделить на квадрат роста в метрах. Ожирение I степени устанавливали при ИМТ 30,0 – 34,9 кг/м², II - 35,0-39,9, III-40,0 и >. Электрокардиография проводилась как дополнительный метод исследования для обнаружения отклонений от нормального ритма сердца и выявлений повреждений миокарда на аппарате MAC 1200 st.

Лабораторные и функциональные исследования проводились в клинической и биохимической лабораториях ГУ «ТНИИ АГиП» (зав. лабораторией Аджикова Т., зав. отделением функциональной диагностики к.м.н., доцент Рахматуллаева З.Р.)

Статистическая обработка материала выполнялась с помощью программы Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Оценка соответствия выборки нормальному закону распределения проводилась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки, качественные – в виде абсолютных значений и их долей (%). При парном межгрупповом сравнении количественных показателей применялся U-критерий Манна-Уитни, при множественных сравнениях – H-критерий Крускала-Уоллиса. При парных сравнениях в качественных группах применялся критерий хи-квадрат Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований. Обоснованием анализа структуры МК является тот факт, что в большинстве случаев АК сочетаются с другими серьезными осложнениями беременности, как гипертензивные нарушения, HELLP-синдром, септические осложнения и ЭОВ. Установлено, что за анализируемые годы наметилась положительная тенденция снижения коэффициента МК (с 29,2 до 24 на 100 000 живорожденных), при этом летальность от АК возросла с 26,1 до 32,7%. В тоже время материнские потери от преэклампсий увеличились в 1,6 раза (с 9,2 до 15%), частота развития акушерского сепсиса - в 1,7 раза (с 8,7 до 15%). Изучение частоты АК по отношению к общему количеству родов свидетельствовало об отсутствии тенденции к снижению данного показателя. Так, в целом по стране частота АК в 2014 году составляла $11,9 \pm 0,35\%$, в 2016 - этот показатель снизился в 1,5 раза ($7,9 \pm 0,28\%$), а в 2018 - вновь увеличился почти в 6 раз ($12,5 \pm 0,35$); ($p < 0,05$). Анализ показал, что в структуре АК первое место занимают послеродовые кровотечения (ПК) (рисунок 1).

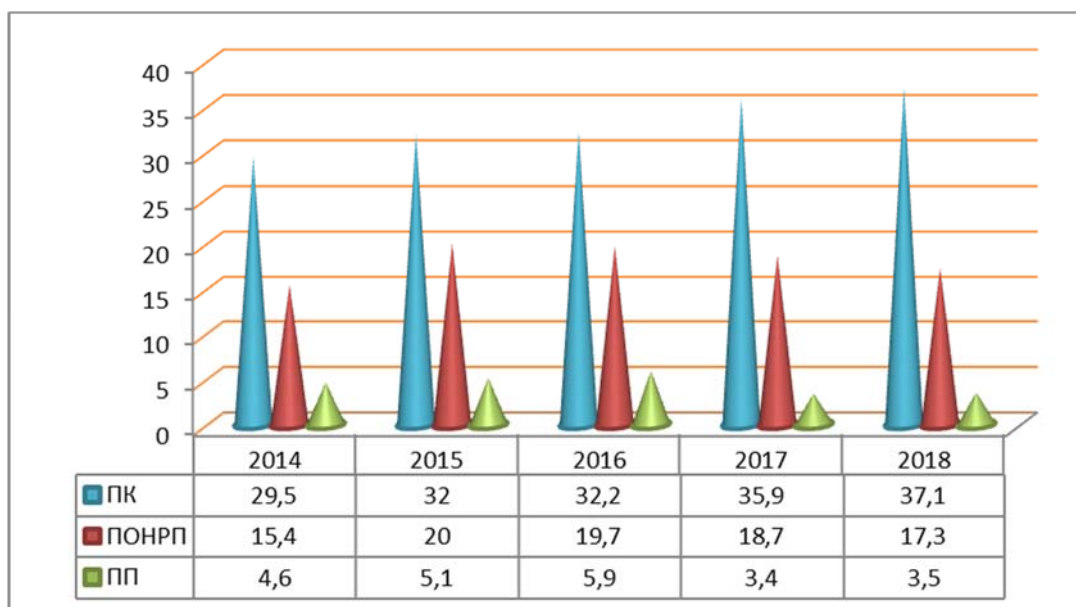


Рисунок 1. – Структура акушерских кровотечений в Республике Таджикистан за 2014-2018гг, (%)

Так, по республике этот показатель с 2014 по 2018 годы увеличился с $29,5 \pm 0,5$ до $37,1 \pm 0,5\%$ ($p > 0,05$). В тоже время частота ПОНРП не имеет устойчивую тенденцию: удельный вес этого осложнения возрос с $15,4 \pm 0,39$ до

17,3%±0,39, тогда как доля ПП снизилась с 4,6±0,23 до 3,5±0,19% ($p>0,05$). Анализ ежегодных отчетов стационара третьего уровня (ТНИИ АГиП) показал, что за указанный период в структуре АК лидирующими являлась ПОНРП. Так, в 2014 году этот показатель составлял 73,8%, в 2016 - снизился в 1,3 раза (56,2%), а к 2018 году - вновь повысился (66%). В тоже время, по сравнению с 2016 годом, частота ПП уменьшилась в 2018 году в 1,5 раза (с 16,6% до 10,4% соответственно) ($p<0,05$). Удельный вес ПК в стационаре третьего уровня не имеет устойчивых цифр. Так, в 2014 году этот показатель составлял 16,3%, в 2016 - увеличился в 1,6 раза (27,1%) ($p<0,05$), тогда как с 2017 года частота этого осложнения уменьшилась с 25,5 до 23, 5% в 2018 году ($p>0,05$). Неустойчивость цифр АК как в целом по стране, так и в стационаре третьего уровня диктует необходимость поиска путей выявления упущенных возможностей оказания медицинской помощи при данной патологии и принятия обоснованных решений по улучшению качества помощи женщинам с АК и снижению в дальнейшем материнской летальности от этого осложнения. Исследователям трудно найти однозначный ответ, касающийся материнского здоровья, поскольку кроме социально-экономических факторов, косвенные (не связанные с беременностью) причины также формируют показатель материнской смертности в стране. Косвенными причинами могут являться наличие в анамнезе соматической и гинекологической патологии, заболевания, возникшие во время беременности, которые обострилось в связи с наступившей беременностью. Полученные цифровые данные не позволяют установить истинные причины развития АК, в связи с этим, нами изучены медико-социальные аспекты здоровья женщин, переживших АК.

Ретроспективное исследование 255 случаев АК позволило представить медико - социальный портрет женщин, переживших это грозное осложнение. Анализ показал, что средний возраст исследуемых пациенток составлял в среднем 29,4±0,4 года, при этом он был наименьшим в группе женщин с ПК (27,5±0,5 лет) по сравнению с возрастом пациенток с ПОНРП (31,8±1,1г) и ПП (29,2±0,7лет; $p<0,05$). Наибольший удельный вес женщин, переживших АК находились в активном репродуктивном периоде, то есть в возрастной группе 25-34 года (56,4±9,4%), при этом в возрасте 25-29 лет они составляли 31,7±9,4%, 30-34 года – 24,7±8,2%. Установлено, что их было больше в группе пациенток с ПОНРП и ПП (62,3±5,2 и 60,6±7,1% соответственно) по сравнению с группой женщин с ПК (53,1±3,7%; $p>0,05$) (рисунок 2).

Каждая третья женщина (29,0±7,1%), пережившая АК, была раннего репродуктивного возраста (20-24 года), при этом более 1/3 женщин (33,6±3,7%) - с ПК и каждая пятая – с ПОНРП и ПП (21,3±4,7 и 21,2±7,1% соответственно). Пациенток позднего репродуктивного возраста было в 1,4 раза больше с ПОНРП (14,8±4,0 %) по сравнению с пациентками с ПК (9,9±1,6%; $p>0,05$).

Социальный статус и уровень образования женщин во многом определяют многие аспекты здоровья женщин с учетом социально-экономического уровня развития страны. Установлено, что сельских жительниц было в 5,5 раза больше по сравнению с городскими (84,7±3,4 и 15,3±1,9%, соответственно), что характерно для учреждения третьего уровня оказания акушерской помощи, преимущественно обслуживающего пациенток различных регионов страны ($p<0,01$).

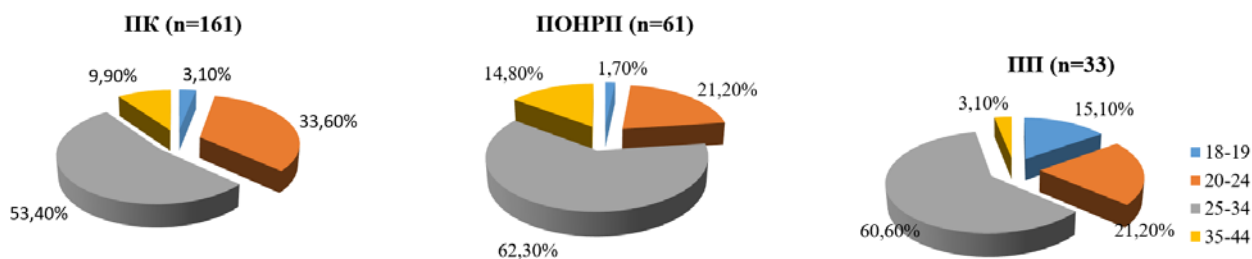


Рисунок 2. - Возрастная характеристика обследованных женщин (n=255), %

Сравнительный анализ показал, что жительниц села по сравнению с городскими женщинами в группе пациенток с ПК было в 8 раз больше (88,8 и 11,1% соответственно), во II группе – в 2,5 раза (72,1 и 27,8% соответственно), в III – 7,2 раза (8,8 и 12,1%, соответственно; $p < 0,01$).

Большая часть женщин, переживших АК была представлена домохозяйками (84%), более 60% - имели среднее незаконченное образование (69,4%). Проживали в неудовлетворительных условиях более 70% жительниц страны, в тоже время, только 23,4 % женщин имели отдельное место жительства (рисунок 3).

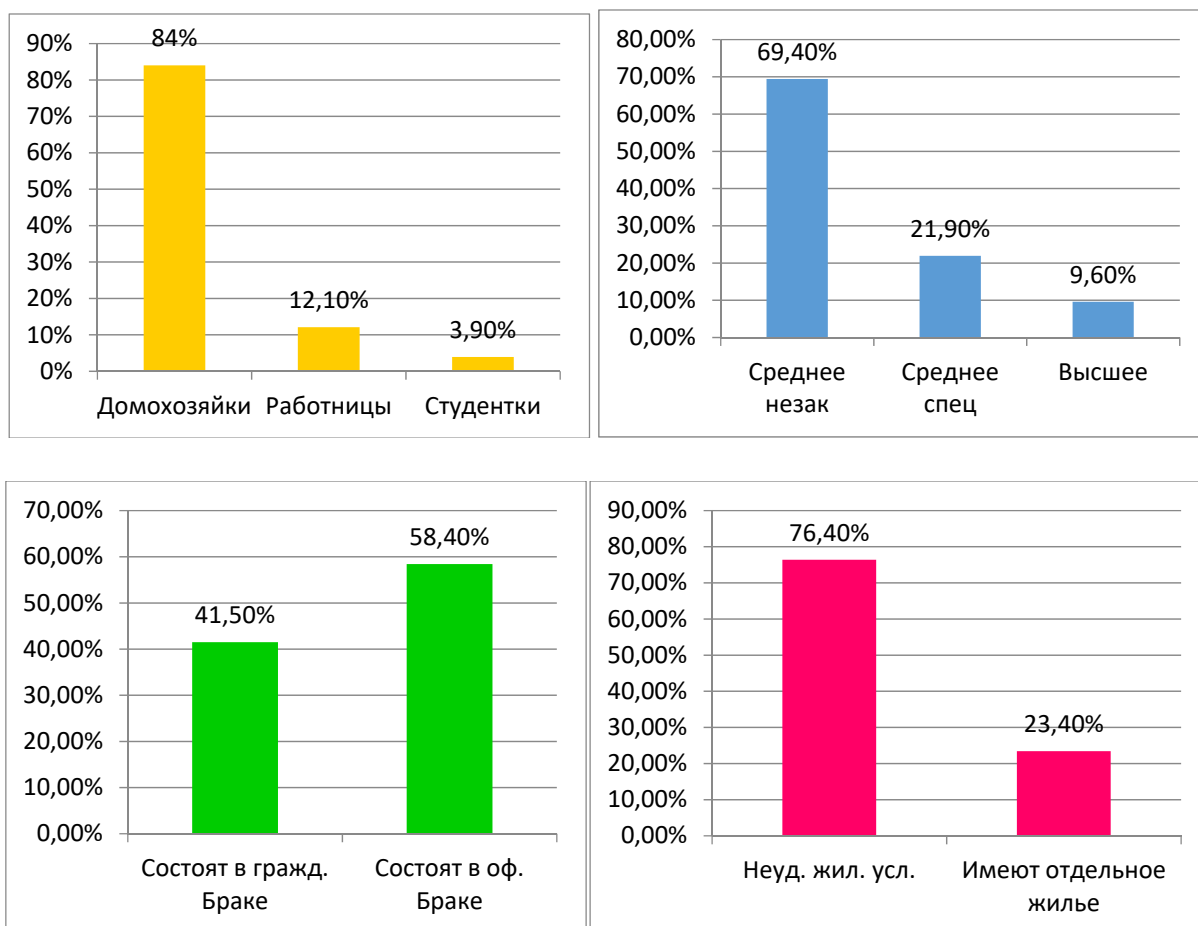


Рисунок 3. - Социальный статус женщин, переживших акушерские кровотечения (n=255), %

Уровень оценки условий жизни и экономического статуса определенное влияние указывают культурные, религиозные и традиционные установки. Следует указать, что

состояли в официальном браке не более 60% женщин исследуемых групп. В Таджикистане, несмотря на позитивные сдвиги в обществе в плане дифференцировки общества, в целом по стране характерен высокий уровень бедности и безработицы. В регионах средней и высокой рождаемости многократные беременности и роды в анамнезе являются фактором риска развития АК во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Путем ретроспективного исследования установлено, что в структуре паритета каждая вторая женщина, пережившая АК, была повторнородящей (52,1±5,7%), каждая третья – первородящей (29,1±5,7%), многорожавшие составляли 18,8±2,8% . Сравнительный анализ показал, что в группе пациенток с ПК количество первородящих встречались в 1,3 раза чаще по сравнению с женщинами с ПОНРП и в 2,8 раза больше по сравнению с беременными с ПП ($p<0,01$) (рисунок 4).

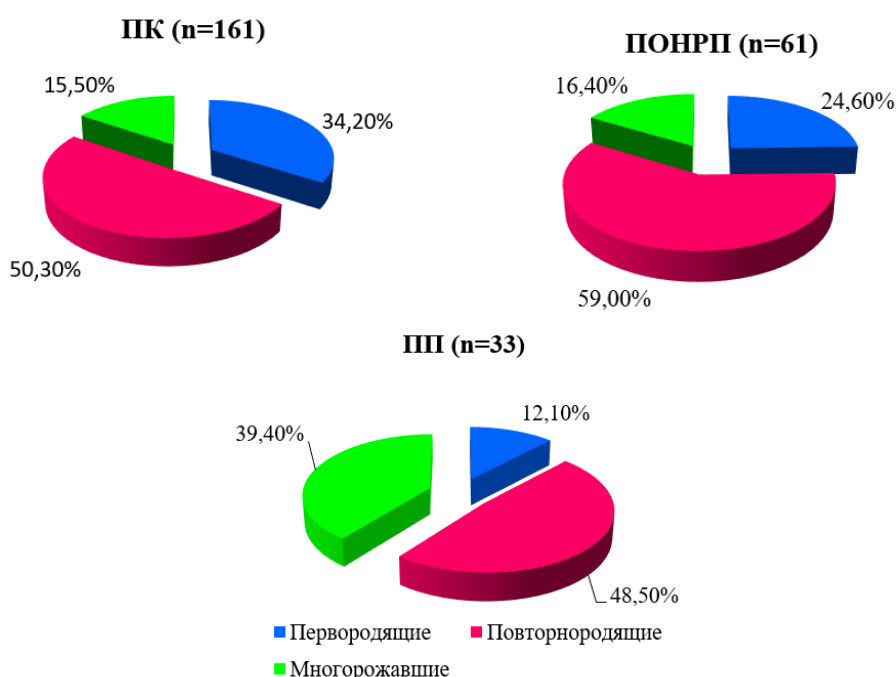


Рисунок 4. – Паритет родов женщин, перенесших акушерские кровотечения (n=255), %

Тогда как среди последней группы многорожавших было в 2,1 раза больше по сравнению с пациентками с ПОНРП и в 2,5 раза больше по сравнению с пациентками с ПК (15,5±2,8%) ($p<0,01$). К сожалению, у 70,7% женщин, переживших АК, межродовой интервал был менее 2-х лет. При анализе медицинской документации установлено, что из общего количества пациенток не использовали в прошлом современные методы контрацепции 45±4,3% женщин, то есть, не более половины. Из числа использовавших контрацепцию 83,5±3,1% женщин предпочитали внутриматочную спираль (ВМС), 6,4±2,9% потребителей использовали внутримышечные инъекции Депо-провера. Сравнительный анализ показал, что ВМС использовали в прошлом каждая вторая женщина в группе с ПК (51,3±0,8%) и ПП (50,0±3,3%), 60,5±4,3% - в группе пациенток с ПОНРП. КОК принимали в группе пациенток с ПП в 1,6 раза больше (14,2±2,0%) по сравнению с I-ой (5,4±1,4%) и в 1,4 раза – со II-ой (7,9±4,3%) ($p<0,01$).

