

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБН СИНО»**

УДК 618.7:616-002.5(575.3)

ВАЛДОШОВА СУРМАНИСО ШАРАФОВНА

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН,
СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, С
УЧЕТОМ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ДОТС В
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология

Душанбе - 2024

Диссертационная работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии №1
ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени
Абуали ибн Сино»

Научный руководитель:

Додхоева Мунаввара Файзуллаевна
доктор медицинских наук, профессор,
академик НАНТ, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, ГОУ
«Таджикский государственный
медицинский университет имени Абуали
ибн Сино»

Научный консультант:

Сироджидинова Умриниссо Юсуповна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры фтизиопульмонологии, ГОУ
«Таджикский государственный
медицинский университет имени Абуали
ибн Сино»

Официальные оппоненты:

Рафиева Зарина Хамдамовна
доктор медицинских наук, заведующая
кафедрой акушерства и гинекологии
медицинского факультета Таджикского
национального университета

Курбонов Шамсиддин Мирзоевич
кандидат медицинских наук, ассистент
кафедры акушерства и гинекологии №1
ГОУ «Институт последипломного
образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан»

Ведущее учреждение:

**ГОУ «Хатлонский государственный
медицинский университет»**

Защита диссертации состоится « » _____ 2024 г. в « » часов на заседании
Диссертационного совета 6D. КОА-006 на базе Государственного учреждения
«Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и
перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения
Республики Таджикистан. **Адрес:** 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе
ул. Мирзо Турсунзаде, 31, Sh.tabarovna@mail.ru; телефон 918 69 16 68.

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

Автореферат разослан «__» _____ 2023 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Муминова Ш.Т

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Одной из главных задач здравоохранения Республики Таджикистан является охрана материнства и детства. Особое место в современной перинатологии занимает проблема туберкулёза и материнства. Основная инфекционная причина смерти в мире - туберкулёз (ТБ) [Глобальный отчет ВОЗ по туберкулёзу, 2020]. Ситуация по туберкулёзу ухудшается из-за увеличения числа лекарственно-устойчивых случаев, что, следовательно, приводит к повышению уровня смертности [Разаков О.Р., 2018].

Не так давно туберкулёз являлся показанием к немедленному прерыванию беременности, так как повседневный клинический опыт выявлял отрицательное влияние беременности и родов на течение туберкулёзного процесса. В последние годы значительно усовершенствовалась диагностика и расширились возможности терапии не только ограниченных, но и распространенных форм туберкулёза. Повышение уровня жизни населения, достижения в области профилактики и лечения туберкулёза создали условия для пересмотра ранее существовавших взглядов о необходимости прерывания беременности у женщин, больных туберкулёзом.

Ведущими причинами материнской смерти (МС) в глобальном плане являются прямые акушерские причины, такие как кровотечения и гипертонические расстройства. Однако за 28% материнской смертности во всем мире отвечают и другие неакушерские причины, в том числе инфекционные заболевания [Sugarman J, 2014]. Благодаря созданию и внедрению в практику Национальных стандартов по ведению акушерских кровотечений и гипертонивных нарушений в Республике Таджикистан, экстрагенитальные заболевания занимают лидирующее место среди причин материнской смертности [Отчёт Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, 2016 г.]

Беременность и туберкулёз — неблагоприятное сочетание для женщины, несмотря на противоречивость взглядов исследователей. Фактическое бремя активного туберкулёза среди беременных неизмеримо, но оценивается в 216 500 случаев в год [Snow K.J., 2020]. Последствия туберкулёза на беременность могут зависеть от многих факторов, в том числе от тяжести заболевания, от срока беременности на момент диагностики, наличия внелегочного распространения, коинфекции ВИЧ и лечения. Туберкулёз растёт вместе с ВИЧ/СПИДом - в 20-37 раз увеличивается риск по сравнению с ВИЧ-отрицательными индивидуумами [Esmail A, 2018, Ayelign B, 2020]. Следовало бы отметить, что чаще наблюдается отсроченная диагностика заболевания не только из-за стертого начала заболевания, но и нерешительности врачей назначать беременным такой диагностический подход, как рентгенограмма грудной клетки.

Беременные женщины являются одним из уязвимых слоев населения в борьбе с туберкулёзом, поскольку появляются риски рождения ослабленных детей, имеющих отрицательное влияние на генофонд нации. Согласно ретроспективному когортному исследованию в США, Dennis E.M. et al. (2018) выявили, что тяжёлая преэклампсия, эклампсия, предлежание плаценты, послеродовое кровоизлияние, сепсис и анемия чаще встречались среди матерей с диагнозом ТБ, чем у тех, у кого его нет, независимо от расовой-этнической принадлежности. Частота возникновения плацентарной недостаточности увеличивается у беременных с туберкулёзом органов дыхания, что проявляется задержкой развития плода, его гипоксией и преждевременным прерыванием беременности [Dennis E.M. et al., 2018].

Предполагается, что высокий процент осложнений беременности обусловлен нетяжёлыми, устранимыми, поддающимися коррекции нарушениями. Следовательно, своевременная диагностика и адекватная терапия способствуют благоприятному исходу беременности без ущерба для здоровья матери и ребёнка [Мордык А.В., 2015]. Считаем весьма актуальной проблему ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин данного контингента, так как беременность является желаемым и физиологическим состоянием, и нигде в мире даже не обсуждается необходимость

прерывать желанную беременность у больной туберкулезом женщины, напротив, разрабатываются и утверждаются клинические протоколы (рекомендации) по тактике ведения и лечения больной туберкулезом беременной женщины. Все вышеизложенное послужило основанием считать вопрос о степени влияния туберкулёза на течение процесса гестации не выясненным, и дальнейшее накопление материала в этом отношении актуальным.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Проведенный анализ мировой научной литературы показал очевидный прогресс изученности данной проблемы. Существуют весьма противоречивые взгляды, касающиеся течения беременности и родов у женщин с туберкулёзом, а также их перинатальных исходов. К настоящему времени в нашей республике нет работ, посвящённых этой проблеме. Несмотря на то, что проблема туберкулёза изучается активно, однако беременные женщины часто исключаются из исследований. В частности, отсутствуют национальные исследовательские работы, посвящённые сравнительной оценке течения беременности и перинатальных исходов у больных туберкулёзом в сравнении со здоровыми беременными; о влиянии активного туберкулёза на гестационный процесс, развитие плода и здоровье новорождённого. Необходимы подробные руководящие принципы для информирования об усилении борьбы с туберкулёзом для врачей, работающих с беременными женщинами и их младенцами. Именно эти вопросы и станут центром внимания в планируемой научно-исследовательской работе, с целью улучшения материнских и перинатальных исходов данного контингента женщин, что является актуальным.

Связь исследования с программами и научной тематикой

Настоящее исследование выполнено в рамках «Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы», утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан №368 от 02.08.2010г., темы НИР кафедры акушерства и гинекологии №1 Государственного образовательного учреждения Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино «Состояние репродуктивного здоровья женщин в Республике Таджикистан в условиях изменения климата» № государственной регистрации – 0118 ТЈ00942.

Также в рамках научного исследования разработан и реализован проект «Перинатальные исходы у женщин, страдающих туберкулёзом с учётом реализации стратегии ДОТС в Республике Таджикистан» при грантовой поддержке Президентского фонда фундаментальных исследований с 2019г, который успешно завершён в 2021г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования. Улучшение исхода гестационного процесса у женщин, страдающих туберкулёзом, посредством оптимизации подходов и разработки комплекса мероприятий по ведению беременности с данной патологией, с учетом выявленных в исследовании особенностей.

Задачи исследования:

1. Изучить медико-социальные аспекты беременных, страдающих туберкулёзом.
2. Изучить особенности течения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин с туберкулёзом.
3. Изучить состояние фетоплацентарного комплекса и перинатальные исходы у женщин с туберкулёзом.
4. Разработать рекомендации и алгоритм по ведению беременных с туберкулёзом.

Объект исследования. Объектом исследования явился проспективный анализ течения гестационного процесса и перинатальных исходов у 64 беременных женщин за период 2017-2022гг., где 43 беременные с туберкулёзом различных форм и локализаций, а также 21 здоровая женщина - группу сравнения, с отсутствием туберкулёза в анамнезе и/или на момент исследования. Женщины основной группы выявлены в учреждениях ПМСП, родильных домах, туберкулёзном диспансере и стационарах города Душанбе, а также послеродовые последы с целью изучения их морфологических особенностей при

туберкулёзе и при его отсутствии.

Предмет исследования. Предмет исследования включал: медико-социальные особенности и факторы риска развития туберкулёза; клинико-лабораторную характеристику женщин (изучение общеклинических лабораторных показателей, уровня насыщенности витамином Д крови, морфофункциональных особенностей развития хориона/плаценты); изучение особенностей течения беременности, родов, перинатальных исходов и послеродового периода у беременных со специфическим процессом.

Научная новизна исследования. Впервые, на основании когортного исследования, проведены исследовательские работы, посвящённые особенностям и сравнительной оценке течения беременности, родов и раннего послеродового периода, перинатальных исходов, а также проведено клинико-лабораторное и морфофункциональное обследование последа у больных туберкулёзом.

Изучены медико-социальные особенности и установлены факторы, способствующие развитию туберкулёза у беременных женщин. Доказано, что туберкулёз сказывается на исходе беременности: сокращение общей продолжительности родов, увеличение общего объёма кровопотери, увеличивается частота кесарева сечения, в том числе из-за возникших акушерских осложнений; повышается частота возникновения плацентарной недостаточности, последствием которой являются преждевременные роды, ЗВУР и др.

Доказано, что отсутствует неблагоприятное тератогенное влияние противотуберкулёзных химиопрепаратов первого ряда на исход гестационного процесса.

Гистологически установлено, что в плацентах родильниц, перенесших туберкулёз во время беременности, была выявлена высокая доля хронической плацентарной недостаточности (ХПН), диагностированная у всех беременных женщин исследуемых групп, как в основной группе, так и в группе сравнения, а ее выраженность и тяжесть была большей у беременных, больных туберкулёзом.

Впервые определён уровень витамина Д у беременных женщин с туберкулёзом. Обнаружено снижение уровня основной формы витамина Д у всех больных туберкулёзом беременных. Выраженный дефицит витамина Д у женщин с туберкулёзом обязывает включить в обследование определение его уровня в крови, помимо остальных методов исследования, а также провести своевременную коррекцию, для усиления иммунного ответа в терапии основного заболевания и улучшения его исходов.

Впервые, на основе результатов исследования, разработаны подробные руководящие принципы в виде рекомендаций и алгоритма ведения беременных со специфическим процессом, для информирования врачей, работающих с беременными женщинами.

Научно обосновано, что использование рекомендаций по прегравидарной подготовке и алгоритма ведения беременных и родильниц с туберкулёзом позволяет улучшить акушерские исходы на 12% и перинатальные исходы путем снижения частоты преждевременных родов на 33,5% и рождение маловесных детей до 9,1% случаев.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Теоретическая значимость заключается в том, что теоретические и методологические основы исследования, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе на практических занятиях и при чтении лекций медицинских ВУЗов.