Барьерные методы контрацепции использовали 15,8±3,2% супружеских пар и эти показатели статистически не отличались в анализируемых группах ($p>0,05$). В I-ой группе пациенток, перенесших АК, метод лактационной аменореи (МЛА) использовали в 4,6 раза чаще (24,3±0,7%) по сравнению со II-ой группой (5,2±4,3% и в 2,2 раза чаще по сравнению с III –ей группой (10,7±3,1%; $p<0,01$). Решение использовать контрацепцию и выбор метода предохранения от нежелательной беременности в большинстве семей осуществлялись совместно в 65% случаев, самой женщиной – в 14,4% и мужем – в 21% случаев. Установлено, что практически соматически здоровых пациенток во время исследования не было. В Таджикистане малокровие является краевой патологией и достаточно часто встречается среди женщин репродуктивного возраста и беременных. Выявление анемии и причины, приведшей к этой патологии, позволит своевременно провести коррекцию и профилактику акушерских кровотечений. В структуре ЭГЗ лидировала анемия различной степени тяжести, причем 81,3% пациенток имели анемию легкой, 16,7% - средней и 1,4% - тяжелой степени тяжести. Следует указать, что анемия в группе женщин с ПК встречалась в 1,4 раза чаще по сравнению с группой женщин с ПОНРП и в 1,7 раза – при сравнении с беременными с ПП ($p<0,01$) (таблица 1).

Таблица 1. - Структура экстрагенитальных заболеваний среди обследованных женщин (n=255)

Нозология	I n=161		II n=61		III n=33		Всего n=255	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Анемия	149	99,5±5,1**	41	67,2±5,2	19	57,5±5,4	209	81,9±5,2
ИДС	78	48,4±5,2	17	27,8±4,8*	12	36,3±5,8	107	41,9±5,2
ССЗ	8	4,9±5,0	4	6,5±5,4	5	15,1±5,8	17	6,6±5,1
Заболевания почек	90	55,9±5,2	25	40,9±5,3	12	36,3±5,2*	127	49,8±5,2
Заболевания ЖКТ	5	3,1±5,3	5	8,2±5,4	3	9,0±5,1	13	5,1±3,0
Сахарный диабет	9	5,5±5,1	4	6,5±6,1	3	9,0±4,8	16	6,2±5,4
Ожирение	5	3,1±5,0	3	4,9±5,7	4	12,1±5,2	12	4,7±5,0
Варикозная болезнь	4	2,4±5,5	4	6,5±6,1	3	9,0±5,1	11	4,3±1,4

Примечание: ** $p<0,01$ * $p<0,05$ - p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Исследования показали, что 87,9% женщин с легкой степенью анемии находились в группе женщин с ПК, 75,6% с ПОНРП и 63,1% - с ПП. Среди женщин, переживших АК, с анемией средней степени тяжести в группе пациенток с ПК находились каждая десятая (11,4%), с ПОНРП - каждая пятая (22%), с ПП- каждая третья (31,5%). Наряду с этим, в каждой анализируемой группе встречались по одной женщине с тяжелой степенью анемии (0,6, 2,4 и 5,2%, соответственно). Установлено, что повторно-родящие женщины с коротким интергенетическим интервалом (70,7%), страдающие

анемией, составляют группу риска по развитию АК. В группе первородящих анемией страдали 61,2% пациенток, переживших АК, повторнородящих – 83,4%, многорожавших- 87,5%. При этом, в группе первородящих анемия легкой степени имела место в 67,5% случаев, средней степени тяжести -30,4%, то есть, у каждой третьей. По сравнению с ними у более половины повторнородящих женщин имели место анемия легкой степени тяжести (50,4%) и почти у каждой второй (48,6%) - средней степени тяжести. Заболевания почек и мочевыводящих путей остаются актуальной проблемой среди беременных, так как эта патология существенно увеличивает нагрузку на эти органы и может привести к нарушению многих жизненно важных функций организма, представляя серьезную опасность для нормального развития гестационного процесса и плода. Заболевания почек и мочевыводящих путей имели место почти у каждой второй женщины, переживших АК, при этом в I-ой группе они установлены в 1,3 раза чаще по сравнению со II-ой и в 1,5 раза - по сравнению с III-ей группами ($p < 0,01$). Йоддефицитные состояния в I-ой группе встречались в 1,7 раза чаще по сравнению со II-ой и в 1,3 раза чаще - по сравнению с III-ей группами ($p < 0,01$). Данные медицинской документации свидетельствовали, что сахарный диабет был диагностирован у пациенток I-ой группы в 5,5±5,1% случаев, II-ой - 6,5±6,1%, III-ей - 9,0±4,8%, причем статистически достоверной разницы между ними не установлено ($p > 0,05$).

Из реже встречающихся заболеваний варикозную болезнь имели 4,3±1,4% женщин, при этом в группе пациенток с ПП их было 9,0±5,1%, что в 3,7 раза чаще по сравнению с пациентками с ПК (2,4±5,5%) и в 1,3 раза – по сравнению со II-ой группой (6,5±6,1%; $p > 0,05$). Одной из актуальных и серьезных медико-социальных проблем современности является ожирение, которое многими учеными расценивается как хроническое рецидивирующее заболевание, способствующее проявлению и развитию многих сопутствующих болезней. Среди женщин, переживших АК, ожирением страдали 4,7±5,0% пациенток, при этом в III-ей группе оно встречалось в 4 раза чаще по сравнению с I - ой и 2,4 раза – по сравнению со II-ой группами ($p > 0,05$). Заболевания желудочно-кишечного тракта среди пациенток с ПП имели место в 1,6 и 3 раза больше по сравнению с I-ой и II-ой группами ($p > 0,01$). К сожалению, ряд хронических заболеваний, которые могут осложнить течение гестационного процесса, диагностируются только во время беременности, что диктует необходимость повышения информированности населения о здоровом образе жизни. Наряду с ЭГЗ, влияющими на течение беременности и родов, актуальной проблемой является проблема воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОТ), особенно, хронических, ухудшающих прогноз в отношении репродуктивной функции женщины, что также является социальной и экономической проблемой в стране. Согласно исследованиям, почти у каждой второй женщины, пережившей АК, в анамнезе отмечены различные гинекологические заболевания, в структуре которых преобладают в основном воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОТ).

Из общего количества женщин, перенесших АК, в 4,3±4,3% случаев имела место миома матки, у 5,8±2,2% - кисты яичников. На нарушение менструального цикла в анамнезе указали 3,5±3,9% женщин, хронический метроэндометрит-14,1±4,3%, сальпингооофорит - 12,5±3,0%; бесплодием страдали 2,7% пациенток. Сравнительный анализ показал, что миому матки в группе женщин с ПОНРП и ПП имели в 2 раза чаще (6,5±6,7 и 6,0±4,3%, соответственно) по сравнению с пациентками с ПК

($3,1 \pm 5,4\%$; $p < 0,05$). Нарушением менструального цикла страдали достоверно больше женщины с ПП ($12,1 \pm 3,9\%$). Хронический метроэндометрит диагностирован у каждой третьей пациентки с ПП ($30,3 \pm 4,3\%$), что в 1,5 раза больше в группе с ПОНРП ($19,6 \pm 6,8\%$) и в 3,5 раза – по сравнению с женщинами с ПК ($8,6 \pm 5,4\%$; $p < 0,05$). Согласно медицинской документации, патологические процессы шейки матки имели 12,1% женщин, при этом каждая пятая ($21,2 \pm 4,1\%$) пациентка с ПП, что в 1,6 раза чаще по сравнению с женщинами с ПОНРП ($13,1 \pm 6,9\%$) и в 2,1 раза по сравнению с женщинами с ПК ($9,9 \pm 4,9\%$; $p < 0,05$).

Качество антенатального ухода за беременными и выявление состояний, предрасполагающих к развитию тяжелых акушерских осложнений, является важным фактором материнской и перинатальной смертности. На фоне беременности и особенностях её течения может развиваться специфический процесс, который может способствовать возникновению акушерских кровотечений. Установлено, что у более половины женщин, переживших АК ($55,6\%$), течение настоящей беременности протекало с осложнениями, которое имело место в 1,3 раза больше в группе пациенток с ПК ($45,7\%$) по сравнению с группой женщин с ПОНРП ($34,5\%$) и в 2,3 раза по сравнению с беременными с ПП ($19,7\%$). У более половины женщин, переживших АК имела место рвота беременных ($54,9 \pm 3,9\%$), при этом в группе женщин с ПК это осложнение встречалось в 1,3 раза чаще по сравнению с группой с ПОНРП ($48,9 \pm 6,2\%$) и в 2 раза чаще ($35,7 \pm 8,0\%$) - по сравнению с III-ей группой ($p < 0,05$). Результаты исследований показали, что анемия различной степени тяжести во время беременности встречалась у более 1/3 женщин ($33,8 \pm 2,2\%$) с ПК, $69,2 \pm 1,6\%$ - в группе пациенток с ПОНРП и $71,4 \pm 9,0$ - у женщин с ПП ($p < 0,05$). Полученные нами данные свидетельствуют, что $43,6 \pm 5,8\%$ женщин, перенесших АК, перенесли ОРВИ при настоящей беременности, при этом каждая вторая ($50,7 \pm 3,1\%$) в I-ой группе, более 1/3 ($38,7 \pm 5,9$ и $35,7 \pm 8,0\%$, соответственно) – во II-ой и III-ей группах. Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез установлен в 18,4% случаев.

Следовательно, качество антенатального ухода за беременными и выявление состояний, предрасполагающих к развитию тяжелых акушерских осложнений, являются важным фактором материнской и перинатальной смертности. На фоне беременности и особенностях её течения может развиваться специфический процесс, который может способствовать возникновению АК, которые можно было бы предотвратить. О ненадлежащем качестве антенатального ухода свидетельствует факт, что состояли на учете по поводу настоящей беременности $46,06 \pm 8,4\%$ женщин, перенесших АК, остальные $53,3 \pm 8,5\%$ по неизвестным причинам не наблюдались у акушера-гинеколога. Установлено, что среди всех женщин, переживших АК, не состояли на учете $58,3 \pm 3,8\%$ пациенток с ПК, что 2 раза больше по сравнению с группой беременных с ПП ($27,2 \pm 8,5\%$; $p < 0,01$).

Аналитическое изучение данных медицинской документации женщин, перенесших АК, позволило выявить ряд антенатальных факторов. Среди пациенток, перенесших АК, более половины поздно взяты на учет (с ПК - $58,1 \pm 3,2\%$, ПП – $55,0 \pm 3,1\%$, ПОНРП – $57,3 \pm 3,1\%$). В группе женщин с ПК охвачены антенатальной помощью после 12 недель беременности $61,2 \pm 3,4\%$ пациенток и после 22 недель - $38,8 \pm 3,3\%$, что в 2 раза больше по сравнению с пациентками из группы с ПП ($p < 0,05$). Из общего ко-

личества женщин, перенесших АК, за период антенатального ухода $72,4 \pm 3,1\%$ посетили медработника во время беременности всего 3 раза, а среди пациенток с ПП – $78,9 \pm 3,2\%$. К сожалению, антенатальное наблюдение данной категории женщин за весь период беременности проводился акушерами-гинекологами только в $12,1 \pm 3,1\%$ случаев, в остальных $57,7 \pm 3,1\%$ - семейным врачом и $30,2 \pm 3,1\%$ - акушеркой. В группе родильниц с ПК без направления в стационар поступили $75,2 \pm 3,4\%$, что в 1,3 раза больше по сравнению с пациентками с ПОНРП и ПП ($57,4 \pm 6,3$ и $57,6 \pm 8,6\%$, соответственно; $p < 0,05$).

При сравнительном анализе с контрольной группой установлены достоверные различия качества антенатального ухода. В группе женщин, перенесших АК по сравнению с контрольной группой, имели осложнения беременности и не состояли на учете у медицинского работника в 2 раза больше, обратились после 12 недель беременности – в 1,7 раза чаще, после 20 недель – в 1,3 раза меньше, наблюдались у акушера-гинеколога – в 5,5 раза меньше, госпитализированы в стационар без направления - в 2,5 раза больше ($p < 0,05$) (рисунок 5).

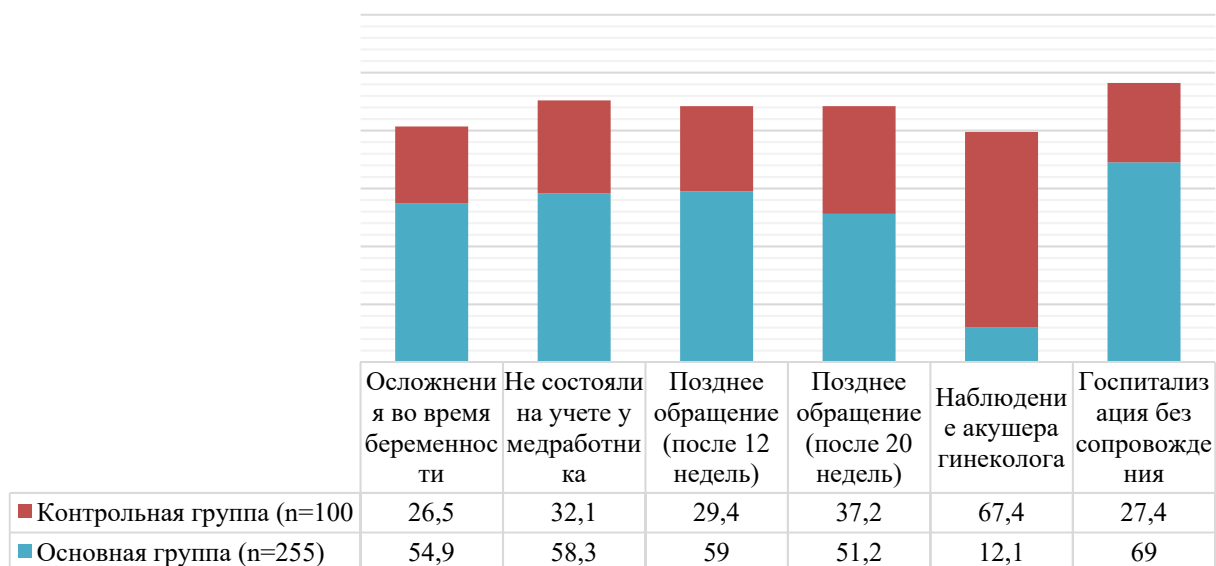


Рисунок 5. – Факторы риска развития акушерских кровотечений на амбулаторном уровне (n=355); (%)

Выявлены нарушения при «маршрутизации» беременных и рожениц на третий уровень родовспомогательного учреждения. В группе родильниц с ПК без направления в стационар поступили $75,2 \pm 3,4\%$ женщин, что в 1,3 раза больше по сравнению с пациентками с ПОНРП и ПП ($57,4 \pm 6,3$ и $57,6 \pm 8,6\%$ соответственно; $p < 0,05$). Установлено, что более 1/3 женщин, переживших АК ($37,9 \pm 0,3$, $35,1 \pm 0,6$ и $34,3 \pm 0,7\%$, соответственно) госпитализированы при доношенном сроке беременности. Из общего количества обследованных, в удовлетворительном состоянии поступили более 60% ($63,1 \pm 8,1\%$) женщин, каждая пятая ($22,3 \pm 8,2\%$) - в состоянии средней тяжести и в $14,5 \pm 5,8\%$ случаев состояние оценено как тяжелое ($p < 0,01$). В состоянии средней тяжести поступила каждая третья женщина с ПП ($33,3 \pm 8,2\%$), каждая пятая – с ПОНРП ($22,9 \pm 5,8\%$) и каж-

дая четвертая ($19,9 \pm 3,1$) – с ПК (%). При поступлении состояние оценено как тяжелое у каждой третьей женщины с ПОНРП ($29,5 \pm 5,8, 0\%$) и каждой десятой – с ПК ($11,8 \pm 3,1\%$; $p < 0,01$). Во время беременности и родов тяжелая преэклампсия диагностирована среди пациенток с ПОНРП в $66,6 \pm 15,7\%$ случаев, что в 6,6 раза больше по сравнению с группой женщин с ПП и родильницами с ПК ($10,0 \pm 9,5$ и $10,0 \pm 3,6\%$, соответственно; $p < 0,05$). Операция произведена в течение $26,2 \pm 1,0$ минут с момента поступления пациенток с ПОНРП и $31,3 \pm 3,4$ минут с ПП. По поводу рубца на матке КС произведено в $6,5 \pm 3,2\%$ случаев пациенткам с ПОНРП и в $15 \pm 6,2\%$ беременным с ПП. Начавшееся кровотечение явилось показанием к лапаротомии в $41,5 \pm 7,7\%$ случаях пациенткам с ПОНРП, $70 \pm 14,5\%$ - с ПП и $8,6 \pm 3,4\%$ родильницам с ПК.

Согласно клиническим протоколам, неотложная акушерская помощь (НАП) оказана более 90% пациенток, поступивших в стационар с АК ($98,5, 98,7$ и $96,5\%$ соответственно). Проведенные нами исследования показали, что всем женщинам с АК проведена адекватная инфузионно-трансфузионная терапия: инфузионная терапия путем введения раствора Рингера и гемотрансфузия - в $15,6\%$ случаев, плазмотрансфузия - $11,8\%$.

Результаты перинатальных исходов у женщин, переживших АК показали, что живорожденных было 229 новорожденных, антенатальная гибель установлена в 26 случаях ($10,2\%$). Почти половина младенцев родились недоношенными ($49,9\%$), при этом больше в группе женщин с ПК ($53,4 \pm 3,9\%$) и ПП ($51,5 \pm 8,7$), тогда как среди пациенток с ПОНРП – более 1/3 ($39,3 \pm 6,2$) ($p < 0,01$). Установлено, что каждый пятый ($20,5\%$) новорожденный родился в удовлетворительном состоянии и был оценен по шкале Апгар на 8-9 баллов, при этом, в группе женщин с ПП их было в 2 раза больше ($35,4 \pm 8,6\%$) по сравнению со II-ой ($16,9 \pm 4,9$) и в 1,8 раза по сравнению с I-ой группой ($18,7 \pm 3,3\%$).

Более 70% младенцев были оценены по шкале Апгар на 7 баллов, то есть, в состоянии легкой асфиксии, при этом, более 60% - в группе женщин с ПОНРП и больше половины - в группе пациенток с ПП ($p < 0,01$). Среди изучаемой группы новорожденных с асфиксией тяжелой степени (6 баллов и ниже по шкале Апгар) родились $6,9\%$. Средний вес новорожденных составлял $2758 \pm 52,5$ г, рост - $45,0 \pm 1,3$ см, при этом маловесных новорожденных было больше в группе женщин с ПП ($2059,2 \pm 178$ г, при росте $40,0 \pm 1,6$ см). Согласно полученных результатов нашего исследования, у $28,6\%$ новорожденных диагностирована задержка внутриутробного развития, при этом в $57,5\%$ и $42,4\%$ - среди доношенных. Среднее пребывание койко-дней составляло $6,6 \pm 0,2$ к/д – в I-ой группе, $8,6 \pm 0,4$ к/д – во II-ой и $11 \pm 1,2$ к/д в III-ей. Выписаны в удовлетворительном состоянии с ребенком $96,7 \pm 2,3\%$ родильницы, без ребенка - $3,1 \pm 1,4\%$. Переведена в терапевтическое отделение ГКБ №1 г. Душанбе 1 ($1,6 \pm 1,6\%$), умерла 1 ($1,6 \pm 1,6\%$) пациентка из группы женщин с ПОНРП.

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

При интервьюировании 40 родильниц, переживших АК, получена дополнительная информация и выявлены организационные проблемы.

Кроме зарегистрированных в обменной карте данных о наличии соматических заболеваний, 14, 2% указали на варикозную болезнь, 11, 3% -заболевания щитовидной железы и 17, 8% - заболевания печени. Каждая третья пациентка страдала хроническим пиелонефритом (35%).

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

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

Со слов родильниц, малое количество визитов на первичном звене связано с ранним сроком госпитализации некоторых из беременных по различным причинам (начавшиеся преждевременные роды, частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипертензивные осложнения и др.).

Не получили консультирование об опасных симптомах 97,6% женщин, не консультировали о предстоящих родах- 85,7%. Испытали испуг при появлении кровотечения- 73,8% женщин.

О ненадлежащем качестве антенатальных услуг свидетельствовали ответы родильниц, переживших акушерские кровотечения: полностью удовлетворены полученными услугами во время беременности более половины (22/55%) женщин, на доброжелательное отношение акушерок и акушер-гинекологов на протяжении беременности указали каждая третья (12/30%) пациентка, были не полностью удовлетворены услугами, не указав причину 5/12,5% опрошенных, выразила неудовлетворенность наличием очередей в Центрах репродуктивного здоровья - 1/2,5% родильница.

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

Анализ медицинской документации установил, что основными причинами госпитализации явились: крупный плод (25%), разрыв матки (17, 5%), рубец на матке (15%), двойня (5%), тяжелая преэклампсия (29,5%), дородовый разрыв плодных оболочек (4, 0%), обструктивные роды (4, 0%).

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

Среди интервьюированных каждая вторая пациентка была родоразрешена через естественные родовые пути (60%), из которых вакуум-экстракция произведена в 10% случаев.

Активное ведение третьего периода родов (введение 10 ед. окситоцина, контролируемые тракции за пуповину, массаж матки сразу после родов (22,5%) не производили по стандарту в 42,4% случаев (возможно причиной кровотечения явился дефект последа).

С целью остановки кровотечения окситоцин использовали в 92,5% случаев, мизопростол - 47,5%, метилэргометрин -3%. Проведенный анализ показал, что в 7,2% случаев по поводу дефекта последа проводилось ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа. Путем операции КС родоразрешены 40% женщин. Ампутация матки произведены в 10,5% случаев, экстирпация - 12,5%, НАП оказана своевременно и в полном объеме в 87,5% случаев.

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

При интервьюировании указали на доброжелательное отношение медработников перед родами 82,3% родильниц, перед операцией КС-94, 6%.

Информация, представленная в партограммах, в 68% случае не позволяла получить должную информацию о ведении родов, поскольку они были заполнены не в реальном времени, что подтверждено при интервьюировании родильниц, переживших послеродовое кровотечение.

Большинство интервьюированных родильниц (92,5%) считали, что информация лечащего врача о состоянии их здоровья является достаточно полной. Качество информации считали удовлетворительным 5,0% женщин, неудовлетворительным – 1/2,5% пациентка. Вместе с тем, каждая пятая опрошенных женщин (20%) отметили, что подробную информацию о возникшем кровотечении и методах предоставленной им акушерской помощи они получили после личного обращения к медицинскому персоналу.

Из числа интервьюированных женщин, только каждая третья (30) родильница, пережившая ПК получила информацию о необходимости медицинского вмешательства. В целом, большинство опрошенных женщин (77,5%) были удовлетворены качеством медицинской помощи в стационаре и отметили внимательное отношение персонала при оказании услуг.

Ответы 65% респондентов свидетельствовали, что с лечащим врачом у них сложились партнерские отношения, построенные на взаимоуважении и взаимопонимании, остальные 35% охарактеризовали эти отношения как формальные; 10% женщин указали на недостаточно внимательное отношение медицинских работников, 12,5% – не смогли дать четкого ответа на этот вопрос; 35% женщин были частично удовлетворены услугами, связывая это с поздним прикладыванием новорожденных к груди в реанимационном отделении, а также недостаточной психоэмоциональной поддержкой персонала.

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

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

Наряду с положительными моментами, выявлены упущенные возможности: недостаточный уровень профессиональной подготовки специалистов, не соблюдение принципов «маршрутизации» беременных, рожениц, родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ненадлежащее послеродовое наблюдение.

Таким образом, АКС является инструментом оценки качества медицинских услуг в родовспомогательных учреждениях, позволяющих выявить упущенные возможности и своевременно устранить их при командной работе коллектива. Доверительные отношения между медицинским персоналом и беременными, роженицами и родильницами в ходе лечебного процесса как на амбулаторном звене, так и в стационаре влияют на качество и эффективность медицинской помощи и удовлетворенность женщин предоставленными медицинскими услугами.

Для улучшения материнского здоровья и снижения МС в стране необходимо обеспечить услугами в первую очередь женщин, подверженных наиболее высокому риску, особенно, проживающих в сельской местности. В данном исследовании ими оказались женщины, пережившие АК.

Проведение в родовспомогательных учреждениях клинического аудита среди женщин, переживших АК, позволит своевременно выявить факторы развития этого осложнения, улучшить качество оказания медицинских услуг, что, несомненно, снизит частоту критических акушерских состояний, уменьшить материнскую заболеваемость и смертность.

Выводы

1. В Республике Таджикистан за 2014-2018 годы частота акушерских кровотечений не имеет стойкой тенденции к снижению, при этом доля послеродовых кровотечений возросла с 29,5 до 37,1% [1-А,2-А,12-А].
2. Высокая частота развития акушерских кровотечений обусловлена комплексом потенциальных медико - социальных факторов. Женщины, пережившие акушерские кровотечения, имели отягощенные социально-гигиенические особенности: 84% являлись сельскими жительницами и домохозяйками, 76,6% проживали в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях, 75,6% - низкий социальный статус [4-А,8-А,9-А,10-А].
3. Среди женщин, переживших акушерские кровотечения, более половины находились в активном репродуктивном возрасте (56,4%), являлись повторнородящими (52,1%), почти каждая третья - первородящей (29,1%); более 72% имели короткий интергенетический интервал, 41,5% состояли в гражданском браке, 45% - не использовали в прошлом контрацептивы, более 1/3 (32,1%) - имели отягощенный акушерский анамнез; 81,9% страдали анемией, 49,8% - заболеваниями почек, 41,9% - йоддефицитными состояниями и 67% воспалительными заболеваниями органов малого таза [3-А,4-А,8-А,9-А,10-А].
4. Основные проблемы ненадлежащего качества антенатального ухода женщинам, переживших акушерские кровотечения: более половины не наблюдались у медработников и поздно взяты на учет по поводу настоящей беременности (53,3% и 59,0%), не были информированы об опасных симптомах (55,6%), имели осложненное течение беременности (55,6%); редко посещали медработников (62,4%), поступили в стационар без сопроводительного листа (77,3%) [5-А,6-А,7-А,11-А].
5. Упущенными возможностями в стационаре являются: ненадлежащее послеродовое наблюдение (22,5%), заполнение партограммы в не реальном времени (88,7%), позднее прикладывание новорожденных к груди в реанимационном отделении (35%), недостаточная психоэмоциональная поддержка персонала (36,6%) [13-А].
6. Проведение анализа критических случаев акушерских кровотечений в родовспомогательных учреждениях является резервом профилактики этого осложнения и снижения материнской заболеваемости [7-А,13-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

На антенатальном уровне:

1. Своевременно выявить женщин с отягощенным социальным статусом, страдающих анемией, заболеваниями почек и провести соответствующее лечение с привлечением смежных специалистов.
2. Для женщин, переживших акушерские кровотечения, разработать индивидуальный план наблюдения (консультирование смежных специалистов и подбор контрацептивных средств).

3. Каждой женщине, пережившей акушерские кровотечения, с учетом особенностей личности, а также членам её семьи оказывать психологическую, медицинскую и социальную поддержку.
4. Проводить анализ каждого критического случая акушерских кровотечений с привлечением всех задействованных лиц.
На стационарном уровне:
 1. Планирование родоразрешения беременных с высоким риском акушерских кровотечений с участием мультидисциплинарной бригады.
 2. Проводить непрерывное обучение медицинского персонала (акушеров, акушер-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов) по неотложным состояниям в акушерстве, включающее в себя приобретение высокого уровня навыков работы в команде.
 3. Во всех случаях акушерских кровотечений предоставить женщине при её согласии, возможность обсудить события, связанные с этим осложнением, в удобное для нее время.
 4. Пересмотреть существующие внутренние протоколы для случаев ПК, с акцентом на надлежащий послеродовой уход.

Публикации по теме диссертации

I. Статьи, опубликованные в рецензируемых и рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан журналах:

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

II. Научные статьи, опубликованные в сборниках и других научно-практических изданиях:

[7-А]. Маликоева, С.А. Проблемы перенаправления при акушерских кровотечениях [Текст] / С.М. Мухамадиева, Г.Т. Расулова, С.А. Ходжаева, Ш.А. Амонова, С.А. Маликоева // Материалы VI съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. - С. 132-134.

[8-А]. Мухамадиева, С. М. Особенности течения беременности у «едва выживших женщин» при акушерских кровотечениях/ С.М. Мухамадиева, С.А. Маликоева, М.Р. Манёзов, Ф.Л. Назришоева// Материалы ежегодичной XXIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ», посвященной году молодежи «Медицинское образование и здоровье в XXI веке». - Душанбе. -2017. -С. 140-142.

[9-А]. Маликоева, С. А. Анализ причин акушерских кровотечений среди « едва выживших женщин»/С.А.Маликоева // Материалы ежегодичной XXV научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ» «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» -Душанбе. -2019. С.136-137.

[10-А]. Маликоева, С. А. Анализ медико-социальных причин «едва выживших» женщин при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты по принципу «от двери до двери»/ Маликоева С. А., Олимова Ф. А. Мухамадиева. С. М.// Материалы ежегодичной XXV научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ» «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» -Душанбе. -2019. - С. 138-139.

[11-А]. Маликоева, С.А. Факторы риска развития акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин при предлежании плаценты / С.А. Маликоева, Ф.А. Олимова, Ш.Т. Муминова [Текст] // Материалы ежегодичной XXV научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ» «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» -Душанбе. -2019. С.136-137.

[12-А]. Маликоева, С.А. Динамика и структура акушерских кровотечений в Республике Таджикистан [Текст] / С.А. Маликоева // Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием. – Душанбе, 2020. – С.13.

[13-А]. Маликоева, С.А. Анализ случаев критических состояний [Текст] / С.А. Маликоева // Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием. – 2020. - С.12.

Учебное-методическое пособие.

[1-А]. Принципы и методология анализа критических случаев при акушерских кровотечениях. Учебно-методическое пособие. С.М. Мухамадиева, У.Д. Узаква, М.Я. Камилова, Г.К. Давлатова, С.А. Маликоева– Душанбе, 2019. – 98 с.

Перечень сокращений и условных обозначений

- АК** – акушерские кровотечения
АКС – анализ критических случаев
ВМС – внутриматочная спираль
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
ГОУ ИПОСЗРТ- Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
ГУ ТНИИ АГиП - Государственное учреждение «таджикский научно-исследовательский институт акушерства гинекологии и перинатологии»
ЗВУР – задержка внутриутробного развития плода
ИМТ – индекс массы тела
ЙДС – йоддефицитные состояния
КОК – комбинированные оральные контрацептивы
МЗСЗНРТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МКБ – мочекаменная болезнь
МЛА – метод лактационной аменореи
МС – материнская смертность
НАП – неотложная акушерская помощь
ОАА – отягощенный акушерский анамнез
ОГА – отягощенный гинекологический анамнез
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
ОЦК – объем циркулирующей крови
ПК – послеродовое кровотечение
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПП – предлежание плаценты
СД – сахарный диабет
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
УЗИ – ультразвуковое исследование
ШИ – шоковый индекс
ЭГЗ – экстрагенитальные заболевания
ЭОВ – эмболия околоплодными водами
«near miss» - почти потерянные (едва выжившие)

**МУАССИСАИ ТАЪЛИМИИ ДАВЛАТИИ «ДОНИШКАДАИ
ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ
ТАДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

УДК:618.2-036.11

Бо ҳуқуқи дастнавис

**МАЛИКОЕВА
СОҶИДА АМИРАЛИЕВНА**

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

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиб

аз рӯйи ихтисоси

14.01.01- Момопизишкӣ ва бемориҳои занона.

Душанбе – 2022

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

Роҳбари илмӣ: **Муҳамадиева Саодатхон Мансуровна**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 Муассисаи давлатии тиббии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муқарризи расмӣ: **Юсупбаев Рустам Базарбаевич** доктор илмҳои тиб, корманди калон илмии Маркази ҷумҳуриявии тиббии махсусгардонидашудаи илми таҷрибавии акушерства ва гинекологияи Ҷумҳурии Ўзбекистон

Хакназарова Матлуба Абдумачидовна - доктор илмҳои тиб, духтур акушер гинеколог МД Марказе солимии шаҳри №5 ш. Душанбе (ихтисос "Момопизишки ва беморҳои занона" - 14.01.01)

Муассисаи тақриздиханда: Маркази рушди тақмили ихтисоси кормандони соҳаи тандурустии"-и Ҷумҳурии Ўзбекистон

Ҳимояи диссертатсия «_____» _____ соли 2022 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-006 Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон баргузор мегардад. Суроға: 734002, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Мирзо Турсунзода, 31, почтаи электронӣ sh.tabarova@mail.ru , рақами телефони котиби илмӣ +992 918691668

Бо диссертатсия ва автореферат дар китобхонаи илмӣ ва дар сайти (www.niagip.tj) Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ с. 2022 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб

Ш.Т. Муминова

МУҚАДДИМА

Мубрамӣ таҳқиқот.

Фавти модарӣ (ФМ) индикатори асосии солимии репродуктивӣ ва беҳбудии иҷтимоии аҳоли дар кишвар ба ҳисоб рафта, сатҳи рушди системаи нигоҳдории тандурустӣ ва сифати расонидани ёрии тиббро дар ҳама марҳилаҳои протсессии гестациониро муайян мекунад [М.С. Зайнулина., 2015; О.С. Филиппов., 2020; L.Say., 2014]. Ҳар як ҳолати чоруми ФМ дар ҷаҳон ба хунравии акушерӣ (ХА) вобаста аст, басомади хунравӣ дар давраи баъди таваллуд аз миқдори умумии таваллудкуниҳо аз 1, то 2% -ро ташкил медиҳад, ҳол он ки ҳиссаи ФМ аз онҳо то ба 60% мерасад [М.Н. Сурина, 2016; L.Say, 2014].