Проведенное исследование может быть использовано для улучшения качества жизни, способного повышению среднего долголетия до 100 лет, намеченного Стратегией устойчивого развития - 2030 (СУР-2030).

К настоящему времени в нашей республике нет работ, посвящённых этой проблеме. В частности, отсутствуют исследовательские работы, посвящённые оценке течения беременности и перинатальных исходов у больных туберкулёзом; влиянию активного туберкулёза на гестационный процесс, развитие плода и здоровье новорождённого.

Разработаны подробные руководящие принципы для информирования врачей, работающих с беременными женщинами, включающие прегравидарное консультирование, антенатальный уход с целью усиления борьбы с туберкулёзом, а также улучшения качества

жизни и обеспечения благополучного материнства, что имеет не только практическое, но и социальное значение.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Изучение медико-социальных особенностей, способствующих развитию туберкулёза у беременных женщин в современных условиях независимости страны считаются внутренними проблемами. Поэтому выявление факторов риска туберкулёза, определение особенностей влияния заболевания на исход беременности - сокращение общей продолжительности родов; увеличение общего объёма кровопотери; увеличение частоты кесарева сечения, повышение частоты возникновения плацентарной недостаточности, приводящие к преждевременным родам, ЗВУР и др., может предотвратить неблагоприятные исходы.

2. Отсутствие неблагоприятного тератогенного влияния противотуберкулёзных химиопрепаратов на исход гестационного процесса, подтвержденное отсутствием врождённых пороков развития плода, является положительным результатом исследования.

3. Выявленные сопутствующие патологии, в том числе анемия, дефицит массы тела и выраженный дефицит витамина Д у женщин с туберкулёзом, обязывают проводить комплексное обследование, а также провести своевременную коррекцию в прегравидарном периоде или в раннем сроке беременности, для улучшения репродуктивных и перинатальных исходов у женщин с ТБ.

4. Продолжение когортного исследования, научно-исследовательские работы, посвящённые более глубокому изучению особенностей течения беременности, родов, раннего послеродового периода и перинатальных исходов у больных туберкулёзом считать постоянно актуальными.

Степень достоверности результатов. Достоверность полученных результатов исследования, обоснованность выводов и рекомендаций основана на достаточном объёме материала исследования и использовании современных методов статистической обработки материалов, отражённых в публикациях в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан и Российской Федерации. Заключение и рекомендации основаны на научном анализе результатов проведенного исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования). Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по шифру специальности 14.01.01. – Акушерство и гинекология. I. Отрасль науки: медицинские науки. II. Формула специальности – Акушерство и гинекология. III. Область исследований – 3.1. Акушерство. Частота, структура и особенности течения беременности и родов у женщин с туберкулёзом. Подпункт 3.1.2. Определение состояния внутриутробного плода. Обмен веществ, дыхание и питание внутриутробного плода. Развитие органов и систем плода. Диагностика отклонений развития плода. Влияние факторов внешней среды и лекарственных средств на плод. Коррекция нарушений состояния внутриутробного плода; 3.2. Клинико-лабораторная характеристика результатов исследования обследованного контингента – фетометрия, плацентография, показатели уровня сывороточного витамина Д у женщин с туберкулёзом.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследование. Автором изучены мировые и отечественные научные публикации по проблеме туберкулёза и беременности, составлены цели и задачи, составлены анкеты, проведен отбор собственного материала для исследования, выполнен сравнительный анализ материала и участие в его статистической обработке, интерпретации и обобщении полученных результатов, научно обоснованы выводы, а также участие на конференциях, съездах, публикации статей, диссертации и автореферата. Теоретические, методологические и практические результаты исследования докладывались на международных, республиканских, региональных,

вузовских научно-практических конференциях молодых ученых, проводившихся как в Таджикистане, так и за её пределами в 2017-2023 гг. Наиболее важные результаты исследования представлялись в виде докладов.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения результатов диссертационного исследования доложены и обсуждены на ежегодных научно-практических конференциях молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (2019, 2020, 2021, 2022, 2023), на VII Съезде Акушеров-гинекологов Республики Таджикистан (2022), на совместном межклиническом заседании кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с базовым родильным домом №1 (протокол №10 от 27.05.2023) и заседании Межкафедральной экспертной проблемной комиссии акушеров–гинекологов и педиатров при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (протокол №67 от 24.06.2023).

Результаты проведенных исследований внедрены в работу отделения патологии беременных Городского родильного дома №1 г. Душанбе, Национального Центра репродуктивного здоровья МЗиСЗН РТ, в учебную программу кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 26 печатных работ, в том числе 3 в рецензируемых журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан.

Также в рамках научного исследования разработан и реализован проект при грантовой поддержке Президентского фонда фундаментальных исследований «Перинатальные исходы у женщин, страдающих туберкулёзом с учётом реализации стратегии ДОТС в Республике Таджикистан» с 2019г, который успешно завершён в 2021г.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы материала и методов исследования, 2 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов исследования, выводов и рекомендаций, а также списка литературы. Диссертация изложена на 162 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 28 таблицами и 44 рисунком. Указатель литературы включает 62 работы на русском языке, 146 - на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. В период 2017-2022 годы было проведено наблюдательное проспективное когортное исследование в городе Душанбе. Объектом исследования явились 64: 43 беременных женщин, больных туберкулёзом разных форм (I), и 21 относительно здоровых беременных – группа сравнения (II), выявленные в центрах репродуктивного здоровья, туберкулезных диспансерах, а также родильных домах города. При изучении же клинико-лабораторных особенностей заболевания у беременных, основная группа разделена на подгруппы IA (ТБ, выявленный во время беременности) и IB (беременность, диагностированная на определённом этапе ПТТ). В том числе, с целью оценки эффективности алгоритма ведения беременных, женщины основной группы разделены на две подгруппы: Ia группа – 30 женщин, которым была проведена прегравидарная подготовка с использованием предложенных рекомендаций и алгоритма, и группа Ib – 21 беременная женщина, не прошедших прегравидарную подготовку, туберкулёз у которых диагностирован в разные trimestры беременности.

Пациенты группы контроля были набраны путем «копия-пара», отобранные случайным образом примерно того же возраста, взятые на учет в тех же Центрах репродуктивного здоровья 3, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, и родившие, в последующем, в городских родильных домах 1, 2, ГМЦ им. Карима Ахмеда и НИИ АГиП.

Критерии включения в основную группу исследования:

1. Диагностированный туберкулёз во время беременности.
2. Выявление туберкулёзного процесса в первые 6 недель после родов.
3. Беременность, протекающая на фоне противотуберкулёзной терапии.

Критерии исключения:

1. Беременные женщины, завершившие лечение туберкулёза до наступления беременности.
2. Женщины с туберкулёзом, выявленные после 6 недель послеродового периода.
3. Наличие у беременных тяжёлой острой сопутствующей соматической патологии.

Выявляемость и диагностика туберкулёза осуществлялись по мере обращаемости и наличия жалоб у женщин в учреждениях ПМСП (30,9%), родильных домах (23,0%), туберкулёзном диспансере (38,4%) и стационаре (7,7%).

Для постановки диагноза ТБ всем больным поведено клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование. Далее был начат краткосрочный курс противотуберкулёзной химиотерапии под непосредственным наблюдением (DOTS), в зависимости от чувствительности микобактерий к туберкулёзным химиопрепаратам первого и второго ряда, после получения информированного согласия на лечение.

Наряду с этим проведен анализ карт беременности, а также проспективное ведение беременных женщин, с целью сбора общей информации о пациенте, анамнеза жизни, репродуктивного анамнеза, анамнеза заболевания, а также наблюдения за течением беременности, родов и послеродового периода. Для оценки нутритивного статуса использован расчёт индекса массы тела и классификация ВОЗ, где недостаточная масса тела определена ниже 18,5 кг/м², норма - 18,5-24,9 кг/м², избыточная масса тела - 25,0-29,9 кг/м², ожирение - 30 кг/м² и более.

Далее женщинам проводились общепринятые лабораторные и дополнительные методы исследования, по результатам которых оценивалось состояние беременных в течение всей беременности. Проводилась также оценка акушерских и перинатальных исходов, а после родов - патоморфологическое исследование плацент родильниц обеих групп.

Ультразвуковое исследование на аппарате УЗИ ALOCA 3500 CCD с доплеровским блоком проводилось двухкратно – в 17-25 недель (ультразвуковой скрининг) и в 29-34 недели (ультразвуковое исследование с доплерометрией кровотока в системе «мать-плацента-плод») беременности.

Доплерометрическое изучение состояния маточно-плацентарного, фетоплацентарного и плодового кровотока проводилось в сроки с 29 по 30-34 акушерских недель беременности в аорте, маточной артерии и артерии пуповины плода.

Макро- и микроскопическое исследования последов проводились в отделении патоморфологии и иммуногистохимии опухолей человека Республиканского онкологического научного центра, старшим научным сотрудником Масаидовой Лолой Вячеславовной. Исследованию подверглись 26 последа, из которых 15 последов основной группы и 11 последов группы здоровых женщин.

Микроскопическому исследованию подвергались составные элементы последов, методом биопсии из центральных, парацентральных и периферических зон плаценты, пуповины и экстраплацентарных оболочек (методика А.П. Милованова).

Выраженность повреждений оценивались субъективно, и отмечались как слабо, умеренно и сильно выражено. Выраженность плацентарной недостаточности оценивалась согласно классификации, использованной в монографии Колобова ВА и соавт. (2011).

Помимо всех вышеназванных методов исследования, также одним из значимых моментов в нашем исследовании заняло определение статуса витамина Д у беременных женщин сравниваемых групп, путем количественного определения 25-гидрокси-холекальциферола (25(OH)D) в венозной сыворотке крови методом ИФА. 25(OH)D ИФА - тест для твердофазного иммуноферментного анализа, основанный на принципе конкурентного связывания.

Обеспеченность витамином Д оценивали согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов (2016 г.). Адекватный уровень 25(OH)-витамина Д в сыворотке – 30–150 нг/мл, недостаток витамина Д – 20-30 нг/мл, дефицит – 10-20 нг/мл, 10 нг/мл и ниже – выраженный (тяжелый) дефицит витамина.

Кроме того учитывали уровень жизни, характер питания, потребление препаратов

витамина Д, путём опроса и сбора анамнеза. Установлено, что раннее беременными как основной, так и группы сравнения, не употреблялись какие-либо препараты витамина Д.

Критерии эффективности, принятые ведения пациенток согласно предложенному алгоритму включали частоту: развития беременности до доношенного срока; преждевременных родов; рождение детей с массой тела менее 2 500, 0 грамм и неонатальными осложнениями.