Бино бар таҳқиқотҳои омӯзишҳои замонавӣ фоизи ҳолатҳои пешомади машина, пеш аз мӯҳлат кучидани машина ва хунравии пас аз валодатӣ, ҳаичун боиси фавти модарӣ тақрибан баробар буданд ҳангоми он 14,7%, 13,7%, 12,7% ташкил медиҳад [А.А.Борщева, 2015; А.А. В.Г. Волков, 2017].

Дар бештари мавридҳо ҳангоми босуръат пайдо шудани хунравӣ ва афзоиш ёфтани ҳаҷми талафёбии хун сари вақт гузаронидани ёрии таҳассусии фаврии акушерӣ, табобати муносиби инфузионӣ-трансфузионӣ ва усулҳои бедардгардонӣ мумкин аст, хунравӣ манъ карда ва натиҷаҳо хуб карда шаванд [Е.М.Шифман, 2018; А.В. Куликов 2016; В.Е.Радзинский, 2017; R.R.Thomasson; 2019]. Дар робита аз ин, дар пайдо шудани ин ориза омилҳои ятрогенӣ нақши муҳим доранд [В.Е.Радзинский, 2017].

Ба ин нигоҳ накарда, дар асоси протоколҳои муосири клиникӣ ба пешгирии хунравии пас аз таваллудкунӣ (ХТ) ба чорабиниҳои профилактикии вайроншавии фаъолнокии кашишхӯрии бачадон ва ихтилолҳои коагулопатикӣ диққати махсус дода мешавад [А.В. Куликов, 2016; Е.М.Шифман, 2018; А.В. Кулигин. и соавт., 2021; R.J. Nadisauskiene, 2016].

Дар ин самт, бештари муҳаққиқон ҳуҷҷати аз тарафи СММ (Созмони Милали Муттаҳид) таҳияшударо истифода мекунанд, ки мувофиқи он таҳлили ҳолатҳои ниҳии акушерӣ ба таври систематикӣ гузаронида шавад, ки занҳо ҳангоми ҳомилагӣ, таваллудкунӣ ва давраи пас аз таваллуд аз сар гузаронидаанд ва занҳо намурда, зинда мондаанд. Ин ҳолатро ҳамчун “бемории модар, ки анқариб вайро аз ҳаёт маҳрум месозад” (near miss maternal morbidity), таъриф кардаанд. [ВОЗ, 2016; Э.К. Айламазян, 2016; А.Ж. Pacheco, 2014; К.Кedar, 2015; R. Kalisa, 2016]. Дар робита аз ин, тавсия карда мешавад, ки ҳолатҳои нохуби натиҷаҳои ҳомилагӣ ва таваллудкуниро интизор нашуда, сифати ёрии тиббӣ дар марҳалаи барвақти ислоҳи оризаҳои ба вучудомада баҳогузорӣ карда шавад [Э.К., Айламазян, 2016; Т.Ю. Пестрикова., 2016; Е.К. Main., 2015; К., Kedar 2015; R. Kalisa, 2016].

Дар Тоҷикистон оид ба мавзӯи мазкур таҳқиқотҳои кам анҷом дода шудаанд [Г.Т. Расулова, 2018; Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, 2018], аммо таҳқиқотҳои мақсаднок оид ба омӯзиши мушкilotи тиббӣ- ташкилии ёрӣ расонидан ба занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, рӯйи кор наомадаанд.

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

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо, мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи татбиқи “Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2010-220” (№368 аз 02.08.с.2010) ва «Барномаи давлатӣ оид ба солимии репродуктивӣ то соли 2022», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №326 аз 22.06.с.2019 тасдиқ шудааст, мавзӯи КИТ кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” «Ҷанбаҳои муосири системаи репродуктивии занҳои дорои патологияи экстрагениталӣ» Мухлати иҷро: солҳои 2014-2018. ГР № 0114 ТҶ00378 иҷро шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: омӯختани ҷанбаҳои тиббӣю иҷтимоии солимии занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд ва таҳияи пешниҳодҳои ҷиҳати пешгирии ин ориза дар ҳама марҳилаҳои расонидани ёрии тиббӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Таҳлил намудани динамика ва сохтори хунравии акушерӣ дар сатҳи ҷумҳурӣ (солҳои 2014-2018).
2. Муқаррар кардани хусусиятҳои тиббию-иҷтимоии солимии репродуктивӣ ва соматикӣ занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузарониданд.
3. Омӯзиши маҷмӯи сабабҳо, омилҳои хатари ва проблемаҳои расонидани ёрии тиббӣ ба гӯруҳи ин занҳо.
4. Баҳо додан ба методикаи аудити «near miss» ба ҳайси захираи кам кардани хунравии акушерӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 255 зани синну соли репродуктивӣ буданд, ки хунравии акушериро (таҳқиқоти ретроспективӣ), 40 таваллудкунанда, ки хунравии пас аз таваллудкуниро аз сар гузаронидаанд (муоинаҳои проспективӣ) ва маҷмӯҳои ҳамасолаи омории Маркази миллии оморӣ тиббӣ барои солҳои 2014-2018. Таҳқиқотҳои клиникӣ дар МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотӣ акушерӣ, гинекология ва

перинатологияи Тоҷикистон»гузаронида шуданд, ки пойгоҳи кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МТД “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” дар солҳои 2016-2018 мебошад.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот таҳлили динамика ва сохтори ХА дар сатҳи кишвар; омӯзиши хусусиятҳои статуси иҷтимоӣ, солимии репродуктивӣ ва соматикӣ беморон, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд; муайян кардани сабаби пайдо шудани ХА ва проблемаҳои расонидани ёрии акушерии босифат дар сатҳи амбулаторӣ ва статсионарӣ, баҳо додан ба методикаи аудити «near miss» ба ҳайси захираи кам кардани хунравии акушерӣ.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Бори нахуст дар ҷумҳурӣ динамика ва сохтори ХА ба ҳайси сабаби ғавти модар ва тамоюли онҳо мавриди таҳлил қарор дода шудааст. Муқаррар карда шуд, ки дар динамика пастшавии устувори басомади ХА нисбат ба миқдори умумии таваллудкуниҳо дар маҷмӯъ дар кишвар ва минтақаҳои алоҳидаи он мушоҳида намешавад.

Исбот карда шудааст, ки миқдори зиёди пайдошавии ХА ва беморшавии ба он вобастаи модарон ба маҷмӯи омилҳои потенциали хатар алоқаманд аст, ки асоситарини онҳо бо сатҳи пасти иттилоӣнокии закон, вазнинии тиббӣ-иҷтимоӣ ва басомади баланди бемориҳои экстрагениталӣ иртибот доранд.

Имкониятҳои аз дастдода хангоми расонидани ёрии тиббӣ ба занҳои ХА-ро аз сар гузаронида ошкор карда шуд: сатҳи ноқофии назорати антенаталӣ, омодагии номукаммали касбии мутахассисони расонидани Ёрии таъҷилии акушерӣ (ЁТА), мавҷуд набудани «маршрутизатсия» (ба маънои хатсайр) барои занҳои ҳомила, навзояндаҳо, таваллуд кардагӣҳо ва таъхир кардани бистарикунонӣ дар муассисаҳои сатҳи сеюми ёрии акушерӣ мувоқиқати зарурии пас аз валодатӣ дар статсионар, тактикаи нодурусти табобати инфузионӣ-трансфузионӣ муайян карда шуд.

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

Аҳамияти назарӣ ва илмӣ амалии таҳқиқот. Нуқтаҳои асосии диссертатсия дар равандҳои илмӣ ва таълимӣ кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МТД “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” барои интернҳо, бординаторҳои клиникӣ, гузаронидани сикли такмили ихтисоси акушер – гинекологҳо ба таври васеъ истифода мешаванд.

Барвақт муайян кардани ҳомилаҳои дорои камхунӣ, ҳолатҳои йоддефитситӣ бо назардошти омилҳои иҷтимоӣ ба табибони амалӣ имконият медиҳанд, ки сари вақт хатари пайдо шудани хунравро муайян карда, оид ба симптомҳои хатарнок машварат гузаронида шавад, тактикаи мувоқиқати ин категорияи беморон муайян ва дар ҳолати зарурӣ ба муассисаҳои нисбатан сатҳи баланди кумак, барои зоёидан фиристода шаванд.

Муайян кардани имкониятҳои аз дастдода хангоми истифода намудани аудити ҳолатҳои ниҳой ба акушер-гинекологҳо ва ташкилотчиёни

нигоҳдории тандурустӣ имконият медиҳанд, ки чорабиниҳои тиббӣ-ташкилӣ беҳтар карда ва ба ин восита профилактикаи ХА дар ҳама марҳалаҳои расонидани ёрии тиббӣ гузаронида шавад.

Нуқтаҳои асосии барои ҳимояи пешниҳодшаванда:

1. Хунравии пас аз валодат дар таркиби хунравии акушерӣ, ки тамоюли ноустувори пастшавӣ доранд, мавқеи асосиро ишғол мекунад.
2. Басомади баланди пайдошавии хунравии акушерӣ ва бемории ба он вобастаи модарон, ба маҷмӯи омилҳои потенциалии хатар алоқаманд аст, ки асоситарини онҳо бо сатҳи пасти иттилоӣнокии занон, мушкилиҳои тиббӣ-ичтимоӣ ва басомади баланди бемориҳои экстрагениталӣ иртибот доранд.
3. Имкониятҳои аз даст дода ҳангоми пайдо шудани хунравии акушерӣ инҳо мебошанд: муоинаҳои номуносиби то валодат, риоя накардани протоколҳои клиникаи минтақавӣ, нокифоя будани мураккабати пас аз валодат.
4. Тафтиши конфиденсиалии (аудити) ҳолатҳои хунравии акушерӣ дар байни занҳои «бо душворӣ зиндамонда» воситаи иловагии баҳогузорӣ ба сифати ёрии акушерӣ дар муассисаҳои акушерӣ ба ҳисоб меравад.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсияро ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунад. Нуқтаҳои илмӣ, хулоса ва тавсияҳо дар заминаи омӯзиши Таҳлили манбаҳои сарчашмаҳои адабиётҳои дохилӣ ва хориҷи зарурати таҳқиқи минбаъдaro дар ин самт нишон медиҳанд.

Мувофиқати рисола ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсия бо ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.01 – Акушерӣ ва гинекология мувофиқат мекунад: I. Соҳаи илм: Илмҳои тиббӣ. II. Формулаи ихтисос: Акушерӣ ва гинекология: III. Соҳаи таҳқиқот: 3.1. Акушерӣ.3.1.5. Тағйиротҳо дар ҷараёни ҳомилагӣ: хунравӣ ҳангоми ҳомилагӣ. 3.1.6. Хунравӣ ҳангоми хунравӣ. Клиника, таҳхис, табобат, профилактика.

Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ. Муаллифи рисола мустақилона мақсад ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян карда, ҷустуҷӯ ва таҳлили адабиёти ватанӣ ва ҷаҳонӣ, ҷамъоварӣ ва таҳлили маводи худиро мустақилона анҷом додааст; дар коркардаи анкетаҳо, муоинаи проспективии беморон, сохтани пойгоҳи электронӣ, ки маълумотҳои таҳлили ретроспективии асноди тиббӣ ва муоинаи проспективии беморонро дар бар мегиранд, иштирок кардааст; натиҷаҳои таҳқиқот дар нашри мақолаҳо инъикос ёфтаанд.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.

Нуқтаҳои асосии диссертатсия дар съезди VI -уми акушер-гинекологҳои Тоҷикистон (соли 2016), конференсияи солонаи илмӣ-амалии МДТ ДТБКСТ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (с.2019), конференсияи солонаи илмӣ-амалии XXV МДТ ДТБКСТ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Таҷриба ва перспективаи ташаккули солимии аҳолӣ» (2019) гузориш шуда, дар ҷаласаи кафедравӣ (протоколи

№5 аз 2 март с.2020), чаласаи байникафедравии шӯрои экспертии фанҳои ҷарроҳии ДТБКСТ (протоколи 3/1 аз 21 апрели с.2020) ва комиссияи проблемавӣ-экспертии МД “ПИТ АГ ва П Тоҷикистон” (протоколи № 1 аз 25 августи с.2020) мавриди таҳлил ва баррасӣ қарор дода шудааст.

Интишори натиҷаҳои рисолаи илмӣ. Оид ба мавзӯи рисола 13 маводи илмӣ, аз ҷумла 6 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти ҶТ нашр шуда, як дастури таълимӣ-методи таълиф ва нашр гардидааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 155 саҳифаи матни компютерӣ бо забони русӣ таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 4 боби таҳқиқоти худӣ, баррасии натиҷаҳо, хулоса, рӯйхати адабиёти истифодашуда иборат мебошад. Дар рисола 17 расм ва 19 ҷадвал оварда шудааст. Рӯйхати адабиёт 192 сарчашмаро дар бар мегирад, аз онҳо 74 адад аз донишмандони ватанӣ ва 118 адад аз муаллифони хориҷӣ мебошанд.

НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот.

Мувофиқи вазифаҳои дар пеш гузошташуда, таҳқиқот дар се марҳила гузаронида шуд. **Дар марҳилаи якум омӯзиши динамика ва сохторӣ хунравии акушерӣ дар ҷумхурӣ ва статсионарӣ сатҳи сеюм.**

Таҳлили маҷмӯаҳои солонаи омории Маркази миллии омори тиббии ВТ ва ҲИА ҶТ ва ҳисоботҳои солонаи МД ПИТ АГ ва П, картаҳои инфиродии ҳомилаҳо (формаи №29) ва картаҳои мубодилаи онҳо (формаи № 087) дар солҳои 2014-2018 гузаронида шуд.

Дар марҳилаи дуюм барои баҳодиҳии самтҳои тибби иҷтимоии солимии занҳои хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, таҳлили ретроспективи 255 ҳолати хунравиҳои акушерӣ, ки сабабаш пеш аз мӯҳлат кучидани машина, пешомади машина ва хунравии пас аз таваллуд ва картаҳои навзодҳо иҷро карда шуд.

Гурӯҳи асосиро (I) 161 занҳои дорои ХТ ташкил кард. Дар гурӯҳи муқоисашаванда 61 зани дорои ҶППМҚ (пеш аз муҳлат ҷудошавии машинаи дуруст ҷойгиршуда), ва 33 ҳомилаи дорои ПП (пешомади машина) (III) дохил шуда буданд. Гурӯҳи назоратиро 100 зояндаи бидуни ҲА ташкил доданд. Меъёрҳои хориҷкунӣ: хунравии вобаста аз бемориҳои гемолитикӣ ва онкологӣ.

Марҳилаи сеюм- муошират ва таҳқиқоти комплекси клиникӣ-лаборатории 40 бемори ҲА-ро аз сар гузаронида. Гузаронидани аудити ҳолатҳои клиникӣ иборат буд. Дар вақти таҳқиқоти ҳолатҳои критикӣ ба ҳаёти занон хавфнок омилҳои паст шудани дараҷаи ёрии тиббӣ дар муассисаҳои акушерӣ ошкор карда шуданд.

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти усулҳои зерин истифода шуданд: таҳлилий, умуми клиникӣ (таҳлили умумии хун ва пешоб) ва биохимиявӣ (АЛАТ, АСАД, билирубини мустақим ва ғайри мустақим, фибрин, фибриноген), лахташавӣ бо усули Уайту, таҳқиқотҳои ултрасадоии узвҳои коси хурд, гурдаҳо ва ғадуди сипаршакл, ЭКГ.

Усули таҳлилӣ аз таҳлили маъмулии рақамии нишондиҳандаҳои оморӣ расмӣ нишондиҳандаҳо дар кишварамон (динамика ва сохтори ФМ, басомад ва сохтори ХА) иборат буд. ТУС-и чанин ҳангоми ҳомилагӣ аз гузаронидани фетометрия (муайян кардани вазн ва қад чанин, мутаносибии скелет, ва мувофиқат кардани он бо муҳлати гестатсия) ва доплерометрия (баҳо додан ба ҳолати маҷрои хуни бачадонӣ-пласентарӣ, пласентарӣ ва чанинӣ) –ро дар бар гирифт.

Дар зояндаҳо ТУС дар рӯзи сеюми пас аз таваллуд дар дастгоҳи ТУС –и ташхисии LOGIC3 бо истифода аз усули берунии трансабдоминалии ҳисобкунаки ростхата бо басомади 3,5, 5 и 10 МГС бо сканиркунии кунда-ланг ва дарозрӯяи бачадон пас аз таваллудкунӣ сурат мегирад.

Ташхиси ҷоғар мувофиқи стандартҳои байналмилалӣ ТУТ (2001) анҷом дода шуда аст: дараҷаи 0 - ҷоғар нест, дараҷаи I - ҷоғар палмосида мешавад, аммо ҳангоми муътадил муқаррари ҷойгир шудани гардан дида намешавад; дараҷаи II- ҷоғар ҳангоми муқаррари ҷойгир шудани гардан дида мешавад; дараҷаи III-ҷоғар берун аз ҳудуди гардан ҷойгир аст. Шохиси массаи бадан барои баҳо додан ба дефитсит ё барзиёдии вазни ҳомила тибқи формулаи зерин муайян карда шуд: вазн (кг.) бо квадрати қад бо метр тақсим карда мешавад. Фарбеҳии дараҷаи I ҳангоми 30,0 – 34,9 кг/м², дараҷаи II- ҳангоми- 35,0-39,9, III-ей- 40,0 и > будани шохиси массаи бадан муқаррар карда мешавад.