Данные собраны и статистически проанализированы частично с использованием прикладного пакета Microsoft Excel 2000. Также они импортированы в IBM SPSS Statistics 26.0 версии. Вычислялись средние величины и их стандартное отклонение ($M \pm \sigma$) для количественных выборок и доли для качественных показателей.

Тест Пирсона хи-квадрат использовался для статистического анализа категориальных данных. Непарный Т-критерий оценивал разницу в числовых данных с нормальным распределением. Для непараметрических числовых данных использовали критерий Манна-Уитни и критерий Крускала-Уоллиса. Значение Р менее 0,05 считалось статистически значимым.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За указанный период времени под наблюдением находилось 64 беременных женщин. С целью выполнения задач исследования беременные разделены на две группы. Из них в состав I группы (основной) вошли 43 беременных с туберкулёзом различной формы и локализации, а в состав II группы (сравнения) – относительно здоровые беременные.

Туберкулёз был диагностирован в первом триместре беременности у 7 (16,2%) женщин, во втором – у 8 (18,6%), в третьем – у 2 (4,7%), у 22 (51,2%) женщин до беременности, которые забеременели на фоне противотуберкулёзной терапии (ПТТ), а в раннем послеродовом периоде выявлен у 4 (9,3%) родильниц (рисунок 1):

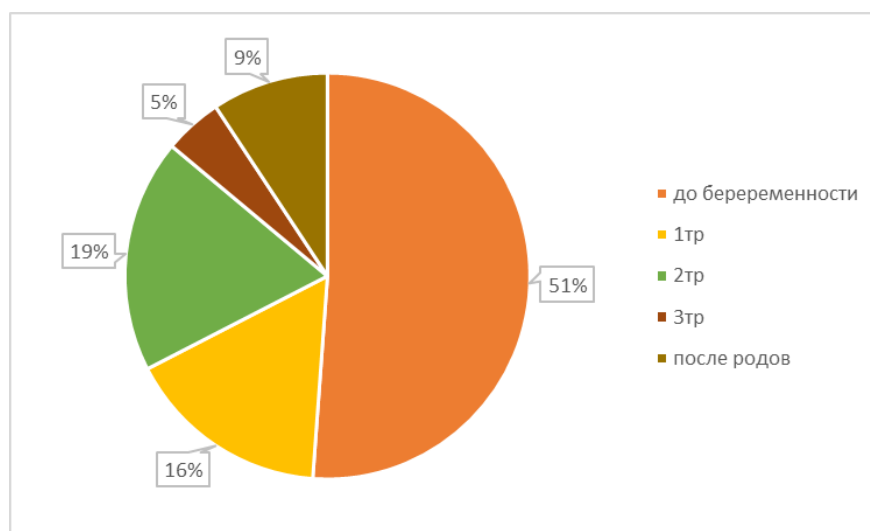


Рисунок 1. - *Время выявления туберкулёза (периоды гестации)*

В таблице 1. приведено распределение беременных по клиническим формам туберкулёза, которое показало, что ведущее место занимает туберкулёз легких (ЛТБ) (58,1%), а именно инфильтративная его форма (46,6%). Реже были выявлены другие формы: кавернозный (2,3%), диссеминированный – (4,6%), плеврит (18,6%), лимфатических узлов (14,0%) и мягких тканей (2,3%).

Первичный эпизод болезни был диагностирован у 37 (86,0%) беременных женщин, у 6 (14,0%) – заболевание развилось вторично. В преобладающем большинстве случаев - у 36 (83,7%) женщин была чувствительная к основным противотуберкулёзным препаратам (ПТП) форма, в 7 (16,7%) случаях выявлена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ-ТБ). 6 (14,0%) больных с внелегочным туберкулёзом (ВЛТБ) входили в

классификацию туберкулеза лимфатических узлов, а у 8 (18,6%) больных пораженным участком была плевра (таблица 1):

Таблица 1. - Структура клинических форм туберкулёза у исследуемой группы беременных (n, %)

Форма заболевания	Группа I (n=43)	
	Число	%
Туберкулёз легких:	25	58,1
- инфильтративный	20	46,6
- очаговый	2	4,6
- диссеминированный	2	4,6
- кавернозный	1	2,3
Внелёгочный туберкулёз:	15	34,9
- плеврит	8	18,6
- туберкулёз лимфатических узлов	6	14,0
- туберкулёз мягких тканей	1	2,3
Сочетанный:	3	7,0
- абдоминальный/легочный	2	4,6
- панувеит/легочный	1	2,3
Впервые выявленный	37	86,0
Повторный	6	14,0
Осложнённый	9	20,9

В результате анализа полученных данных было отмечено, что возраст беременных колебался от 20 до 44 лет. Средний возраст беременных основной группы был равен $27,4 \pm 5,7$ лет, а группы сравнения – $24,4 \pm 3,5$ лет ($p > 0,05$ ($U = 319,0$; $Z = 1,89$)). Туберкулёз легких (ЛТБ) чаще был выявлен у женщин с 25 до 34-х лет, а внелёгочный туберкулёз (ВЛТБ) в наиболее ранние годы активного репродуктивного возраста до 24-х лет.

Как показано в таблице 2., безработных среди женщин было 26 (60,5%), рабочих (садовник, дворник, уборщица, официант) – 7 (16,3%), служащих (медсестра, менеджер, артист, преподаватель, работник банка, учащаяся) – 7 (16,3%) (таблица 2):

Таблица 2. - Социальный статус беременных исследуемых групп (абс, %)

Показатели	Группа I	Группа II	p*
	43(100%)	21(100%)	
	n (%)	n (%)	
Место и условия проживания			
Город	40(93,0)	21(100,0)	
Село	3(7,0)	-	
Малообеспеченная	24(55,8)	3(14,3)	=0,004 ($\chi^2=8,35$)
Средний достаток	19(44,2)	18(85,7)	=0,004 ($\chi^2=8,35$)
Социальный статус			
Безработные (домохозяйки)	26(60,5)	13(61,9)	>0,05 (=0,03)
Мигранты	6(14,0)	-	
Рабочие (дворник, уборщица, официант, садовник)	7(16,3)	-	
Служащие (преподаватель, менеджер, медсестра)	7(16,3)	6(28,6)	>0,05 ($\chi^2=0,67$)
Учащиеся	3(7,0)	2(9,5)	>0,05 ($\chi^2=0,02$)

* Примечание: p - статистическая значимость различий показателей (по критерию χ^2 с поправкой Йетса)

Среди 43 (100%) больных беременных 6 (14,0%) являлись трудовыми мигрантами, что является довольно высоким показателем, т.к. значительную часть от общего населения республики представляют собой трудовые мигранты.

Согласно представленному графику, такие факторы как средний достаток, социальная занятость (служащие), высшее образование препятствуют развитию заболевания. Низкий достаток, низкое и среднее образование, а также безработица являлись существенными факторами, способствующими развитию ТБ ($p=0,004$) (рисунок 2):

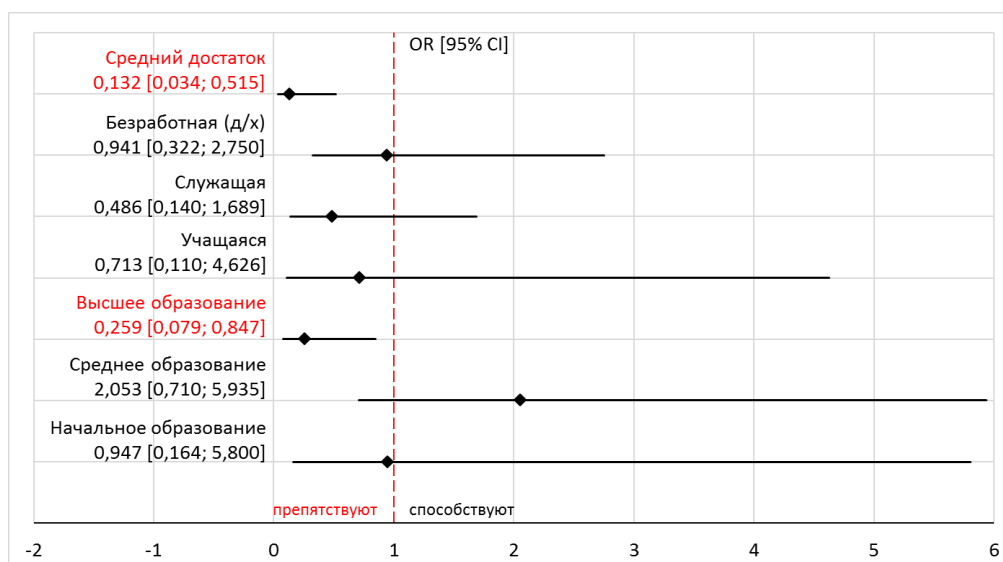


Рисунок 2. - Оценка отношения шансов с 95% ДИ для изучаемых факторов с риском развития туберкулёза

Средний индекс массы тела составил $21,2 \pm 4,2 \text{ кг/м}^2$ у беременных основной группы, что было статистически значимо ниже ($p=0,003$ ($U=249,0$; $Z=-2,89$)), чем в группе здоровых беременных - $23,3 \pm 3,0 \text{ кг/м}^2$, хоть и находился в пределах нормативных значений (таблица 3.).

Распределяя значения индекса массы тела женщин сравниваемых групп при взятии на учёт, получены следующие данные: дефицит массы тела ($<18,9 \text{ кг/м}^2$) у 12(27,9%) I группы, что статистически значимо отличалось от группы сравнения - 4,8% ($p=0,043$ ($\chi^2=3,35$)).