Электрокардиография ҳамчун усули иловагии таҳқиқот барои муайян кардани дуршавиҳо аз ритми муътадили дил ва ошкор сохтани осебҳои миокард дар дастгоҳи MAC 1200 st. анҷом дода шуд. Таҳқиқотҳои лабораторӣ ва функционалӣ дар лабораторияҳои клиникӣ ва биохимиявии МД «ПИТ АГ ва П» (муд. лаборатория Аджикова Т., муд. шӯбаи ташхиси функционалӣ н.и.т., дотсент Раҳматуллаева З.Р.) иҷро карда шуданд.

Коркарди оморӣ мавод бо ёрии барномаи Statistica 10.0 (StatSoft, USA) иҷро карда шуд. Баҳогузорӣ мувофиқи интиҳоби қонуни муътадили тақсимкунӣ тибқи критерияҳои Шапиро-Уилка ва Колмогоров-Смирнов гузаронида шуд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар шакли ифодаи миёна ва ғалатҳои стандартӣ, нишондиҳандаҳои сифатӣ дар шакли ифодаҳои мутлақ ва ҳиссаҳои онҳо (%) пешниҳод шудааст. Ҳангоми муқоисаи ҷуфти байнигурӯҳии нишондиҳандаҳо аз U-критерияи Манн-Уитни, ҳангоми муқоисаҳои сершумор аз H-критерияи Крускала-Уоллис истифода шуд. Ҳангоми муқоисаи ҷуфт дар гурӯҳҳои сифатӣ аз хи-квадрати Пирсон истифода гашт. Фарқият аз ҷиҳати оморӣ ҳангоми $p < 0,05$ муҳим ҳисобида шуд.

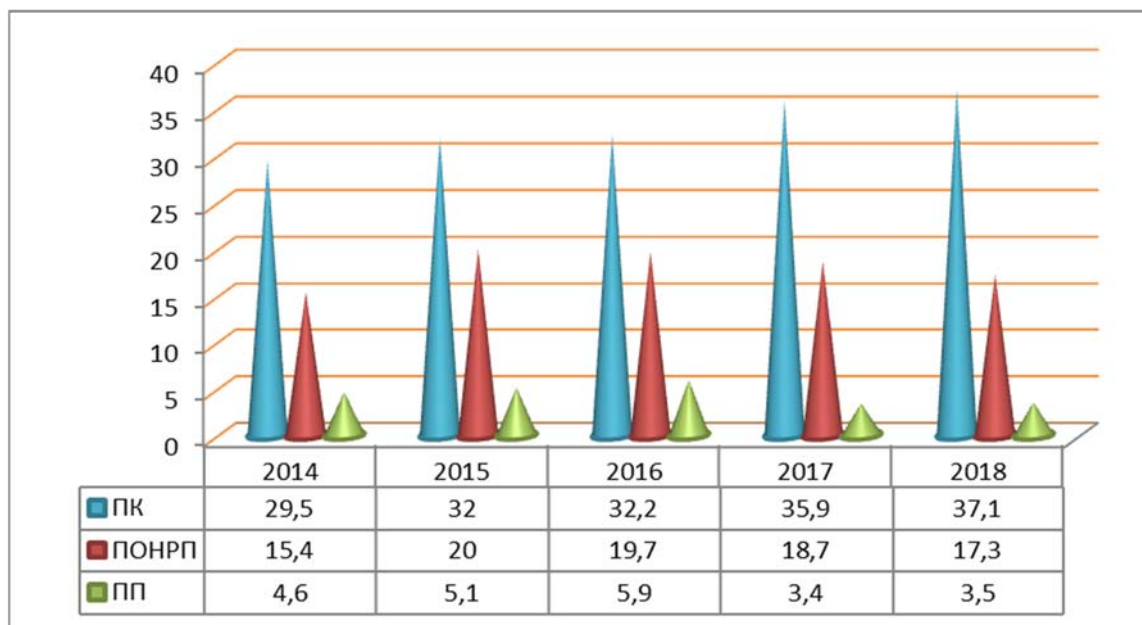
Натиҷаҳои таҳқиқот. Асоси таҳлили сохтори ФМ дар он аст, ки дар аксари ҳолатҳо ХА бо дигар оризаҳои чиддии ҳомиладорӣ, ба монанди ҳолатҳои гипертензивӣ, амоили- HELLP, аворизҳои септикӣ ва и эмболия бо обҳои наздтифлӣ. Исбот карда шудааст, ки дар давоми солҳои таҳлилшуда тамоюли мусбӣи пастшудани коэффисенти ФМ дида шуда, аз 29,2 то 24 ба 100 ҳазор зиндатаваллуд фавт аз ХА аз 26,1 то 32,7 зиёд шудааст. Ҳамзамон ФМ аз преэклампсия 1,6 баробар (с 9,2 до 15%), басомади авзоишебии сепсиси акушерӣ - в 1,7 баробар (с 8,7 до 15%) баланд шудааст

Муқаррар карда шуд, ки дар давраи таҳлилшуда тамоюли паст шудани коэффисенти ФМ (с 29,2 то 24 ба 100. Ҳазор зиндатаваллудшуда) дида ме-

шавад, дар ин маврид фавтияти модар аз ХА аз 26,1% то 32,7% баланд шудааст.

Омӯзиши басомади ХА нисбат ба миқдори умумии таваллудҳо аз он гувоҳӣ меод, ки тамоюли паст шудани ин нишондиҳанда вучуд надорад. Ҳамин тавр, умуман дар ҷумҳурӣ басомади ХА дар соли 2014 $11,9 \pm 0,35\%$ буда, дар соли 2016 - ин нишондиҳанда 1,5 паст шуда, $7,9 \pm 0,28\%$ - ро ташкил дод, дар соли 2018 аз нав тақрибан 6 маротиба ($12,5 \pm 0,35$) $p < 0,05$ зиёд шудааст.

Таҳлил нишон дод, ки дар сохтори ХА ҷойи аввалро хунравии пас аз таваллудӣ (ХТ) касб мекунад (расми 1).



Расми 1. Сохтори хунравӣҳои акушерӣ дар ҶТ (солҳои 2014-2018)

Дар ҷумҳурӣ ин нишондиҳанда дар соли 2014-2018 аз $29,5 \pm 0,5$ то $37,1 \pm 0,5\%$ ($p > 0,05$) буд. Дар айни замон ҶПММЧ тамоюли устувор надорад; вазни ҳолиси ин ориза аз $15,4 \pm 0,39$ то $17,3 \pm 0,39$ зиёд шудааст, ҳол он ки ҳисаи ПП аз $4,6 \pm 0,23$ то $3,5 \pm 0,19\%$ ($p > 0,05$) паст шудааст.

Таҳлили ҳисоботҳои ҳамасолаи статсионари сатҳи сеюм (клиникаи «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон») нишон дод, ки дар сохтори ХА дар давраи таҳлилшуда мавқеи асосиро ҷудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда (ҶПМММЧ) ишғол мекунад. Дар соли 2014 ин нишондиҳанда 73,8%, дар соли 2016 - то 1,3 маротиба паст шуда, 56,2% -ро ташкил дод, дар охири соли 2018 аз нав баланд шуда ба 66% расид. Дар муқоиса бо соли 2016 Басомади ПП дар соли 1,5 (муносибан аз 16,6% то 10,4%) ($p < 0,05$) кам шудааст. Вазни ҳолиси ХТ дар статсионари сатҳи сеюм рақами устувор надорад. Дар соли 2014 ин нишондиҳанда 16,3% буд, дар сол 2016 - 1,6 маротиба (27,1%) ($p < 0,05$) зиёд шуд, дар соли 2017 басомади ин ориза аз 25,5 то 23,5% дар соли 2018 ($p > 0,05$) кам шудааст.

Ноустувории рақамҳои ХТ дар маҷмӯъ дар кишвар ва ҳам дар статсионари сатҳи сеюм ҷустуҷӯи роҳҳои пайдо кардани имкониятҳои аз даст додани ҷиҳати тиббии ин бемориро ва қабул кардани қарорҳои асоснокро

чихати беҳтар кардани сифати расонидани ёрӣ ба занҳои дорои ХТ ва минбаъд кам кардани ғавти модар аз ин оризаҳо тақозо мекунад.

Барои муҳаққиқоти ҷавоби яқдилона пайдо кардани саломатии модарон душвор аст, зеро дар ҷумҳурӣ дар баробари омилҳои иҷтимоӣ иқтисодӣ, сабабҳои бавосита (ғайри ҳомиладорӣ) низ сатҳи ғавти модаронро ташкил медиҳанд.

Сабабҳои ғайримустақим метавонанд мавҷудияти таърихи патологияи соматикӣ ва гинекологӣ, беморӣҳое, ки ҳангоми ҳомиладорӣ ба амал омадаанд, ки дар робита бо фарорасии ҳомиладорӣ бадтар шуданд.

Маълумотҳои рақамии ба даст овардашуда имконият намедиҳанд, ки сабабҳои воқеии пайдо шудани ХТ муайян карда шаванд, вобаста ба ин моҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоӣ молимии занҳои аз сар гузаронидаи ХТ-ро омӯхтем.

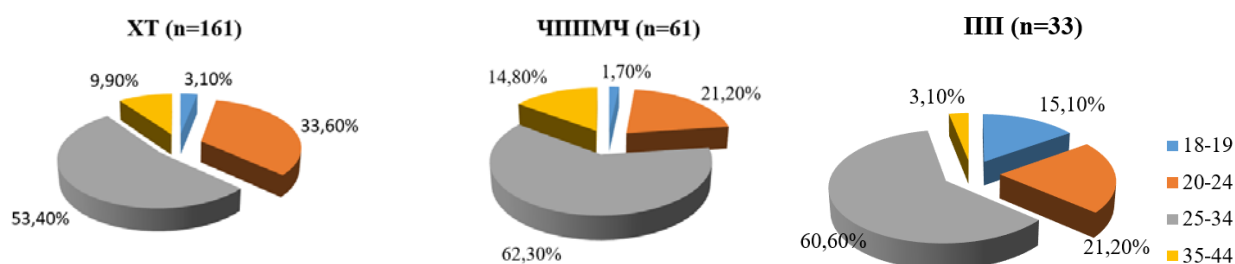
Таҳқиқоти ретроспективии 255 ҳолати ХТ имкон дод, ки симои тиббӣ-иҷтимоӣ занони ин оризаи мудҳишро аз сар гузаронидаро тасаввур кунем.

Таҳлил нишон дод, ки синну соли миёнаи беморони таҳқиқшуда, ба ҳисоби миёна $29,4 \pm 0,4$ аст, ин дар занҳои гурӯҳи ПК ($27,5 \pm 0,5$ сол) дар муқоиса аз беморони ҚППМЧ ($31,8 \pm 1,1$ год) ($p < 0,05$) ва ПП ($29,2 \pm 0,7$ сол) ($p < 0,05$) кам буд.

Вазни ҳолиси занҳои ХТ-ро аз сар гузаронида аз ҳама зиёд дар давраи фаъоли репродуктивӣ, яъне дар гурӯҳи синнусолии 25-34-сола ($56,4 \pm 9,4\%$), қарор доштанд, дар синну соли 25-29-сола онҳо $31,7 \pm 9,4\%$, 30-34 сола – $24,7 \pm 8,2\%$ -ро ташкил доданд. Муқаррар карда шуд, ки онҳо дар гурӯҳи беморони дорои ҚППМЧ ва ПП (мутаносибан $62,3 \pm 5,2$ ва $60,6 \pm 7,1\%$) дар муқоиса аз гурӯҳи занҳои дорои ХТ ($53,1 \pm 3,7\%$) ($p > 0,05$) зиёд буданд. (расми 2).

Ҳар як зани сеюм ($29,0 \pm 7,1\%$), ки АК-ро аз сар гузаронидааст, дар синну соли барвақти репродуктивӣ (20-24-сола) қарор дошт, дар ин маврид зиёда аз 1/3 занҳо ($33,6 \pm 3,7\%$) – дорои ХТ ва ҳар зани панҷум дорои ҚППМЧ ва ПП (мутаносибан $21,3 \pm 4,7$ и $21,2 \pm 7,1\%$) буданд. Беморони синну соли дери репродуктивӣ 1,4 бештар бо ҚППМЧ ($14,8 \pm 4,0\%$) дар муқоиса аз беморони дорои ХТ ($9,9 \pm 1,6\%$) ($p > 0,05$) буданд.

Статуси иҷтимоӣ ва сатҳи таҳсилоти занон аз бисёр ҷиҳат солимии занҳоро бо назардошти сатҳи рушди иҷтимоӣ-иқтисодии кишвар муайян мекунад.

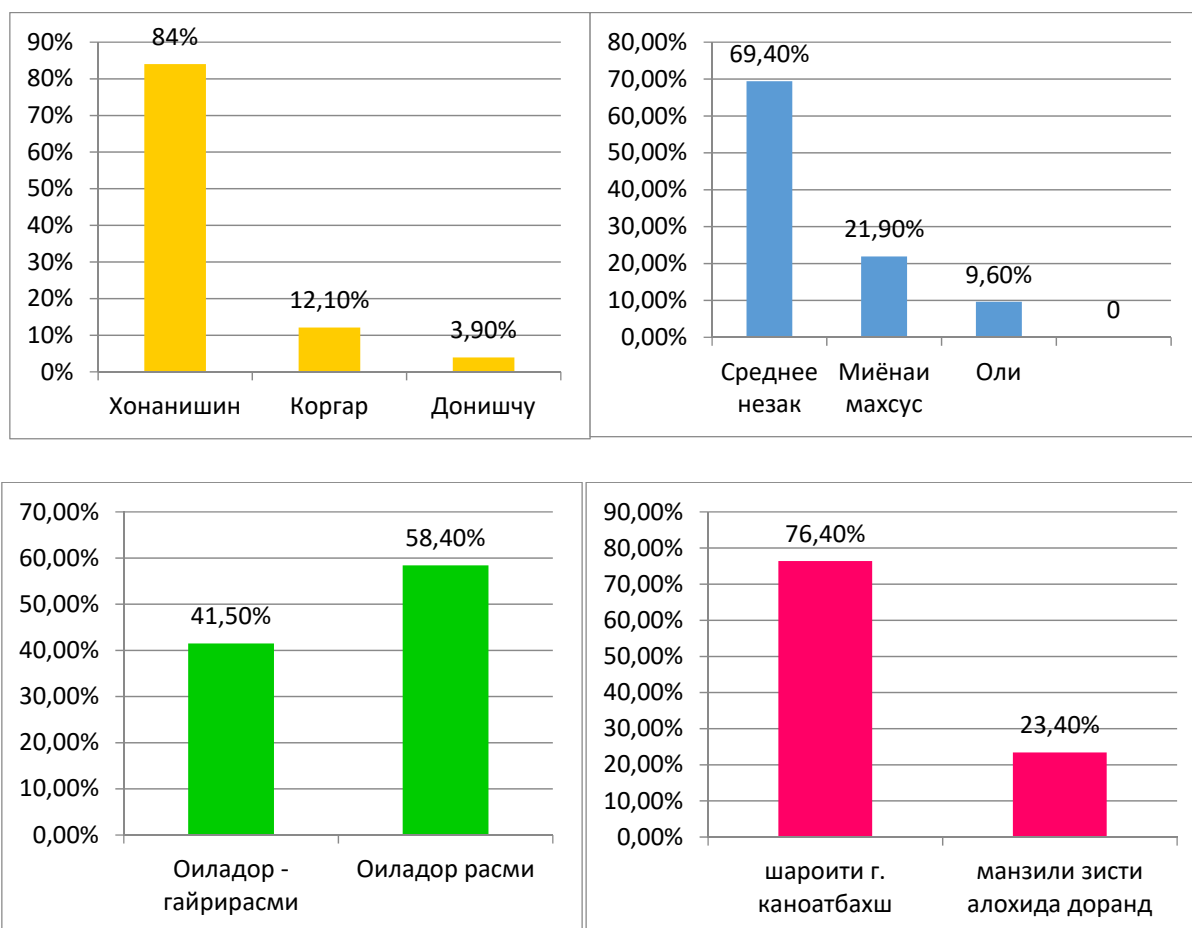


Расми 2. – Хусусиятҳои синну соли занҳои таҳқиқшуда (n=255), %

Муқаррар карда шуд, ки сокинони деҳот назар ба сокинони шаҳр 5,5 маротиба (мутаносибан $84,7 \pm 3,4$ ва $15,3 \pm 1,9\%$) зиёд буданд, ки ин барои муассисаҳои сатҳи сеюми расонидани ёрии акушерӣ хос аст, ки асосан беморони минтақаҳои гуногуни кишварро қабул мекунанд. Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки сокинони деҳот назар ба сокинони шаҳр бо беморони дорои ХТ 8 маротиба зиёд буд (мутаносибан $88,8$ ва $11,1\%$), дар гурӯҳи II 2,5 маротиба (мутаносибан $72,1$ ва $27,8\%$), дар гурӯҳи III – 7,2 маротиба (мутаносибан $8,8$ ва $12,1\%$) ($p < 0,01$). Қисми бештари заноне, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, хонанишин буданд (84%), зиёда аз 60% - маълумоти миёнаи нопурра доштанд ($69,4\%$). Дар шароити ғайри қаноатбахш 70% занҳои таҳлилшудаи кишвар зиндагӣ мекунанд, танҳо $23,4\%$ манзили зисти мустақилона доштанд (расми 3).

Бояд зикр кард, ки на бештар аз 60% -и занҳои таҳқиқшуда дар никоҳи расмӣ қарор доштанд.

Сатҳи баҳодиҳии шароити зист ва статуси иқтисодӣ ба унсурҳои фарҳангӣ, мазҳабӣ ва анъанавӣ мерасонанд. Дар Тоҷикистон ба пешравиҳои назаррас и ҷомеа нигоҳ накарда, дар кишвар сатҳи баланди камбизотӣ ва бекорӣ боқӣ мемонад.

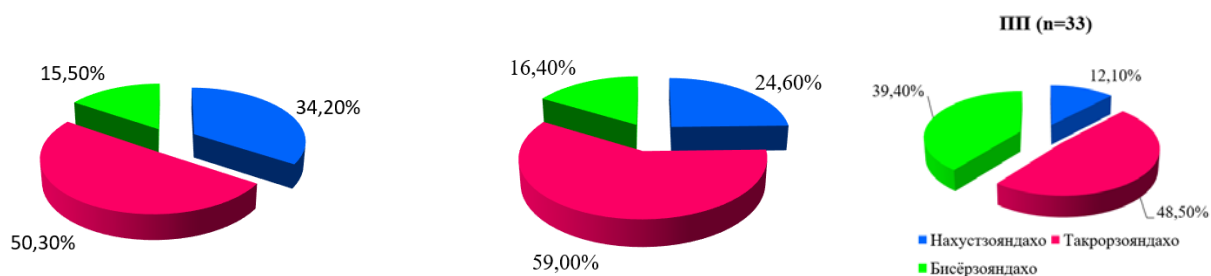


Расми 3. - Статуси иҷтимоии занҳое, ки ХТ-ро аз сар гузаронидаанд ($n=255$), %

Дар минтақаҳое, ки таваллудкунии миёна ва баланду ҳомилашавию таваллудкунии зиёд доранд, дар анамнезашонхатари пайдо шудани ХА

ҳангоми ҳомилагӣ, таваллудкунӣ ва дар давраи пас аз таваллудкунӣ мавҷуд аст. Тавассути таҳқиқоти ретроспективӣ муайян карда шуд, ки дар сохтори паритети ҳар як зани дуҷуми такрорзоянда ($52,1 \pm 5,7\%$), ҳар як зани сеҷуми якумзоянда ($29,1 \pm 5,7\%$), бисёрзоянда $18,8 \pm 2,8\%$ -ро ташкил медиҳанд.

Дар гурӯҳи беморони дорои ХТ миқдори нахустзояндаҳо 1,3 маротиба бештар аз занҳои дорои ҚППМЧ ва 2,8 маротиба бештар аз ҳомилаҳои ПП ҳастанд ($p < 0,01$) (расми 4).



Расми 4. – Паритети зоидаи занҳое, ки ХА (хунравии акушери)-ро аз сар гузаронидаанд, (n=255), %.

Дар байни гурӯҳи охирин бисёрзояндаҳо назар ба беморони ҚППМЧ 2,1 маротиба ва назар ба беморони дорои ХТ 2,5 маротиба зиёд буд ($15,5 \pm 2,8\%$) ($p < 0,01$). Мутаассифона, дар 70,7%-и занҳое, ки камтар аз 2 сол буд.

Ҳангоми таҳлил кардани ҳуҷҷатҳои тиббӣ муқаррар карда шуд, ки аз миқдори умумии бемороне, ки дар гузашта аз усулҳои контрацептивӣ истифода накардаанд, $45 \pm 4,3\%$ зан, зиёда аз нисф набуд. Аз ҷумлаи истифодакунандагони усулҳои контрацептиви, ки $54,9\%$ буданд, $83,5 \pm 3,1\%$ -и занҳо аз спирали дохилибачадонӣ истифода карданро меписанданд, $6,4 \pm 2,9\%$ аз тазриқҳои дохилимушакии Депо-провер истифода кардаанд. Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки ВДБ-ро дар гузашта ҳар як зани дуҷум дар гурӯҳи дорои ХТ ПК ($51,3 \pm 0,8\%$) ва ПП ($50,0 \pm 3,3\%$) ба қор бурдаанд, $60,5 \pm 4,3\%$ -дар гурӯҳи беморони дорои ҚППМЧ буд. КОД (контрацептивҳои омехтаи даҳонӣ) –ро дар гурӯҳи беморони дорои ПП 1,6 маротиба бештар ($14,2 \pm 2,0\%$) дар муқоиса аз гурӯҳи I- ($5,4 \pm 1,4\%$) ва 1,4 маротиба – аз гурӯҳи II- ($7,9 \pm 4,3\%$) ($p < 0,01$) истифода намудаанд. Усулҳои монетии контрацептивиро $15,8 \pm 3,2\%$ чуфти ҳамсарҳо истифода кардаанд, ин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳои таҳлилшуда фарқ намекард ($p > 0,05$). Дар гурӯҳи I-и беморони ХА –ро аз сар гузаронида усули аменореяи лактатсиониро 4,6 маротиба бештар ($24,3 \pm 0,7\%$) дар муқоиса аз гурӯҳи II ($5,2 \pm 4,3\%$) ва 2,2 маротиба бештар дар муқоиса аз гурӯҳи III – ($10,7 \pm 3,1\%$) истифода кардаанд ($p < 0,01$).

Қабул кардани қарор дар бораи истифодаи контрацептивҳо ва интиҳоби усули ҳифз кардан аз ҳомилашавии номатлуб дар бештари оилаҳо якҷоя 65% ҳолат, ҳуди зан-дар $14,4\%$ ва мард-дар 21% ҳолат амалӣ шудааст.

Дар Тоҷикистон камхунӣ яке аз патологияи минтақавӣ буда, дар байни занони синни репродуктивӣ ва занони ҳомиладор хеле маъмул аст. Муайян кардани камхунӣ ва сабабҳое, ки ба ин патология овардаанд, имкон медиҳад, ки хунравии акушерӣ сари вақт ислоҳ ва пешгирӣ карда шавад.

Муқаррар карда шуд, ки беморони тақрибан аз ҷиҳати соматикӣ солим ҳангоми таҳқиқот мавҷуд набуд. Дар сохтори бемориҳои

экстрагениталӣ (БЭГ) анемияи дараҷаҳои гуногун – дараҷаи сабук 81,3% бемор, дараҷаи миёна 16,7% ва дараҷаи вазнин 1,4% дошанд. Бояд зикр кард, ки камхунӣ дар гурӯҳи занҳои дорои 1, 4 маротиба бештар аз гурӯҳи занҳои дорои ҚППМҚ ва 1,7 маротиба дар муқоиса аз ҳомилаҳои дорои ПП буд ($p < 0,01$) (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Сохтори бемориҳои экстрагениталӣ дар байни занҳои таҳқиқшуда (n=255).

Нозология	I n=161		II n=61		III n=33		Ҳамагӣ n=255	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
Анемия	149	99,5±5,1**	41	67,2±5,2	19	57,5±5,4	209	81,9±5,2
ИДС	78	48,4±5,2	17	27,8±4,8*	12	36,3±5,8	107	41,9±5,2
БДР	8	4,9±5,0	4	6,5±5,4	5	15,1±5,8	17	6,6±5,1
Бемориҳои гурдаҳо	90	55,9±5,2	25	40,9±5,3	12	36,3±5,2*	127	49,8±5,2
Бемориҳои роҳи ҳозима	5	3,1±5,3	5	8,2±5,4	3	9,0±5,1	13	5,1±3,0
Диабети қанд	9	5,5±5,1	4	6,5±6,1	3	9,0±4,8	16	6,2±5,4
Фарбеҳӣ	5	3,1±5,0	3	4,9±5,7	4	12,1±5,2	12	4,7±5,0
Бемории варикоз	4	2,4±5,5	4	6,5±6,1	3	9,0±5,1	11	4,3±1,4

Эзоҳ: ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ - p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаи байни гурӯҳҳо (бо критерияи χ^2)

Таҳқиқот нишон дод, ки зиёда аз 80%-и занҳои дорои камхунии дараҷаи сабук дар гурӯҳи занҳои дорои ХТ (87,9%), зиёда аз 70%- бо ҚППМҚ - (75,6%), зиёда аз 60% - бо ПП-(63,1%) қарор дошанд. Дар байни занҳое, ки ХА –ро аз сар гузаронидаанд, бо камхунии дараҷаи вазнинии миёна дар гурӯҳи беморони дори ХТ ҳар як бемори даҳум (11,4%), бо ҚППМҚ -панҷум (22%), бо ПП- сеюм (31,5%) буданд. Дар баробари ин, дар ҳар як гурӯҳи таҳлилшаванда якнафарӣ зан бо дараҷаи вазнинии анемия дида шуд (мутаносибан 0,6, 2,4 ва 5,2%).

Муқаррар карда шуд, ки занҳои такрорзояндаи дорои фосилаҳои кӯтоҳи интергенетикӣ (70,7%), гирифтори анемией, гурӯҳи хатари пайдошавии ХА-ро ташкил медиҳанд. Дар гурӯҳи нахустзояндаҳо аз анемия 61,2% азиат мекашид, ХА-ро аз сар гузаронида –83,4%, бисёрзояндаҳо- 87,5% буданд. Дар гурӯҳи нахустзояндаҳо аз анемияи дараҷаи сабук 67,5% дараҷаи вазнинии миёна -30,4% дошанд, яъне дар ҳар як нафари сеюм. Дар муқоиса аз онҳо дар зиёда аз нисфи занҳои такрорзоянда анемияи дараҷаи сабук (50,4%) ва тақрибан дар ҳар як нафари дуҷум (48,6%) - дараҷаи вазнинии миёна дида шуд.

Бемориҳои гурда ва роҳҳои пешоб дар байни занони ҳомила як мушкили таъхирнопазир боқӣ мемонанд, зеро ин патология сарбории ин узвҳоро ба таври назаррас зиёд мекунад ва метавонад боиси вайрон шудани

бисёр функцияҳои ҳаётан муҳими бадан гардад, ки барои рушди мӯътадили раванди ҳомиладорӣ ва чанин хатари чиддӣ эҷод мекунад.

Бемориҳои гурдаҳо ва роҳҳои пешоброн тақрибан дар ҳар як зани дуюм, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд дида шуд, дар гурӯҳи I-онҳо 1,3 маротиба бештар буданд нисбат ба гурӯҳи II- ва 1,5 маротиба бештар аз - гурӯҳи III- ($p < 0,01$). Ҳолати йоддефитситӣ дар гурӯҳи I- 1,7 маротиба бештар назар ба гурӯҳи II-ва 1,3 маротиба бештар аз - гурӯҳи III буд ($p < 0,01$). Маълумотҳои ҳуҷҷатҳои тиббӣ гувоҳӣ медиҳанд, ки диабети қанд дар ҳар як бемори гурӯҳи I- $5,5 \pm 5,1$ % ҳолат, гурӯҳи II- $-6,5 \pm 6,1$ %, гурӯҳи III- $-9,0 \pm 4,8$ % ҳолат буд, фарқияти аз ҷиҳати омӯри муҳим дар байни онҳо муайян карда нашуд ($p > 0,05$).

Аз бемориҳои кам дучоршаванда варикозӣ дар $4,3 \pm 1,4$ % зан ҷой дошт, дар гурӯҳи беморони дорои ПП онҳо $9,0 \pm 5,1$ % буданд, ки 3,7 маротиба бештар аз беморони дорои ХТ ($2,4 \pm 5,5$ %) ва 1,3 маротиба – назар ба гурӯҳи II- ($6,5 \pm 6,1$ %) буд ($p > 0,05$).

Яке аз проблемаҳои актуалӣ ва чиддӣ тиббӣ-ичтимоии муосир фарбеҳӣ аст, ки онро аксари бештари муҳаққиқон бемории музмини такроршаванда меҳисобанд, метавонад, ки боиси пайдо шудани бисёр бемориҳои ҳамроҳикунанда гардад.

Дар байни занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, аз фарбеҳӣ $4,7 \pm 5,0$ % зан азият мекашид, дар гурӯҳи III-вай назар ба гурӯҳи I- 4 маротиба, назар ба гурӯҳи II- 2,4 маротиба бештар буд ($p > 0,05$). Бемориҳои роҳи ҳозима дар гурӯҳи беморони дорои ПП 1,6 ва 3 маротиба бештар буданд назар ба гурӯҳҳои I-ва II- ($p > 0,01$).

Мутаассифона, як қатор бемориҳои музмин, ки метавонанд чараёни протсессии гестационро мураккаб гардонанд, танҳо ҳангоми ҳомилагӣ ташхис карда мешаванд, ки ин зарурати баланд бардоштани маълумотнокии аҳолиро дар бораи тарзи ҳаёти солим талаб мекунад.

Дар баробари БЭГ, ки ба чараёни ҳомилагӣ ва таваллудкунӣ таъсир мерасонад, мушкilotи бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд, махсусан, музмини бадкунандаи пешгӯӣ нисбат ба функцияи репродуктивии занҳо проблемаи муҳими иҷтимоӣ ва иқтисодии кишвар ба ҳисоб меравад.

Мувофиқи таҳқиқотҳо, тақрибан дар ҳар як зани дуюм, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, бемориҳои гуногуни гинекологӣ ба қайд гирифта шудааст, ки дар сохтори онҳо асосан бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд бартарӣ доранд.

Аз миқдори умумии занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, дар $4,3 \pm 4,3$ % ҳолат миомаи бачадон, дар $5,8 \pm 2,2$ % - кистаи тухмдонҳо ҷой дошт. Вайроншавии синкли ҳайзбинӣ дар анамнези $3,5 \pm 3,9$ % зан, метроэндометрити музмин $-14,1 \pm 4,3$ %, салпингоофорит $-12,5 \pm 3,0$ % дида шуд; аз бенасли $2,7$ %-и беморон азият доштанд. Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки миомаи бачадон дар байни занҳои дорои ЧППМҚ ва ПП 2 маротиба бештар (мутаносибан $6,5 \pm 6,7$ ва $6,0 \pm 4,3$ %) бештар буданд назар ба беморони дорои ХТ ($3,1 \pm 5,4$ %) ($p < 0,05$). Аз вайроншавии синкли ҳайзбинӣ саҳеҳан занҳои дорои ПП ($12,1 \pm 3,9$ %) бештар азоб доштанд. Метроэндометрити музмин дар ҳар як зани сеюм дорои ПП ташхис карда шуд ($30,3 \pm 4,3$ %), ки 1,5 маротиба

бештар аз гурӯҳи ҚППМҚ ($19,6\pm 6,8\%$) ва 3,5 маротиба назар ба занҳои дорои ХТ – ($8,6\pm 5,4\%$) буд ($P<0,05$).

Мувофиқи ҳуҷҷатҳои тиббӣ протсессҳои патологӣ гарданаки бачадон дар $12,1\%$ -и занҳо дида шуд, ҳар як зани панҷуми ($21,2\pm 4,1\%$) дорои ПП онро дошт, ки 1,6 маротиба бештар аз занҳои дорои ҚППМҚ ($13,1\pm 6,9\%$) ва 2,1 маротиба аз занҳои дорои ПК ($9,9\pm 4,9\%$) буд ($P<0,05$).

Сифати кӯмаки то таваллуд ба занони ҳомиладор ва муайян намудани шароите, ки ба рушди аҳволҳои вазнини акушери моил мешаванд, омили муҳими ғавти модарон ва перинаталӣ мебошад. Дар заминаи ҳомиладорӣ ва хусусиятҳои ҷараёни он, раванди мушаххас метавонад инкишоф ёбад, ки метавонад ба пайдоиши хунравии акушерӣ мусоидат кунад.

Муқаррар карда шуд, ки дар зиёда аз нисфи беморон ($55,6\%$), ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, ин ҳомилагӣ бо оризаҳо ҷараён дошт, ки дар беморони дорои ХТ 1,3 маротиба ($45,7\%$) буд назар ба занҳои гурӯҳи ҚППМҚ ($34,5\%$) ва 2,3 маротиба аз ҳомилаҳои дорои ПП ($19,7\%$). Дар зиёда аз нисфи бемороне, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, қайкунии ҳомилаҳо ($54,9\pm 3,9\%$) буд, дар гурӯҳи занҳои дорои ХТ ин ориза 1,3 маротиба бештар аз занҳои дорои ҚППМҚ ($48,9\pm 6,2\%$) ва 2 маротиба бештар ($35,7\pm 8,0\%$) – дар муқоиса аз гурӯҳи III-буд ($p<0,05$).

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки, анемияи дараҷаҳои гуногуни вазнинӣ ҳангоми ҳомилагӣ дар зиёда $1/3$ зани ($33,8\pm 2,2\%$) дорои ХТ, $69,2\pm 1,6\%$ - дар гурӯҳи дорои ҚППМҚ ва $71,4\pm 9,0\%$ - дар занҳои дорои ПП мавҷуд буд ($p<0,05$).