Нормальная масса ($19,0-24,9 \text{ кг/м}^2$) – у 24(55,8%) и 61,9%, избыточная масса тела ($25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$) также имеют статистически значимое различие между группами ($p=0,048$ ($\chi^2=3,05$)) - 5(11,6%) и 7(33,7%) соответственно. Лишь у двоих беременных основной группы установлено ожирение 1ст (4,7%) (рисунок 3):

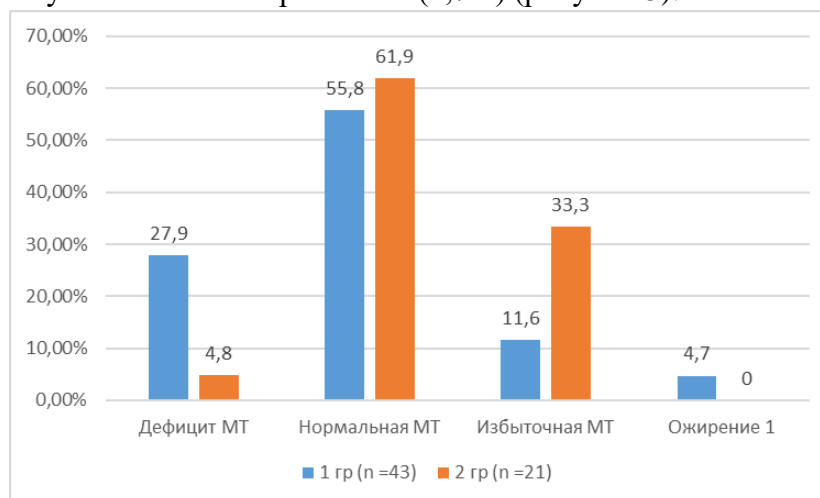


Рисунок 3. - Показатели индекса массы тела у беременных исследуемых групп

Следует отметить, что при изучении средней массы тела беременных на этапе антенатального наблюдения проведено сравнение общей прибавки массы тела за беременность (таблица 3):

Таблица 3. - Росто-весовые показатели беременных исследуемых групп (M±m)

Показатели	I группа N (%) 43(100%)	II группа N (%) 21 (100%)	p*
	M±m	M±m	
Средний рост, см	160,2±0,96	160,5±0,91	>0,05 (U =422,5; Z =0,41)
Средний вес в начале беременности, кг	53,9±9,7	58,4±8,5	=0,015 (U =282,5; Z =-2,41)
Средний вес в конце беременности, кг	65,3±9,0	72,8±8,4	<0,001 (U =173,0; Z =-3,98)
Средняя прибавка за беременность, кг	11,0±0,7	14,3±1,0	=0,012 (U =277,5; Z =-2,49)
Индекс массы тела, кг	21,2±4,2	23,3±3,0	=0,003 (U =249,0; Z =-2,89)

*Примечание: p - статистическая значимость различий предикторов между группами (p<0,05) (по критерию Манна-Уитни)

Выявлены статистически значимые различия массы в начале (p=0,015), составляющей 53,9±9,7 кг и 58,4±8,5 кг соответственно, и конце беременности - 65,3±9,0 кг и 72,8±8,4 кг (p<0,001) соответственно. Общая прибавка массы тела за беременность в группе женщин с туберкулёзом и в группе сравнения составила 11,0±0,7 кг и 14,3±1,0 кг соответственно (p=0,012).

Среди 43 пациентов традиционно преобладали женщины активного репродуктивного возраста – 38 сл. (88,3%), позднего репродуктивного возраста составило 5 (11,6 %) беременных, в том числе 1 была в возрасте 44 лет. В группе же здоровых женщин все беременные (100%) находились в периоде активного репродуктивного возраста - от 19 до 33 лет. Паритет женщин сравниваемых групп имел статистически не значимое различие (p>0,05), хотя многоплодных в основной группе было значительно больше (14,0%), чем в группе женщин, не болеющих туберкулёзом (II группа – 4,8%). 16 (37,2%) женщин среди наблюдаемых беременных, больных туберкулёзом, были первобеременные, а остальные 27 (62,8%) женщин – повторобеременные.

Из перенесенных соматических заболеваний у больных туберкулёзом беременных отмечались наиболее часто ОРИ (97,7%), ЙДЗ (32,6%), хронический тонзиллит (16,3%), пиелонефрит (41,9%), МКБ (11,6%). Заслуживают внимания перенесенные пневмонии в 4,7% случаев и перенесенный туберкулёз в анамнезе, который наблюдался у 8 (18,6%) женщин основной группы (таблица 3.4). Установленные перенесенные заболевания при сравнительном анализе хотя были больше в основной группе, не выявили статистическую значимость (p>0,05).

Обнаружено статистически значимое (p=0,008; X²=7,11) преобладание беременных, перенесших анемию различной тяжести в анамнезе у 29 (67,4%) в группе беременных, страдающих туберкулёзом, и 6 (28,6%) группы сравнения, что является предрасполагающим к возникновению заболевания фактором.

ВИЧ-ассоциированный туберкулёз, как сопутствующее заболевание, был у 2 (4,6%) беременных из общего количества выявленных больных. Было отмечено, что это довольно высокий показатель, в сравнении с данными обзора Национального стратегического плана по защите населения от туберкулёза на 2015-2020гг (1,6%). Объяснением может служить увеличение масштаба клинического скрининга людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), на ТБ за последние годы (рисунки 4):

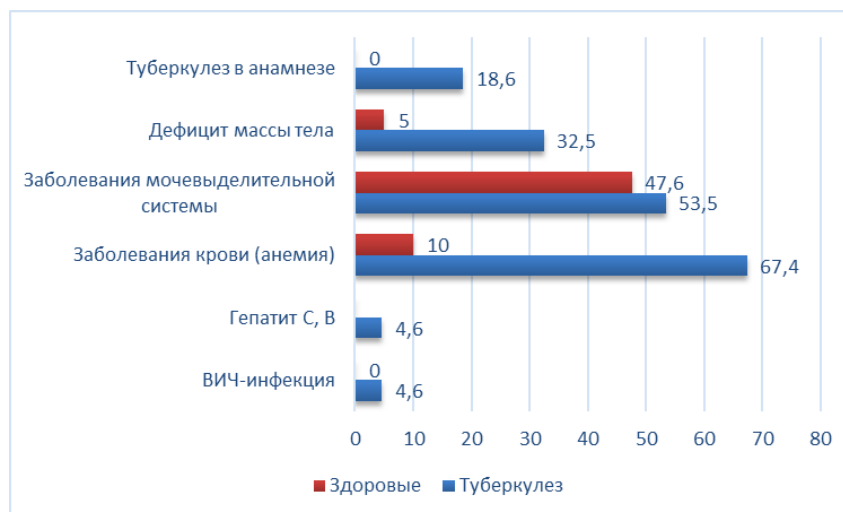


Рисунок 4. - Соматический анамнез исследуемых групп женщин (%)

Сравнительный анализ сопутствующих заболеваний в исследуемых группах выявил более отягощенный соматический анамнез в группе беременных с туберкулёзом, среди которых такие патологии, как анемия и дефицит массы тела статистически значимо чаще сопутствовали женщинам, страдающим туберкулёзом, чем группе женщин без туберкулёза. Анемия разной степени тяжести диагностированы в первой группе у 35 (81,4%) женщин из 43, а во второй группе – у 3 (14,3%) беременных ($p < 0,001$; $\chi^2 = 23,64$). Дефицит массы тела наблюдался в 18 (41,9%) и 1 (4,8%) случаях соответственно группам ($p = 0,006$; $\chi^2 = 7,61$).

Длительность ТБ до диагностирования составила $54,1 \pm 84,9$ дней у женщин подгруппы IA, выявленных во время беременности, и $72,6 \pm 153,3$ дней в подгруппе IB женщин, заразившихся до наступившей беременности ($p < 0,001$ ($\chi^2 = 9,54$)). При сравнении значений чувствительности к ПТП у беременных с туберкулёзом, было установлено статистически значимо большее количество чувствительных форм заболевания в IA подгруппе ($p = 0,046$ ($\chi^2 = 2,99$)) – 20 (95,2%) и 16 (72,7%) соответственно подгруппам.

Клинические проявления туберкулеза у беременных в сравниваемых группах особо не отличались (таблица 4):

Таблица 4. - Клиническое течение туберкулёза в подгруппах (n, %)

Симптомы	Группа основная				p*
	Подгруппа IA (n =21)		Подгруппа IB (n =22)		
	n	%	n	%	
Кашель	9	42,9	16	72,7	$=0,047$ ($\chi^2 = 3,94$)
Повышение температуры тела	13	61,9	13	59,1	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,02$)
Одышка	13	61,9	13	59,1	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,02$)
Боль локальная	16	76,2	17	77,3	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,08$)
Кровохарканье	2	9,5	-	-	
Потеря массы тела	9	42,9	16	72,7	$=0,047$ ($\chi^2 = 3,94$)
Симптомы интоксикации	19	90,4	19	86,7	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,00$)
Потоотделение	10	47,6	14	63,6	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,56$)

*Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между подгруппами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса)

Наиболее частыми симптомами были симптомы общей интоксикации, как недомогание и слабость - 90,4% и 86,7% в подгруппах соответственно ($p > 0,05$ ($\chi^2 = 0,00$)).

У женщин, заболевших до беременности, статистически значимо проявлялся кашель ($p=0,047$ ($\chi^2=3,94$)), по сравнению с беременными больными (42,9% и 72,7% соответственно подгруппам). Одышка отягощала заболевание у каждой второй женщины как в первой, так и второй подгруппе (61,9% и 59,1% соответственно), локальная боль (76,2% и 77,3% соответственно), субфебрильная температура (61,9% и 59,1%), не имеющие статистически значимого различия при статистическом сравнительном анализе ($p>0,05$ ($\chi^2=0,02-0,08$)). Кровохарканье – как симптом деструкции лёгочной ткани наблюдалось в 9,5% случаев, только в первой подгруппе.

Достоверно значимое различие в потере общей массы тела обнаружено при сравнении средних значений в подгруппах, где при заболевании, диагностированном во время беременности, обнаружена меньшая его потеря, чем до беременности (42,9% и 72,7% соответственно подгруппам) ($p=0,047$ ($\chi^2=3,94$)). Следовательно, заболевание, выявленное во время беременности, протекает тяжелее, чем выявленное вне беременности.

Из результатов общего анализа крови видно (таблица 5.), что средние показатели гемоглобина у беременных обеих подгрупп статистически значимо ниже в сравнении со здоровыми беременными ($p<0,001$), где значение гемоглобина по сравнению с показателями IA и при сравнении показателей между группами, статистически значимо не был ниже у женщин с туберкулёзом ($p<0,001$ ($df=2; N=20,4$)), а именно, диагностированном во время беременности ($p^1<0,001$) (таблица 5):

Таблица 5. - Медиана показателей общего анализа крови в исследуемых группах

Основные показатели	Группа основная (M±m)		Группа контроля (M±m)	p*
	IA	IB		
Эритроциты (млн.)	3,4±0,4	3,5±0,3 $p_1>0,05$	3,9±0,3 $p_1=0,001$ $p_2=0,002$	<0,001 (df=2; N=15,8)
Гемоглобин (г/л)	100,3±19,7	106,6±10,8 $p_1>0,05$	117,1±5,8 $p_1<0,001$ $p_2<0,001$	<0,001 (df=2; N=20,4)
Тромбоциты (тыс.)	228,0±31,6	238,8±34,4	249,2±19,6	>0,05 (df=2; N=5,9)
СОЭ (мм/ч)	23,7±7,0	18,0±6,8 $p_1=0,019$	18,4±5,6 $p_1=0,027$ $p_2>0,05$	=0,009 (df=2; N=9,5)
Лейкоциты (тыс.)	7,9±1,3	7,9±1,3	8,4±1,3	>0,05 (df=2; N=2,8)
Лимфоциты (%)	21,8±6,0	21,7±4,3	22,3±4,9	>0,05 (df=2; N=0,6)

*Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами (по критерию Крускала-Уоллеса); post-hoc: p_1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с показателями группы IA; p_2 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с показателями группы IB (post-hoc по Манну-Уитни)

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) статистически значимо ниже в группе здоровых беременных и в подгруппе женщин IB ($p_1=0,027$), и варьировала от 15 до 55 мм/ч, в среднем составляя 23,7±7,0(1,5) мм/ч в IA подгруппе, во IB подгруппе колебалась от 5 до 41 мм/ч, при среднем значении 18,0±6,8(1,4) мм/ч. В группе контроля среднее значение СОЭ составило 18,4±5,6(1,2) мм/ч. Показатели СОЭ между всеми группами также выявили статистически значимое различие ($p=0,009$ (df=2; N=9,5)).