Маълумотҳои ба дастовардаи мо нишон медиҳанд, ки $43,6\pm 5,8\%$ -и занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, ҳангоми ҳамин ҳомилагӣ дучори сироятҳои респиратории шадиди вирусӣ будаанд, ҳар як зани дуюм ($50,7\pm 3,1\%$) дар гурӯҳи I, зиёда аз $1/3$ (мутаносибан $38,7\pm 5,9$ ва $35,7\pm 8,0\%$) – дар тгурӯҳҳои II ва III дида шуд. Анамнези вазнини акушерӣ-гинекологӣ дар $18,4\%$ ҳолат муайян карда шуд.

Пас, сифати мувоқибати антенаталӣ ҳомилаҳо ва муайян кардани ҳолатҳои тамоюл доштан ба пайдошавии оризаҳои вазнини акушерӣ, омили муҳимми ғавти модар ва перинаталӣ мегардад. Дар заминаи ҳомилагӣ ва хусусиятҳои пайдошавии протсессҳои махсус, ки метавонад боиси пайдо шудани ХА гардад, пешгирӣ карданааш мумкин аст.

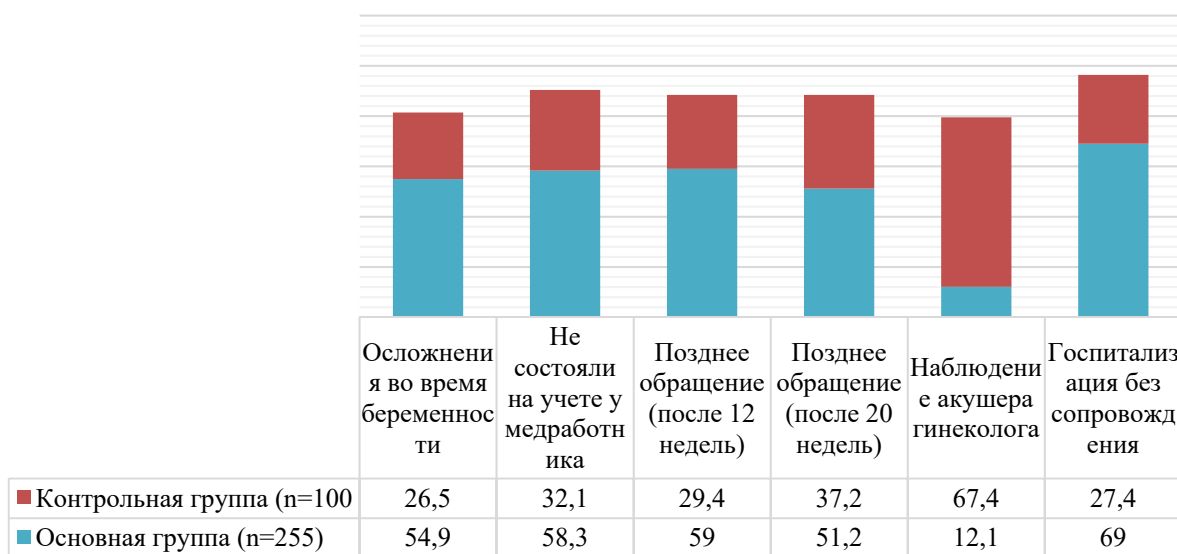
Дар бораи сифати зарурии мувоқибати антенаталӣ он далел гувоҳӣ медиҳад, ки аз хусуси ин ҳомилагӣ $46,06\pm 8,4\%$ -и занҳои ХА-ро аз сар гузаронида ба қайд гирифта шудаанд, боқимондаҳо $53,3\pm 8,5\%$ бо сабабҳои номаълум ба муоинаи акушер-гинеколог наомадаанд.

Муқаррар карда шуд, ки дар байни ҳама занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, ки байни ҳама занҳо, ки, дар қайд набуданд $58,3\pm 3,8\%$ беморони дорои ХТ, ки ин 2 маротиба зиёд буданд аз гурӯҳи ҳомилаҳои дорои ПП ($27,2\pm 8,5\%$) ($p<0,01$).

Омӯзиши таҳлили маълумотҳои ҳуҷҷатҳои тиббии занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, имконият дод, ки як қатор далелҳои антенаталӣ ошкор карда шаванд. Дар байни бемороне, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, зиёда аз нисфашон дер ба қайд гирифта шудааст (бо ХТ - $58,1\pm 3,2\%$, ПП – $55,0\pm 3,1\%$, ҚППМҚ – $57,3\pm 3,1\%$). Дар гурӯҳи занҳои дорои ХТ ба ёрии

антенаталӣ баъди ҳафтаи 12-и ҳомилагӣ $61,2 \pm 3,4\%$ ва баъди 22 ҳафта - $38,8 \pm 3,3\%$ фаро гирифта шудааст, ки 2 маротиба бештар аст дар муқоиса аз беморони гурӯҳи ПП ($p < 0,05$). Аз миқдори умумии занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, дар давраи мувоқибати антенаталӣ $72,4 \pm 3,1\%$ ҳангоми ҳомилагӣ ҳамагӣ 3 маротиба ба қабули кормандони тиб омадаанд, дар байни занҳои гирифтори ПП бошад – $78,9 \pm 3,2\%$. Мутаассифона, муоинаи антенаталӣ ин категорияи занҳо дар тамоми давраи ҳомилагӣ аз тарафи акушер-гинеколог танҳо дар 12, $1 \pm 3,1\%$ ҳолат сурат мегирад, боқимонда $57,7 \pm 3,1\%$ бо табиби оилавӣ $30,2 \pm 3,1\%$ бо акушерка омадаанд. Дар гурӯҳи зояндаҳои дорой ХТ бе роҳхат ба статсионар $75,2 \pm 3,4\%$ омадааст, ки 1,3 маротиба зиёд аст аз беморони дорой ЧППМЧ ва ПП (мутаносибан $57,4 \pm 6,3$ ва $57,6 \pm 8,6\%$) ($p < 0,05$).

Ҳангоми таҳлили муқоисавии гурӯҳи назоратӣ фарқиятҳои саҳеҳи сифати назорати антенаталӣ муайян карда шуд. Дар гурӯҳи занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ 2 маротиба зиёдтар дар қайди кормандони тиб набуданд, баъди ҳафтаи 12-уми ҳомилагӣ 1,7 бештар, баъди ҳафтаи 20-ум – 1,3 маротиба камтар, дар акушер-гинеколог муоина шудаанд – 5,5 маротиба камтар, бистарӣ кунонида шудаанд бе роҳхат - 2,5 маротиба зиёдтар ($p < 0,05$) (расми 5).



Расми 5. – Омилҳои хатари пайдошавии хунравии акушерӣ (ХА) дар сатҳи амбулаторӣ (n=355) (%)

Вайронкунии «маршрутизатсия» (хатсайри нақлиёт)-и ҳомилаҳо ва зояндаҳо дар сатҳи сеюми муассисаҳои ёридиҳандаи таваллудкунонӣ ба мушоҳида расид. Дар гурӯҳи зояндаҳои дорой ХТ бе роҳхат ба статсионар $75,2 \pm 3,4\%$ зан ворид шуд, ки 1,3 маротиба бештар аст дар муқоиса аз ЧППМЧ ва ПП (мутаносибан $57,4 \pm 6,3$ ва $57,6 \pm 8,6\%$) ($p < 0,05$).

Муқаррар карда шуд, ки зиёда аз 1/3 занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, (мутаносибан $7,9 \pm 0,3$, $35,1 \pm 0,6$ ва $34,3 \pm 0,7\%$) бо муҳлати расидагии ҳомилагӣ бистарӣ кунонида шудаанд.

Аз миқдори умумии таҳқиқшудагон дар ҳолати қаноатбахш зиёда аз 60% ($63,1 \pm 8,1\%$) –и занҳо дохил шудаанд, ҳар як зани панҷум ($22,3 \pm 8,2\%$)–

дар ҳолати вазнинии миёна ва $14,5 \pm 5,8,0\%$ ҳолат вазнин арзёбӣ шудааст ($p < 0,01$). Дар ҳолати вазнинии миёна ҳар як зани сеюми дорои ПП ($33,3 \pm 8,2\%$), ҳар як панҷум – бо ҚППМЧ ($22,9 \pm 5,8,0\%$) ва ҳар як чорум ($19,9 \pm 3,1$) – бо ХТ %) буд. Ҳангоми дохил шудани ҳолати вазнин дар ҳар як зани сеюми дорои ҚППМЧ ($29,5 \pm 5,8,0\%$) ва ҳар як даҳуми дорои ХТ ($11,8 \pm 3,1\%$) ($p < 0,01$) ба қайд гирифта шуд.

Аснои ҳомилагӣ ва таваллудкунӣ презклампсияи вазнин дар байни беморони дорои ҚППМЧ дар $66,6 \pm 15,7\%$ ҳолат ташхис карда шуд, дар мукоиса аз занҳои дорои ПП ва зояндагони дорои ХТ-6,6 маротиба зиёд (мутаносибан $10,0 \pm 9,5$ ва $10,0 \pm 3,6\%$) ($p < 0,05$) буд.

Қарроҳӣ дар давоми $26,2 \pm 1$, дақиқаи дохил шудани беморони дорои ҚППМЧ ва $31,3 \pm 3,4$ дақ. дар беморони дорои ПП гузаронида шуд.

Аз хусуси ҳадшаҳои бачадон бошад, амалиёти қайсарӣ дар $6,5 \pm 3,2\%$ ҳолати беморони дорои ҚППМЧ ва дар $15 \pm 6,2\%$ ҳомилаҳои дорои ПП иҷро карда шуд. Хунравии саршуда чун нишондод барои лапаротомия дар $41,5 \pm 7,7\%$ ҳолати беморони дорои ҚППМЧ, $70 \pm 14,5\%$ - дорои ПП ва $8,6 \pm 3,4\%$ зояндагони дорои ХТ ба шумор меравад.

Мувофиқи протоколҳои клиникӣ, кумаки фаврии акушерӣ ба зиёда аз 90% бемороне, ки ба статсионр бо ХА ворид шудаанд (мутаносибан $98,5, 98,7$ ва $96,5\%$) расонида шуд.

Таҳқиқоти аз тарафи мо гузаронида шуда нишон дод, ки дар ҳама занҳои дорои ХА табобати муносиби инфузионӣ-трансфузионӣ гузаронида шуд: табобати инфузионӣ бо роҳи тазриқи маҳлули Рингер - гемотрансфузия - дар $15,6\%$ ҳолат, плазмотрансфузия - дар $11,8\%$ ҳолат гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои оқибатҳои перинаталӣ дар занҳое, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, нишон доданд, ки зинда таваллудшудаҳо 229 навзод буд, фавти антенаталӣ дар 26 ҳолат ба назар расид ($10,2\%$).

Тақрибан нисфи навзодон норасид ($49,9\%$) буданд ва бештар дар занҳои гурӯҳи дорои ХТ ($53,4 \pm 3,9\%$) ва ПП ($51,5 \pm 8,7$), дар байни беморони дорои ҚППМЧ – зиёда аз $1/3$ ($39,3 \pm 6,2$) ($p < 0,01$) ба назар расиданд. Муқаррар карда шудааст, ки ҳар як навзоди панҷум ($20,5\%$) дар ҳолати каноатбахш таваллуд шудааст ва бо чадвали Апгар бо $8-9$ ҳол баҳогузурӣ шудааст, дар гурӯҳи занҳои дорои ПП онҳо 2 маротиба ($35,4 \pm 8,6\%$) бештар буданд, назар ба гурӯҳи II- ($16,9 \pm 4,9$) ва $1,8$ маротиба нисбат ба гурӯҳи I – ($18,7 \pm 3,3\%$) будааст.

Зиёда аз 70% -и навзодон мувофиқи Апгар 7 ҳол гирифтанд, яъне дар ҳолати асфиксияи сабук буданд, зиёда аз 60% - байни гурӯҳи занҳои дорои ҚППМЧ ва зиёда аз нисф - дар гурӯҳи занҳои дорои ПП ($p < 0,01$). Дар байни гурӯҳи омӯхташавандаи навзодони дорои асфиксияи дараҷаи вазнин (6 балл ва камтар бо шкалаи Апгар) $6,9\%$ таваллуд шудаанд. Вазни миёнаи навзодон $2758 \pm 52,5$ гр. буд, қадашон $-45,0 \pm 1,3$ см.-ро ташкил дод, дар ин маврид навзодони камвазн бештар дар гурӯҳи занҳои дорои ПП ($2059,2 \pm 178$ гр, қад $40,0 \pm 1,6$ см) буд. Мувофиқи натиҷаҳои ба даст овардаи таҳқиқоти мо дар $28,6\%$ -и навзодон таваккуфи рушди дохилибати дар ин маврид $57,5\%$ ва $42,4\%$ - дар байни навзодони расида буд.

Ҳисоби миёнаи бандкунии кат-рӯз 6, $6 \pm 0, 2$ – дар гурӯҳи I; 8, $6 \pm 0, 4$ к/д-дар гурӯҳи II; ва $11 \pm 1, 2$ кат руз дар гурӯҳи III-ро ташкил дод. Дар ҳолати қаноатбахш бо кӯдак 96, $7 \pm 2,3$ % таваллудкунанда, бе кӯдак - 3, $1 \pm 1, 4$ % нафар рухсат шуданд. Ба шӯъбаи терапевтии БКШ №1-и ш. Душанбе 1 ($1, 6 \pm 1,6$ %) интиқол дода шуд, 1 беморзан ($1, 6 \pm 1, 6$ %) аз гурӯҳи занҳои доройи ЧППМЧ вафот кард.

Натиҷаҳои ҳосилшуда ба мо имконият доданд, ки методологияи таҳқиқоти конфиденсалии ҳолатҳои ниҳонии ХА-ро бо мақсади пешгирии пайдошавии ҳолатҳои ҳаётан хатарнок ва беҳтар кардани сифати ёри таъҷилии акушерӣ (ЁТА) ҳангоми ин ориза баҳогузори карда шавад.

Ҳангоми суҳбат (пурсиш) кардан бо 40 таваллудкунанда, ки ХА-ро аз сар гузаронидаанд, маълумоти нав ба даст оварда ва проблемаҳои ташкилӣ муайян карда шуданд. Ғайр аз маълумотҳои дар картаи мубодила қайдшуда дар бораи бемориҳои соматикӣ, 14, 2% аз бемории варикозӣ, 11, 3% -аз бемории ғадуди сипаршакл 17, 8% - бемории шигар шикоят кардаанд. Ҳар як бемори сеюм гирифтори пиелонефрити музмин буд (35%).

Мувофиқи пурсиши гузаронидашуда 60%-и таваллудкунандаҳо анамнези вазнини акушерӣ доштанд (исқоти ҳамл, бачапартоӣ бо тарошидани ковокии бачадон, талафоти перинаталӣ), дар 7, 5% -и беморон анамнези вазнини гинекологӣ (АВГ) (метроэндометрит, протсессҳои патологияи гарданаки бачадон) дида шуд.

Муқаррар карда шуд, ки 77, 5%-и занҳои пурсидашуда дар қайди акушер-гинеколог набудан ва ба табиб мурочиат накардаанд, аз онҳо танҳо дар 47,2% ҳолат онҳо аз таҳқиқӯоти пурраи лабораторӣ гузаштаанд. Таваллудкунандаҳо аз сарбории калони ҷисмонӣ (77, 6%) ва ғизои номуносиб ҳангоми ҳомилагӣ (72,5%) шикоят доштанд.

Мувофиқи суҳанони таваллудкунандаҳо миқдори ками ташрифҳо дар зинаи аввалия бо муҳлати барвақти бистарикунонии баъзе ҳомилаҳо бо сабабҳои гуногун вобастаанд (саршавии таваллудкунӣ пеш аз муҳлат, қисман пеш аз муҳлат ҷудо шудани плацентаи дуруст ҷойгиршуда, оризаҳои гипертензивӣ ва ғайра). Дар симптомҳои хатарнок машварат нагирифтаанд 97,6% зан, дар бораи таваллудкунии дар пешистода машварат накарданд - 85,7% зан. Ҳангоми пайдо шудани хунравӣ тарсиданд- 73,8%-и занҳо.

Сифати нокифояи хизматрасонии пеш аз таваллуд аз посухҳои занони баъди таваллуд, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, шаҳодат медиҳад: зиёда аз нисфи занон (22/55%) аз хизматҳои ҳангоми ҳомиладорӣ гирифташуда комилан қаноатманд буданд, ҳар сеяк (12/30%) зан нишон доданд, ки акушерҳо ва акушер-гинекологҳо дар давраи ҳомиладорӣ дӯстона буданд 5/ 12,5% пурсидашудагон аз хизматрасонӣ пурра қаноатманд набуданд, бе нишон додани сабаб, аз мавҷудияти навбат дар марказҳои солимии репродуктивӣ - 1/2,5% изҳори норозигӣ карданд.

Бо мошини ёри таъҷилӣ оварда шуд 7, 5% -и занҳо, боқимондаҳо 95, 2% - хешовандон оварданд, бе ҳамроҳии кормандони тиббӣ.

Таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ муайян кард, ки сабабҳои асосии бистарикунонӣ инҳо буданд: чанини калон (25%), даридани бачадон (17, 5%), хадшаи

бачадон (15%), дугоник (5%), преэклампсияи вазнин (29,5%), даридани то таваллудкунии пардаи чанин (4, 0%), таваллудкунии обструктивӣ (4, 0%).

Фарқият дар сатҳи гемоглобин аз рӯи нишондодҳои то хунравӣ (хангоми бистарикунонӣ) ва ҳамчунин пас аз хунравии пайдошуда муайян карда шуд. Бояд қайд кард, ки то саршавии хунравӣ камхунии дараҷаи вазнин дар аввал дар 22,5% таҳқиқшуда ба назар расид. Сатҳи миёнаи гемоглобин то саршавии хунравӣ дар байни ҳамаи беморон $96, 7 \pm 3, 4$ г/л-ро ташкил дод.

Дар байни пурсидашудагон ҳар як бемори дуюм бо роҳҳои табиӣ таваллудкунӣ зида буд (60%), аз онҳо вакуум-экстракция дар 10% ҳолат гузаронида шуд. Воридсозии фаъоли двраи сеюми таваллудкунӣ (ворид кардани 10 воҳид окситотсин, тракцияҳои назоратшавандаи танобаки ноф, масҳи бачадон дарҳол пас аз таваллудкунӣ (22,5%) дар 42,4% ҳолат аз рӯи стандарт гузаронида нашуд (шояд сабаби хунравӣ нуқсони ҳамроҳак бошад). Бо мақсади манъ кардани хунравӣ окситотсинро дар 92,5%-и ҳолат, мизопро-столро дар 47, 5%, метилэргометринро дар 3%-и ҳолатҳо истифода намуданд. Таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки дар 7,2% -и ҳолатҳо аз хусуси нуқсони ҳамроҳак ба таври дастӣ ҷудо ва дур кардани қисми таваққуфкардаи ҳамроҳак гузаронида шуд. Бо роҳи ҷарроҳии амалиёти қайсарӣ 40% -и занҳо зоенда шуданд. Ампутатсияи бачадон дар 10,5% ҳолат, экстирпатсия - 12, 5%, ЁТА (ёрии таъҷилии акушерӣ), АФНАП сари вақт ва боҳаҷми пурра дар 87, 5%-и ҳолатҳо иҷро карда шуд.

Таҳлили партограммаҳо имконият надод, ки дар бораи мувофиқати таваллудкуниҳо маълумоти зарурӣ гирифта шавад (дар 22%-и ҳолатҳо вай дар замони воқеъ гузаронида шуд).

Ҳангоми пурсиш ё суҳбат аз муносибатҳои меҳрубонаи кормандони соҳаи тиб пеш аз 82,3%-и зояндаҳо, пеш аз ҷарроҳии амалиёти қайсарӣ -94, 6% сухан гуфтанд.

Иттилооти дар партограмма пешниҳод карда шуда дар 68% ҳолат гирифтани маълумоти пурра оиди бурдани валодат, чунки дар вақти реалӣ пур карда нашудаанд, ҳосил хангоми интервьюи занҳои баъдивалодати ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд.

Зиеди занҳои интервьюгузашта (92,5%) иттилооти табиб оиди ҳолати саломати онҳо пурра баҳо доданд. Сифати иттилооти 5,0% занҳо қаноатманд баҳогузори кардаанд, ғайриқаноатбахш – 1/2,5% зан. Ҳамзамон, ҳар панҷ яки занони пурсидашуда (20%) қайд карданд, ки онҳо дар бораи хунравии руҳдода ва усулҳои нигоҳубини акушерӣ ба онҳо пас аз мувоҷиҳати шахсӣ ба кормандони соҳаи тиб маълумоти муфассал гирифтанд.

Аз ҷумла занҳои интервьюгузашта, ҳар сеюм зан (30%), ХА аз сар гузаронида иттилоот оиди зарурияти даҳолати тибби доштанд.

Дар маҷмӯъ, аксарияти занони пурсидашуда (77,5%) аз сифати хизматрасонии тиббӣ дар беморхона қаноатманд буда, муносибати бодикқатонаи кормандонро дар расонидани хизмат қайд намуданд.

Ҷавобҳои 65%-и пурсидашудагон гувоҳӣ доданд, ки онҳо бо табиб муносибатҳои шарикӣ ба вучуд овардаанд, ки бар пояи эҳтиром ва ҳамдигарфаҳмӣ асос ёфтаанд, 35%-и боқимонда ин муносибатҳоро расман тавсиф кардаанд; 10% занон ба муносибати нокифояи кормандони тиб

ишора карданд, 12,5% ба ин савол ҷавоби дақиқ дода натавонистанд; 35% занон аз хизматрасонӣ қисман қаноатманд буданд, ки инро ба дер пайваст шудани кӯдакони навзод ба сина дар шӯъбаи эҳёгарӣ, инчунин дастгирии нокифояи психоэмоционалии кормандон рабт медиҳанд.

Дар занҳое, ки ХТ-ро аз сар гузаронидаанд, рӯзҳои дар статсионар будан аз 5 то 7 рӯзро дар бар гирифт, ҳол он ки ҳангоми таваллудкунии физиологӣ маъмулан дар шабонарӯзи 3-юм руҳсат мешаванд.

Лаҳзаҳои мусбати расонидани ёрӣ дар ҳолатҳои ниҳойӣ ин мавҷуд будани препаратҳо ва дастгоҳҳои зарурӣ дар муассиса, татбиқи дастуру стандартҳои назорати ХА ва оризаҳои гипертензивӣ, ҳамчунин кори командавӣ мебошад (100%).

Дар баробари лаҳзаҳои мусбат, имкониятҳои аз дастдода низ муайян карда шуданд: сатҳи нокифояи тайёрии касбии мутахассисон, риоя накардани принципҳои «маршрутизатсия» ҳомилаҳо, зояндаҳо, ва таваккуфи бистарикунонӣ дар муассисаи сатҳи сеюм, муоинаҳои номуносиби пасазтаваллудкунӣ.

Ҳамин тавр, ТҲБ воситаи баҳодихии сифати хизмати тиббӣ дар муассисаҳои акушерӣ буда, имкон медиҳад, ки имкониятҳои аз даст додашуда бо кори муносибати даста ошкор ва сари вақт бартараф карда шаванд. Муносибатҳои махфӣ байни кормандони соҳаи тиб ва занони ҳомила, ва таваллудкарда дар давраи муолиҷа чӣ дар амбулаторӣ ва чи дар беморхона ба сифат ва самаранокии ёрии тиббӣ ва қаноатмандии занон аз хизматрасонии тиббӣ таъсир мерасонад.

Барои беҳтар сохтани солимии модарон ва паст кардани ғавти модар дар кишвар, пеш аз ҳама дастрас кардани хизматрасонӣ ба заноне, ки ба хатари бештар мувоҷеҳ ҳастанд, махсусан сокинони деҳот. Дар ин таҳқиқот онҳо занҳое буданд, ки Ха-ро аз сар гузаронидаанд. Дар муассисаҳои таваллудкунонӣ гузаронидани аудити клиникӣ дар байни занҳои Ха-ро аз сар гузаронида, имконият медиҳад, ки омилҳои пайдошавии ин ориза муайян карда шавад ва сифати расонидани ҳадамоти тиббӣ беҳтар гардад, ки ин, бешубҳа, басомади ҳолатҳои ниҳойӣ акушериро паст ва беморшавию ғавти модарро кам мекунад.

Хулосаҳо

1. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2014-2018 басомади хунравии акушерӣ (ХА) барои пастшавӣ майли устувор надорад, дар ин маврид ҳиссаи хунравии пас аз таваллудкунӣ аз 29,5 то 37,1% афзудааст [1-А, 2-А,12-А].
2. Басомади баланди пайдо шудани хунравии акушерӣ ба маҷмӯи омилҳои потенсиалии тиббӣ-ичтимоӣ вобастагӣ доранд. Занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, дорои хусусиятҳои вазнини ичтимоӣ-беҳдоштӣ буданд: 84% сокинони деҳот, соҳибхонашин буданд, 76,6% дар шароити ғайри қаноатбахши манзилӣ-маишӣ мезистанд, 75,6% статуси пасти ичтимоӣ доштанд [4-А,8-А,9-А,10-А].
3. Дар байни занҳое, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, зиёда аз нисфашон (56,4%) дар синну соли ғавти репродуктивӣ қарор дошт,

(52,1%) такрорзояндаҳо буданд, тақрибан ҳар як зани сеюм (29,1%) нахустзоянда буданд; зиёда аз 72% фосилаи кӯтоҳи интергенетикӣ доштанд, 41,5% никоҳи ғайрирасмӣ доштанд, 43% дар гузашта аз контрацептивҳо истифода накардаанд, зиёда аз 1/3 (32,1%) Анамнези вазнинкунандаи акушерӣ доштанд; 81,9% - бемории камхунӣ доштанд; 49,8% - бемориҳои гурдаҳо, 41,9% - ҳолати йоддефицитӣ ва 67% бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурдро доштанд [4-А,8-А,9-А,10-А].

4. Проблемаҳои асосии сифати номуносиби нигоҳубини антенаталии занҳое, ки хунравиҳои акушериро аз сар гузаронидаанд, инҳо буданд: зиёда аз нисфи онҳо ба муоинаи табиб нарафтаанд ва аз хусуси ин ҳомилагӣ дер ба қайд гирифта шудаанд (53,3% и 59,0%), аз хусуси симптомҳои хатарнок огоҳӣ надоштанд (55,6%), чараҳои ҳомилагияшон оризанок буд (55,6%); ба қабули кормандони тиб кам рафтаанд (62,4%), ба статсионар бе роҳхат омадаанд (77,3%) [5-А,6-А,7-А,11-А].
5. Имкониятҳои аз дастдода дар статсионар инҳоянд: муоинаҳои номуносиби пас аз таваллудкунӣ (22,5%), пур кардани партограмма на дар замони воқеӣ (88,7%), навзодро дер болои сина гузоштан дар шуъбаи реаниматсионӣ (35%), дастгирии нокифояи психоэмотсионалии кормандон (36,6%) [13-А].
6. Баргузориҳои таҳлили ҳолатҳои ниҳонии хунравиҳои акушерӣ дар муассисаҳои таваллудкунӣ захираи пешгирии ин ориза ва кам кардани беморшавии модарон аст [7-А,13-А].

Тавсияҳо ҷиҳати истифодаи амалии натиҷаҳо

Дар сатҳи антенаталӣ:

1. Сари вақт муайян кардани занҳои дорои статуси вазнини иҷтимоӣ, гирифтори камхунӣ, бемориҳои гурдаҳо, гузаронидани табобати муносиб бо ҷалб намудани мутахассисони ба ҳам наздик.
2. Барои занҳое, ки хунравиҳои акушериро аз сар гузаронидаанд, нақшаи инфиродии муоина тартиб додан.
3. Ҳар як зане, ки хунравиҳои акушериро аз сар гузаронидааст, бо назардошти хусусиятҳои шахсият, ҳамчунин аъзои оилаи он расонидани дастгирии психологӣ ва тиббиву иҷтимоӣ.
4. Баргузориҳои таҳлили ҳар як ҳолати ниҳонии хунравии акушерӣ бо ҷалб кардани шахсони масъул.

Дар сатҳи статсионарӣ:

1. Ба нақша гирифтани зоёнидани ҳомилаҳои дорои хатари баланди хунравии акушерӣ бо иштироқи бригадаи мултидисциплинарӣ.
2. Гузаронидани омӯзиши мунтазами кормандони тиббӣ (акушеркаҳо, акушер-гинекологҳо, анестезиолог-реаниматологҳо) оид ба ҳолатҳои фаврӣ дар акушерӣ, аз ҷумла аз худ кардани сатҳи баланди малакаҳои кор дар даста.
3. Дар ҳама ҳолатҳои хунравиҳои акушерӣ ба занҳо мувофиқи розигии онҳо пешниҳод намудани имконият барои баррасии ҳодисаҳои бо ин ориза алоқаманд, дар вақти барояшон муносиб.
4. Таҷдиди назар кардани протоколҳои мавҷудбудаи дарунӣ барои ҳолатҳои ХТ, бо таваҷҷуҳ додан ба нигоҳубини пас аз аваллудкунӣ.

ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТ МУАЛЛИФ ДОИР БА МАВЗЌИ ДИССЕРТАТСИЯ

I. Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашршуда:

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

II. Мақолаҳо ва фишурдаи мавод дар маҷмӯаҳои конференсияҳо:

- [7-А]. Маликоева, С.А. Проблемы перенаправления при акушерских кровотечениях [Текст] / С.М. Мухамадиева, Г.Т. Расулова, С.А. Ходжаева, Ш.А. Амонова, С.А. Маликоева // Материалы VI съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. - С. 132-134.
- [8-А]. Мухамадиева, С. М. Особенности течения беременности у «едва выживших женщин» при акушерских кровотечениях/ С.М. Мухамадиева, С.А. Маликоева, М.Р. Манёзов, Ф.Л. Назришоева// Материалы ежегодичнойXXIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ», посвященной году молодежи «Медицинское образование и здоровье в XXI веке». -Душанбе. - 2017. -С. 140-142.
- [9-А]. Маликоева, С. А. Анализ причин акушерских кровотечений среди «едва выживших женщин»/С.А.Маликоева // Материалы ежегодичнойXXV научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ» «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» -Душанбе. -2019. С.136-137.
- [10-А]. Маликоева, С. А. Анализ медико-социальных причин «едва выживших» женщин при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты по принципу «от двери до двери»/ Маликоева С. А., Олимова Ф. А. Мухамадиева. С. М.// Материалы ежегодичнойXXV научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ» «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» -Душанбе. -2019. - С. 138-139.
- [11-А]. Маликоева, С.А. Факторы риска развития акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин при предлежании плаценты / С.А. Маликоева, Ф.А.

Олимова, Ш.Т. Муминова[Текст] //Материалы ежегодичнойXXV научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ» «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» -Душанбе. -2019. С.136-137.

[12-А]. Маликоева, С.А Динамика и структура акушерских кровотечений в Республике Таджикистан [Текст] / С.А. Маликоева // Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием. – Душанбе, 2020. – С.13.

[13-А]. Маликоева, С.А Анализ случаев критических состояний [Текст] / С.А. Маликоева // Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием. – 2020. - С.12.

Дастури таълими-методи

[14-А]. Принципы и методология анализа критических случаев при акушерских кровотечениях. Учебно-методическое пособие. С.М. Мухамадиева, У.Д. Узакова, М.Я. Камилова, Г.К. Давлатова, С.А. Маликоева– Душанбе, 2019. – 98 с.

Фехристи ихтисораҳо

АВА - анамнези вазнини акушерӣ

АВГ - анамнези вазнини гинекологӣ

БДР - бемориҳои дилу рағҳо

БСП - бемориҳои санги пешоб

БЭГ - бемориҳои экстрагениталӣ

ВТ ва ҲИА ҚТ-Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

ДҚ - диабети қанд

ЁТА - ёрии таъҷилии акушерӣ

КАТС - кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ

КОД - контрацептивҳои омехтаи даҳонӣ

МТД «ДТБКСТ ҚТ» -Муассисаи таълимии давлатии Донишкадаи баъдидипломии қормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

ПП - пешистии пласента

СДБ - спирали доҳили бачадонӣ

СШВР - сирояти шадиди вирусии респираторӣ

ТИДҚ -таваққуфи инкишофи доҳилибатнии ҷанин

ТУС - таҳқиқоти ултрасадоӣ

ТУТ - Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ

ТХБ - таҳлили ҳолатҳои бухронӣ

УАЛ - усули аменореяи лактатсионӣ

ФМ - фавти модар

ХА - хунравии акушерӣ

ХТ - Хунравии баъди таваллудкунӣ

ҲЙД - ҳолати йоддефитситӣ

ҲХГ - ҳаҷми хуни гардишкунанда

ҚППМҚ - чудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда.

ШМБ - шохиси массаи бадан

ШШ - шохиси шок

ЭОН - эмболияи оби наздичанинӣ

«nearmiss» - бо душворӣ зиндамонда

АННОТАЦИЯ

автореферата диссертации Маликоевой Сочиды Амिरалиевны на тему: «Медико-социальные аспекты здоровья женщин, переживших акушерские кровотечения» специальность: 14. 01. 01. – акушерство и гинекология.

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

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

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

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

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

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

АННОТАТСИЯИ

Автореферати дисертатсияи Маликоева Социда Амиралиевна «чанбаҳои тиббӣ-ичтимоии солимии заноне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд» аз рӯи ихтисосӣ 14.01.01 момопизишки ва бемориҳои занона.

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

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

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

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

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

Тавсияҳо оид ба истифодабарӣ: Дар амалия татбиқи намудани пешниҳодҳои таҳияшуда ба акушер-гинекологҳо ва ташкилотчиёни нигоҳдории тандурустӣ имконият медиҳанд, ки омилҳои хатари пайдошавии хунравии акушериро дар ҳама сатҳҳои муассисаҳои акушерӣ сари вақт ошкор ва ҷорабиниҳои профилактикиро баргузор намоянд.

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

ANNOTATION

Malikoeva S.A.

«Medical and Social Aspects of Women's Health who survived Obstetric Bleeding» specialty 14. 01. 01 – Obstetrics and Gynecology

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

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

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

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

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

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

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

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