Далее был проведен анализ биохимических параметров крови у беременных, где

изменения обнаружены в показателях общего белка крови у беременных основной 1А подгруппы. Среднее его значение составило $56,9 \pm 8,3$ г/л, что является ниже пороговых значений (65-85 г/л). В подгруппе 1Б уровень общего белка крови также оказался относительно низким, но был более приближен к нижним границам нормы ($62,1 \pm 12,3$ г/л). Сравнение показателей в подгруппах не выявило достоверного различия ($p_1 > 0,05$). Статистически значимое различие показателей общего белка крови выявлено при сравнении показателей здоровой группы ($65,7 \pm 4,0$ г/л) с подгруппой 1А ($p_1 = 0,003$), а также показателей между всеми группами ($p = 0,004$ ($df = 2$; $N = 10,8$)).

По полученным результатам было обнаружено, что у беременных женщин с туберкулёзом был обнаружен существенно низкий уровень витамина D ($7,8 \pm 8,7$ нг/мл), составляя от 3,0 до 30,7 нг/мл. У беременных контрольной группы концентрация кальцидиола варьировала от 3,0 до 53,7 нг/мл (рисунок 5):

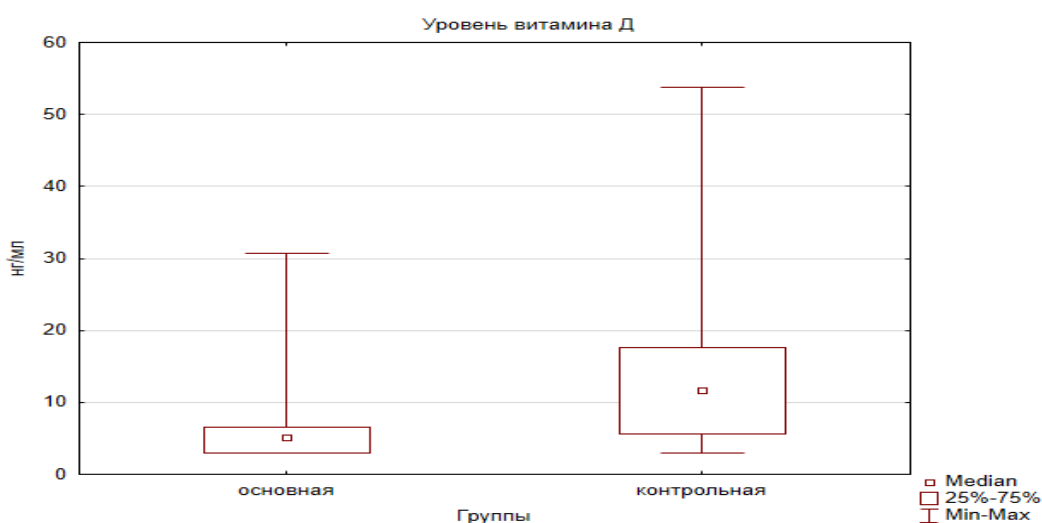


Рисунок 5. - Уровень витамина Д у женщин исследуемых групп

Следует отметить, что в среднем он был низким у здоровых беременных в том числе — $17,24 \pm 18,6$ нг/мл, немного превышая показатели основной группы, что принято, как дефицит содержания витамина Д, согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов (2016 г.).

Низкое содержание витамина Д плазмы крови в исследуемых группах беременных объясняется тем, что забор крови у большинства женщин (57,2%) проводился в осенне-зимний период времени. Средние значения уровня витамина Д у беременных, обследованных в весенне-летний период, составили $10,53 \pm 13,5$ нг/мл и $28,6 \pm 21,7$ нг/мл в группах соответственно.

Следовательно, выявленный выраженный дефицит витамина Д ($7,8 \pm 8,7$ нг/мл) у женщин с туберкулёзом обязывает включить в обследование определение его статуса в крови, помимо остальных методов исследования, а также провести своевременную коррекцию для усовершенствования терапии основного заболевания и улучшения его исходов.

Анализ течения беременности, родов и раннего послеродового периода показал, что из наиболее частых и ожидаемых осложнений в первом триместре беременности следует указать на угрозу прерывания у 37,2% - в первом триместре беременности; 67,4% - во втором и 30,2% - в третьем. На рвоту беременных различной степени тяжести указали 26 (60,5%) женщин. Железодефицитные анемии легкой и средней тяжести осложняли течение беременности как в I (58,2%), так и во II (60,5%) и III (65,2%) триместрах, что выявило статистически значимое различие при сравнении в группах ($p < 0,001$; $\chi^2 = 11,26$). Пиелонефрит беременных превалировал в III триместре – 37,2%, во II-м наблюдался у 18,6% женщин. Следует отметить, что хронический пиелонефрит обострялся во II триместре у 4,7% беременных.

Роды в обеих группах, преимущественно, были в срок (83,7% и 95,2%). Средний срок родоразрешения составил $38,2 \pm 2,6$ и $39,5 \pm 1,2$ недель гестаций, соответственно группам ($p > 0,05$ ($U=326,5$; $Z = -1,81$)) (рисунок 6):

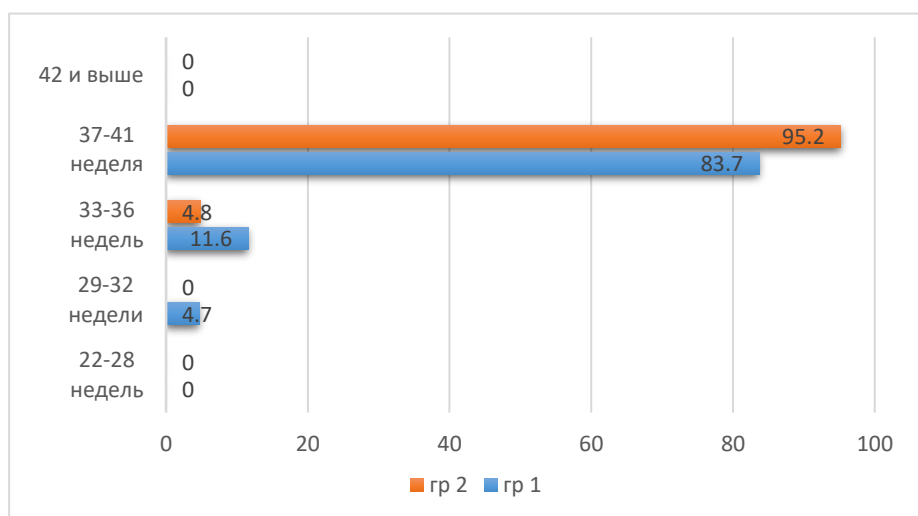


Рисунок 6. - Гестационный срок родоразрешения в исследуемых группах (недели)

В 72,1% случаев родоразрешение в основной группе проводилось через естественные родовые пути. Показанием к абдоминальному родоразрешению традиционно являлась, в основном, акушерская патология.

Из фтизиатрических показаний к абдоминальному родоразрешению были: прогрессирование туберкулёза и ухудшение состояния беременной (24,9%), а также в одном случае беременной проведено досрочное оперативное родоразрешение из-за нарастающей дыхательной недостаточности (8,3%).

Следовало бы заметить, что средний показатель общей продолжительности родов при родоразрешении через естественные родовые пути был меньше в группе женщин с туберкулёзом – $502,6 \pm 44,9$ мин, и $600,2 \pm 49,2$ мин в здоровой группе соответственно, за счет укорочения первого периода и, незначительно, периода изгнания, однако статистическую значимость разницы в сравниваемых группах не выявили.

Наиболее частой патологией, осложняющей течение беременности и родов, в основной группе дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО), осложнившая 9 (21,0%) беременностей. Длительность безводного периода статистически не значима ($p > 0,05$ ($U=251,5$; $Z=0,95$), однако отличалась при сравнении в группах, превышая у беременных женщин с туберкулёзом, и в среднем составила $483,3 \pm 142,3$ и $203,3 \pm 62,2$ минуты соответственно сравниваемым группам.

Также роды в основной группе осложнились такими акушерскими патологиями, как преждевременные роды (18,6%). Медиана срока беременности при преждевременных родах составила 34 недели. В меньшей степени наблюдались такие осложнения, как ПОНРП (4,7%), травмы родовых путей (25,5%), преэклампсии (7,0%), аномалии родовой деятельности (АРД) (16,0%) и хориоамнионита.

Выявлено статистически значимое увеличение общей кровопотери при естественных родах, которая значительно превысила в группе беременных с туберкулёзом, и в среднем составила $244,0 \pm 16,0$ мл и $186,5 \pm 10,2$ мл, соответственно в основной и контрольной группах ($p=0,004$ ($U = 166,0$; $Z = 2,86$)).

Осложнения послеродового периода отмечены у рожениц обеих групп – в 20,9% (9сл.) в основной и в 4,8% случаев в группе здоровых рожениц. Лидирующее место среди осложнений раннего послеродового периода занимали кровотечения, а именно гипо- и атонические кровотечения (11,6% лишь в основной группе), субинволюция матки (11,6% и 4,8% соответственно группам), гематометра (7,0% в основной и 4,8% в группе сравнения).

Среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, составляло $6,2 \pm 0,8$ дней

у родильниц из группы ТБ, и $3,3 \pm 0,3$ дня в группе здоровых родильниц ($p=0,009$ ($U=278,0$; $Z=2,69$)).

С целью оценки и анализа состояния фетоплацентарного комплекса проведены скрининг динамики роста высоты стояния матки (ВДМ) относительно срока гестации (гравидограмма), а также проведенны ультразвуковая фетометрия (18-23недели) и доплерометрия (29-34недель) сосудов мать-плацента-плод, а в послеродовом периоде – патоморфологическое исследование плаценты.

Средние значения роста высоты стояния дна матки (ВДМ) в исследуемых группах в разные сроки гестации имели статистически значимое различие по сравнению с беременными здоровой группы (таблица 6):

Таблица 6. - Медианна высоты стояния дна матки в разный гестационный период в исследуемых группах (см., $M \pm SE$)

Срок гестации (нед.)	Основная группа (n =43)	Контрольная группа (n =21)	p*
20	$18,5 \pm 0,2$	$19,6 \pm 0,1$	$<0,001(U=179,0;Z=-3,95)$
24	$22,4 \pm 0,2$	$23,2 \pm 0,2$	$=0,005(U=250,5;Z=-2,89)$
28	$26,5 \pm 0,2$	$27,6 \pm 0,1$	$<0,001(U=162,0;Z=-4,25)$
35	$32,5 \pm 0,3$	$34,0 \pm 0,3$	$<0,001(U=189,5;Z=-3,66)$
37	$33,6 \pm 0,3$	$35,7 \pm 0,3$	$<0,001(U=135,0;Z=-3,70)$
39-40	$34,2 \pm 0,6$	$34,7 \pm 0,5$	$>0,05(U=203,5;Z=-0,64)$
Роды	$33,4 \pm 0,4$	$35,1 \pm 0,5$	$=0,019(U=273,0;Z=-2,36)$

*Примечание: p - статистическая значимость различий показателей между между основной и контрольной группами (по критерию Манна-Уитни).

При изучении данных скрининговой фетометрии значения бипариетального размера головки ($43,9 \pm 1,4$ и $46,3 \pm 1,1$ мм, соответственно группам), а также другие показатели имели сравнительно меньшие размеры, при сравнении с группой здоровых беременных. Статистически значимо отличался диаметр бедра плодов основной группы, что составило $29,0 \pm 1,2$ мм, а в группе здоровых – $33,4 \pm 1,3$ мм ($p=0,027$ ($U=200,5$; $Z=-2,19$)).

Скорость кровотока в маточных артериях имеет статистически значимые различия в правой ($1,65 \pm 0,05$ и $1,86 \pm 0,03$, в группах ($p=0,002$ ($U=173,5$; $Z=-3,00$)) и левой ($1,64 \pm 0,06$ и $1,85 \pm 0,03$, соответственно группам ($p=0,003$ ($U=195,0$; $Z=-2,62$)) маточных артериях, где в основной группе он был ниже. Данные плацентарного коэффициента были выше в группе беременных, страдающих туберкулёзом ($0,31 \pm 0,19$), чем в группе здоровых беременных ($0,24 \pm 0,03$) ($p > 0,05$ ($U=223,0$; $Z=1,59$)).

При анализе перинатальных исходов было обнаружено, что средняя масса тела новорожденных при рождении - $2935,5 \pm 84,9$ г и $3221,4 \pm 83,1$ г, соответственно группам исследования ($p > 0,05$ ($U=328,5$; $Z=-1,87$)). Статистически значимая разница выявлена в показателях окружности головы ($p=0,025$ ($U=303,0$; $Z=-2,28$)) и груди ($p=0,005$ ($U=266,0$; $Z=-2,81$)).

Новорожденные с низкой массой тела (до 2500г) родились лишь в основной группе исследования (ТБ), составляющие 20,4% от всех рождённых. С массой до 3000г родилось 27,3% новорождённых в группе туберкулёза и 23,8% новорождённых в группе сравнения (рисунок 7.). В группе здоровых беременных в основном родились новорожденные с

диапазоном массы тела от 3001 до 3500г – 52,4%, что выявило статистически значимое различие в сравнении с основной группой – 38,6% случаев (рисунок 7):

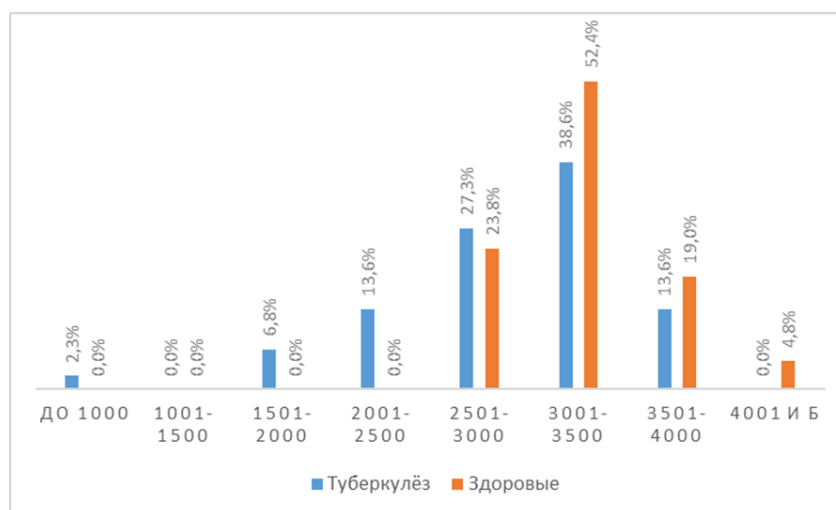


Рисунок 7. – Масса новорождённых исследуемых групп (%)

В удовлетворительном состоянии родилось 16 (38,6%) новорождённых из группы ТБ, что было статистически значимо ниже, чем в группе здоровых беременных – 13 (61,9%) ($p=0,05$ ($\chi^2=2,79$)). 8 (18,2%) новорожденных основной группы родилось в состоянии средней степени тяжести и 5 (11,4%) в тяжелом состоянии. У 6 (13,6%) новорожденных отмечена задержка внутриутробного развития (ЗВУР) по гипотрофическому типу. Нормотрофия – у 38 (86,4%).

Перинатальная энцефалопатия I и II ст. различного генеза диагностирована у 9,1% новорождённых. Следует отметить, что у 15,0% новорожденного в группе здоровых выявлена перинатальная энцефалопатия легкой степени (I ст.) ($n=3$). В состоянии асфиксии в основной группе родилось достоверно больше новорожденных - 7 (15,9%), а в группе сравнения - 1, которым была оказана первичная реанимационная помощь. Эмбриофетопатий обнаружено не было ни в группе женщин с туберкулезом, ни в группе здоровых беременных (таблица 7):

Таблица 7. - Осложнения раннего неонатального периода в группах (n, %)

Диагноз	Группа I (n=44)		Группа II (n=21)	
	Абс.	%	Абс.	%
Недоношенность	8	18,2	-	-
Морфофункциональная незрелость	6*	13,6	1	5,0
ЗВУР	6	13,6	0	0
Перинатальная энцефалопатия	4	9,1	3	15,0
Асфиксия	7*	15,9	1	5,0
Неонатальная смертность (ранняя)	2	4,5	-	-

*Примечание: статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию Манна-Уитни) - $p \leq 0,05$.

У двух недоношенных новорождённых констатирована ранняя неонатальная смертность (3и и 5е сутки послеродового периода), в связи с чрезмерной слабостью адаптационных процессов и очень низкой массой тела (1100 и 1500,0г.).

При изучении перинатальных исходов в зависимости от формы ТБ выявлена значимо высокая доля неонатальных осложнений у новорожденных от матерей, страдающих лёгочной формой туберкулёза (рисунок 8):

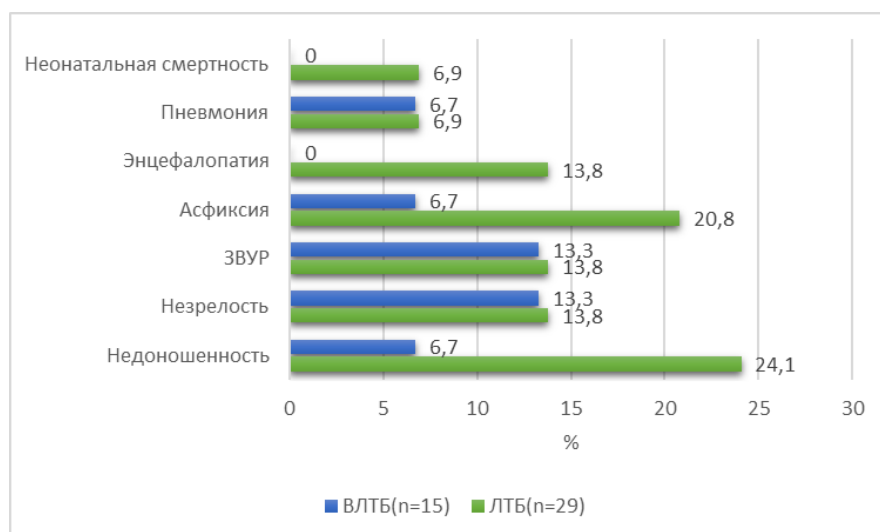


Рисунок 8. – Перинатальные исходы в зависимости от формы туберкулёза

Частота рождения недоношенных статистически значимо высока у беременных с ЛТБ (24,1%), чем у беременных с ВЛТБ (6,7%) ($p < 0,05$). Также из неонатальных осложнений у новорожденных от женщин с лёгочной формой чаще отмечаются асфиксия (20,8% ($p = 0,05$)), энцефалопатия (13,8%) и неонатальная смертность (6,9%).

В таблице 8 представлены результаты морфологических исследований, где приведены данные о распределении частоты обнаружения инволютивно-дистрофических изменений в плацентах родильниц обеих групп. Как следует из таблицы, их частота была выше в основной в группе, чем в контрольной, по всем параметрам, однако без достижения уровня значимости различий (таблица 8):

Таблица 8. - Частота инволютивно-дистрофических и воспалительных процессов плацент родильниц исследуемых групп

Показатель	Основная (n=15)		Контрольная (n=11)		p*
	n	%	n	%	
Ворсинчатый хорион					
- геморрагическая имбибиция ворсинок	4	27	1	9	$>0,05$ ($\chi^2=0,38$)
- отёк стромы	3	20	-	-	-
- воспаление	3	20	1	9	$>0,05$ ($\chi^2=0,04$)
Межворсинчатое пространство	11	73	7	64	$>0,05$ ($\chi^2=0,01$)
- фиброз	3	20	1	9	$>0,05$ ($\chi^2=0,04$)
- воспаление	4	27	-	-	-
- кальциноз					

*Примечание: p – статистическая значимость различий между группами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса)

Что касается инволютивно-дистрофических изменений, то лишь по одному из них (наличие очагов обызвествления в строме ворсин) частота их обнаружения оказалась выше в основной группе по сравнению с контрольной – в 53% и 9% случаев соответственно ($p = 0,004$; $\chi^2 = 8,35$).

Отёк стромы ворсин и отложение солей кальция в межворсиночном пространстве отмечались лишь в плацентах родильниц основной группы (рисунок 9):

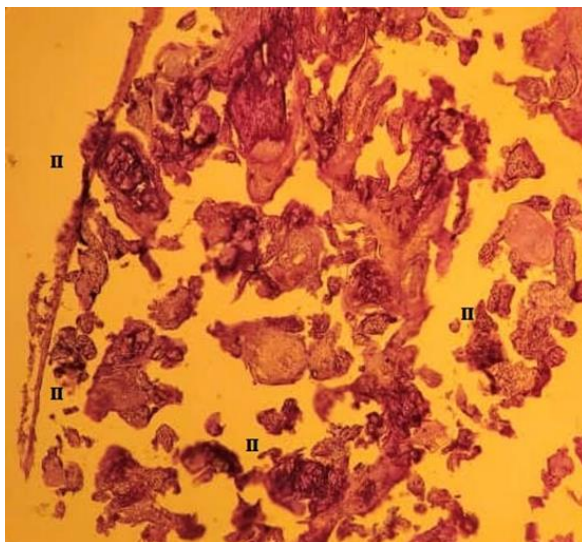


Рисунок 9. - Отложение солей кальция в плаценте родильниц с ТБ. П – петрификаты. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография, объектив ×10

Морфологическое исследование плацент пациенток выявило статистически значимо высокую частоту хронической ПН, составляя 100% в основной группе и 91% – в группе сравнения ($p>0,05$; $\chi^2=0,03$). В группе ТБ преобладали более выраженные морфологические проявления хронической ПН, хотя и статистически не значимые (33% против 9% в контрольной ($p>0,05$; $\chi^2=0,96$), приведшие к преждевременным родам (27% и 9% соответственно группам сравнения ($p>0,05$), ЗВУР плода (13% только в основной группе), дородовому разрыву плодных оболочек (20% только в основной группе) и другим акушерским и перинатальным осложнениям. В группе плацент здоровых родильниц, хотя и статистически незначимо, но преобладала лёгкая форма хронической ПН (55% против 27%) ($p>0,05$; $\chi^2=0,46$). На рисунке 10 представлена картина, характерная для ПН субкомпенсированной формы (рисунок 10):

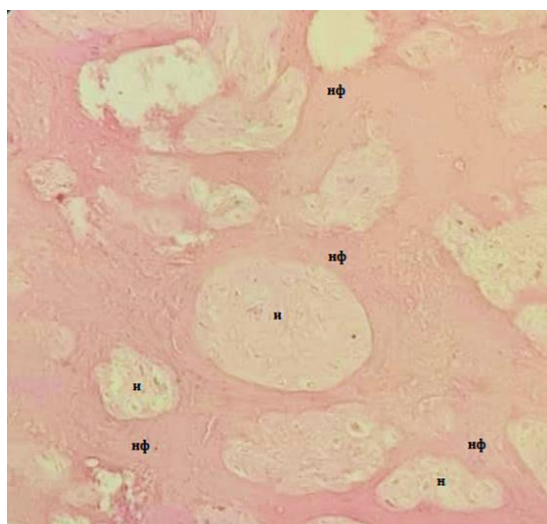


Рисунок 10. - Послед родильницы с инфильтративным ТБ лёгких. Преобладание промежуточных незрелых ворсин, очагов инфарктов, фиброзов. И – инфаркты, НФ – нити фибрина. Окрашивание гематоксилин-эозином. Микрофотография, объектив ×40

Как видно из рисунка 10, в препарате преобладают промежуточные дифференцированные незрелые ворсины, очаговые кровоизлияния в межворсинчатое

пространство, очаги некрозов (инфарктов), замурованные ворсинки хориона в фибрине и полнокровие сосудов.

Ангиоматоз ворсинчатого хориона составлял 47% в основной группе. В группе же сравнения ангиоматоз был выявлен в 45% наблюдений ($p > 0,05$; $\chi^2 = 0,11$). Однако выраженный ангиоматоз статистически значимо чаще отмечался в плацентах основной группы женщин, что составило 86%, по сравнению с контрольной группой (20%) ($p = 0,045$; $\chi^2 = 5,18$) (рисунок 11):

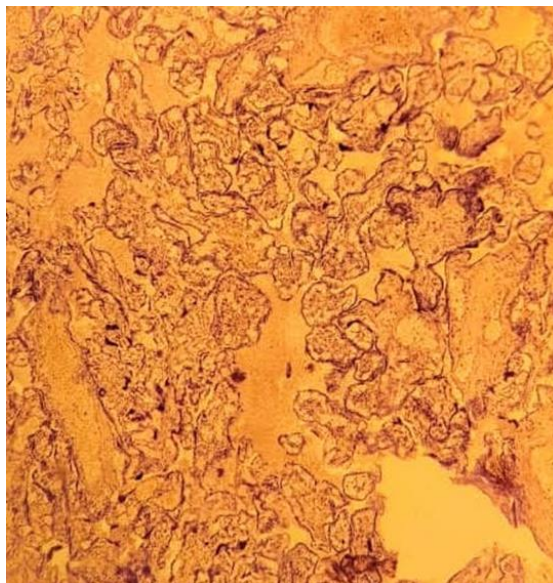
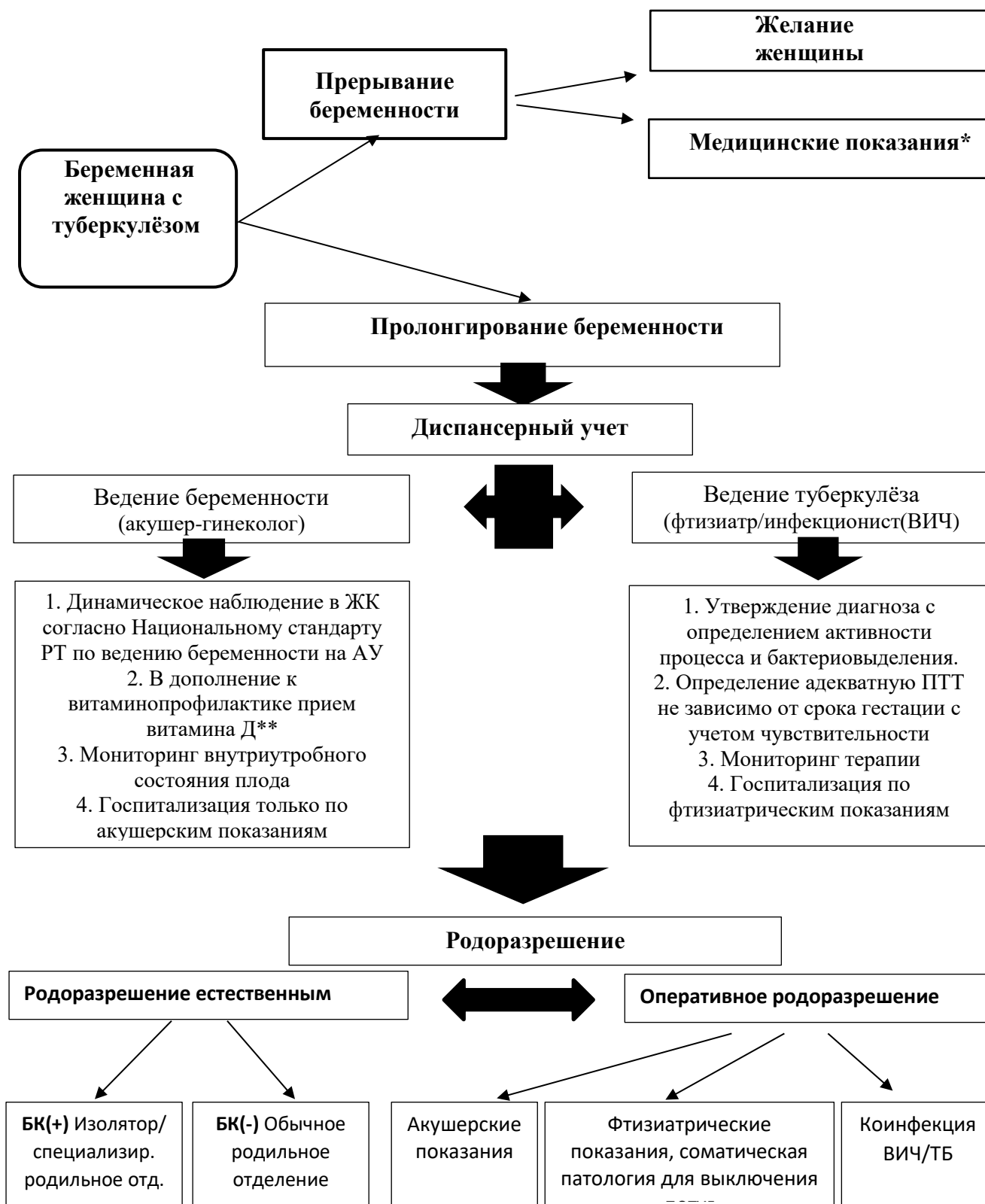


Рисунок 11. - Плацента родильницы с инфильтративным ТБ лёгких. Представлен ангиоматоз (обилие сосудов в ворсинах хориона), крупные синцитиальные узлы. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография, объектив $\times 10$

Изменения в морфологической структуре плацент имели неспецифический характер. Макро- и микроскопические изменения плацент родильниц, страдающих ТБ, такие как снижение средней толщины и объёма, инволютивно-дистрофические изменения, гемоциркуляторные нарушения – способствовали развитию более выраженных форм ПН. Хроническая ПН была диагностирована у всех родильниц основной группы исследования и у большинства женщин контрольной группы, однако её декомпенсированная форма наблюдалась статистически значимо чаще у родильниц с ТБ. Гиперваскуляризация ворсин, образование функционально активных синцитиальных узелков и синцитиокапиллярных мембран, ангиоматоз являлись защитной реакцией, однако они не были способны в полной мере поддержать трофику и компенсировать проявления ПН, что, в конечном итоге, приводило к ухудшению перинатальных исходов (ЗВУР, уменьшение размеров тела новорождённых).

Сравнительным анализом течения гестационного процесса и перинатальных исходов установлено, что использование рекомендаций по прегравидарной подготовке и алгоритма ведения беременности женщин и родильниц с туберкулёзом позволяет улучшить акушерские исходы на 12% и перинатальные исходы путем снижения частоты преждевременных родов на 33,5%, рождение маловесных детей до 9,1% случаев (рисунок 12 и 13):



* - ТБ не является противопоказанием к беременности. Решение о прерывании беременности решается врачебным консилиумом.

** - прием препаратов 25гидроксивитамина Д осуществлять после определения его уровня в сыворотке крови

Рисунок 12. - Алгоритм ведения беременности у больных туберкулёзом женщин

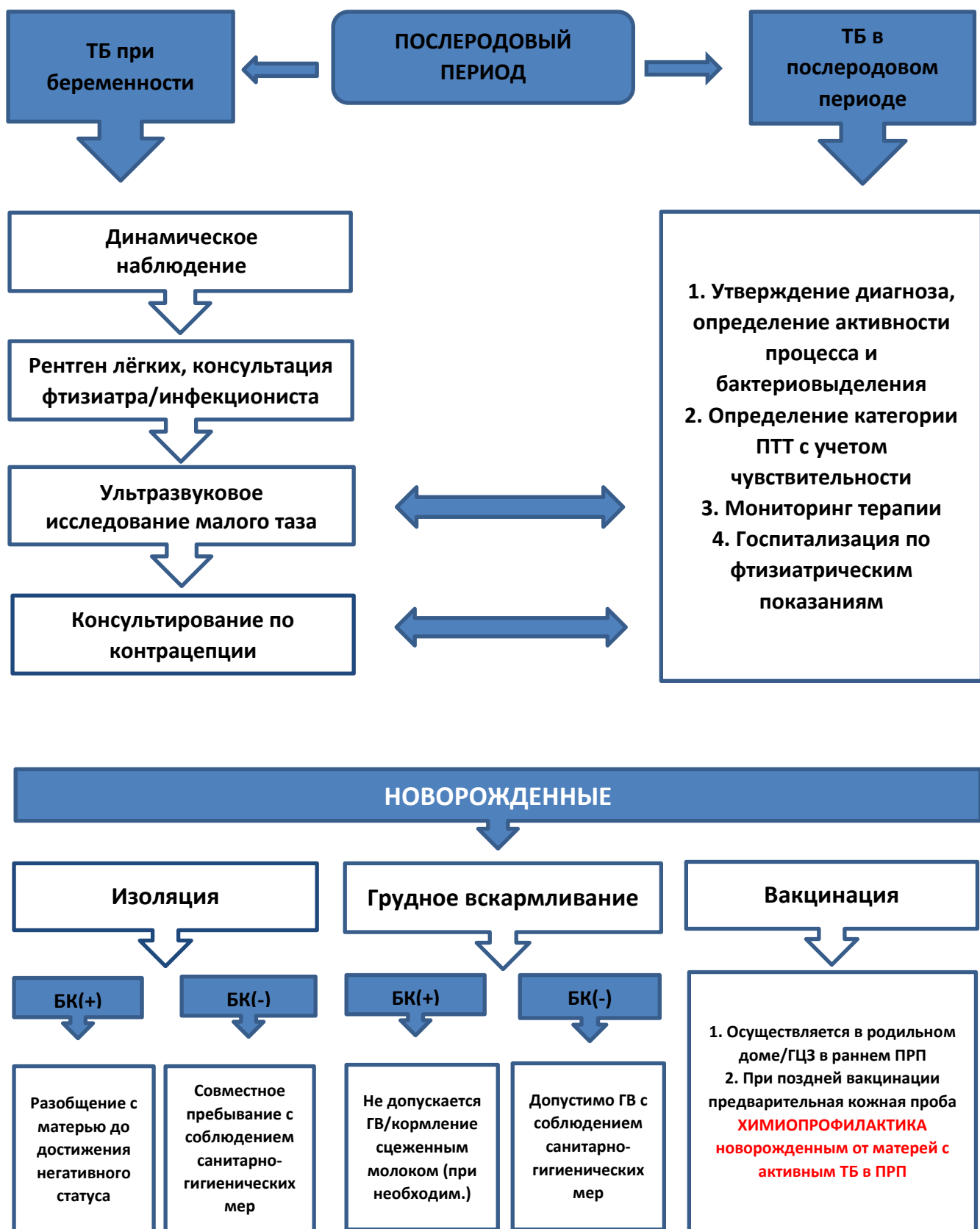


Рисунок 13. - Алгоритм ведения больных туберкулезом родильниц

Выводы

1. Наиболее значимыми факторами риска развития туберкулёза явились низкий достаток, низкое и среднее образование, а также безработность, способствующие развитию заболевания ($p=0,004$, $OR =7,579$, 95% ДИ $=29,600$) [1-А, 2-А, 8-А, 11-А, 12-А, 17-А, 22-А, 23-А, 24-А].

2. Особенности гестационного процесса явились: угроза выкидыша и преждевременных родов, меньшая прибавка массы тела за беременность, повышение частоты ДРПО и преждевременных родов, сокращение общей продолжительности родов, увеличение общего объёма кровопотери, увеличение частоты кесарева сечения, в том числе из-за возникших акушерских осложнений. Анемии разной степени тяжести ($p<0,001$) и дефицит массы ($p=0,006$) тела чаще сопутствовали женщинам, страдающим туберкулёзом. Обнаружен низкий уровень показателя общего белка крови ($56,9\pm 8,3$ г/л) у беременных с заболеванием, диагностированным во время беременности ($p=0,004$), выявлен выраженный дефицит витамина Д ($7,8\pm 8,7$ г/мл) у женщин с туберкулёзом, что обязывает включение в обследование определение его статуса в крови, помимо остальных методов исследования, а также провести своевременную коррекцию для усовершенствования терапии основного заболевания и улучшения ее исходов [4-А, 5-А, 6-А, 9-А, 10-А, 11-А, 13-А, 15-А, 16-А, 19-А, 25-А, 26-А].

3. Туберкулёз является одним из факторов, влияющих на развитие перинатальной патологии и нарушение морфофункционального созревания новорождённых (недоношенность, низкая масса тела при рождении, ЗВУР, асфиксия, перинатальная энцефалопатия и даже ранняя неонатальная смертность). Частота рождения недоношенных статистически значимо высока у беременных с легочным туберкулёзом (24,1%), чем у беременных с внелёгочным туберкулёзом (6,7%) ($p<0,05$). Также из неонатальных осложнений у новорожденных от женщин с лёгочной формой чаще отмечаются асфиксия (20,8%), энцефалопатия (13,8%) и неонатальная смертность (6,9%). Использование рекомендаций по прегравидарной подготовке и алгоритма ведения беременности женщин и родильниц с туберкулёзом позволяет улучшить акушерские исходы на 12% и перинатальные исходы путем снижения частоты преждевременных родов на 33,5%, рождение маловесных детей до 9,1% случаев [4-А, 5-А, 6-А, 14-А, 18-А, 20-А, 24-А, 26-А].

4. Туберкулёз у беременных способствовал изменению морфофункциональных характеристик плаценты (нарушение созревания ворсин, расстройство маточно-плацентарного кровообращения), что приводило к развитию более тяжёлых форм плацентарной недостаточности. Компенсаторные механизмы при плацентарной недостаточности (ангиоматоз, гиперваскуляризация ворсин) были не способны полноценно сохранять трофическую функцию плаценты, что в конечном итоге приводило к худшим перинатальным исходам [3-А, 21-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. При любом повышении температуры у беременных неясного генеза, а также беременным с ВИЧ-инфекцией, наряду с другими обязательными исследованиями, следует включить обследование на туберкулёз (проба манту, экспресс тестирование, рентген), с целью своевременной диагностики и лечения туберкулёза необходимо провести обследование, включая рентгенологическое (с защитой плода), с последующим совместным ведением и наблюдением пациентки врачом акушером-гинекологом, фтизиатром, врачом-инфекционистом.

2. После утверждения диагноза, применять адекватную химиотерапию во время беременности, не допуская её отмены; также своевременно проводить коррекцию побочных явлений противотуберкулезной химиотерапии. Рекомендуется каждые 4 недели проводить динамические тесты функции печени в течении всего периода ПТТ во время беременности и в раннем послеродовом периоде.

3. Решение о пролонгировании беременности, вопрос абдоминального родоразрешения решается консилиумом врачей смежных специальностей (акушер-гинеколог, фтизиатр, врач ультразвуковой диагностики, инфекционист), учитывая желание женщины, общее состояние больной и течение основного заболевания, форму заболевания, приверженность к лечению, срок беременности и её течение, внутриутробное состояние плода и др.

4. Выявленная анемия, дефицит массы тела и витамина Д у беременных с ТБ обязывает обследование всех беременных с туберкулёзом и беременных из группы риска, с дальнейшей их коррекцией. С целью коррекции витамина Д у беременных рекомендуется использование, в первом триместре до 4000МЕ препарата в сутки, либо 200 000МЕ однократно, а в более поздних сроках - стандартные схемы.

5. Обязательна консультация фтизиатром беременных с наличием остаточных изменений после перенесенного туберкулёза.

6. Роды у беременных с активным БК (+) туберкулёзом должны проводиться в специализированном акушерском отделении, а беременные с неактивной формой заболевания и с отрицательным на БК мазком мокроты – в обычном родильном отделении.

7. Учитывая токсическое воздействие препаратов МЛУ-ТБ на мать и плод, консультирование и пропаганда среди пациенток предупреждения наступления нежелательной беременности; обеспечение полноценными контрацептивными средствами на весь период лечения, позволяющими обеспечить женщине возможность иметь здоровых детей, а также сохранить репродуктивное здоровье. Крайне важно предлагать эффективную, долгосрочную и индивидуализированную контрацепцию (внутриматочные противозачаточные средства, пролонгированные гестагены).

8. На основании полученных результатов проведенного исследования, а также существующих современных научно-обоснованных рекомендаций по ведению беременных женщин данного контингента, разработанные алгоритмы ведения беременных и родильниц с туберкулёзом, основанные на междисциплинарном подходе (рисунок 12 и 13) следует утвердить на уровне Министерства здравоохранения Республики Таджикистан и распространить для пользования специализированными учреждениями.

Перечень научных публикаций соискателя ученой степени

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

[1-А]. Валдошова, С.Ш. Туберкулёз и беременность: проблемы и пути их решения [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, У.Ю. Сироджидинова // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2019. – №1. – С. 147-153.

[2-А]. Валдошова, С.Ш. Медико-социальные особенности беременных женщин, больных туберкулёзом в Республике Таджикистан [Текст]/С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева// Ж. «Известия академии наук Республики Таджикистан». – Душанбе. – 2020. - №3(210). – С. 84-89.

[3-А]. Валдошова, С.Ш. Морфофункциональные особенности плаценты при туберкулёзе во время беременности [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2023. - №25(3). – С. 314-324.

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

[4-А]. Валдошова, С.Ш. Перинатальные исходы у женщин Республики Таджикистан, страдающих туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Ж. «Вестник ЦНИИТ. Специальный выпуск». – Москва. – 2021. - №1. – С. 98-99.

[5-А]. Валдошова, С.Ш. Влияние туберкулёза лёгких на течение беременности, роды и перинатальные исходы [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Ж. «Журнал кардиореспираторных исследований. Специальный выпуск». – Самарканд. – 2022. - №SI-1.1. – С. 361-365.

[6-А]. Валдошова, С.Ш. Некоторые аспекты акушерских и перинатальных исходов у

беременных женщин с плевритом туберкулёзной этиологии [Текст]/С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллаева, В.Ю. Мельникова// Международный научно-практический журнал Endless Light in Science. – Алматы. – 2022. – С.72-77.

[7-А]. Валдошова, С.Ш. Особенности развития туберкулёза у беременных [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых, студентов, посвященной «Году развития села, туризма и народных ремесел» - Душанбе. – 2019. – С. 156.

[8-А]. Валдошова, С.Ш. Медико-социальные аспекты туберкулёза у беременных женщин [Текст]/ Валдошова С.Ш.// Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых, студентов, посвященной «Году развития села, туризма и народных ремесел» – Душанбе. – 2019. – С. 156.

[9-А]. Валдошова, С.Ш. Беременность и туберкулёз: особенности течения гестационного процесса [Текст]/ Валдошова С.Ш., М.Ш. Буронова, С.А. Шерова // Материалы XV научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С.135.

[10-А]. Валдошова, С.Ш. Перцентильная кривая высоты стояния дна матки и индекса массы тела беременных женщин, страдающих туберкулёзом [Текст]/ Валдошова С.Ш., Ё.А. Имомназарова // Материалы XV научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С.135.

[11-А]. Валдошова, С.Ш. Клинико-лабораторные аспекты туберкулёза у беременных женщин [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-я годовичная) «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования», посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С.56.

[12-А]. Валдошова, С.Ш. Репродуктивный анамнез и экстрагенитальные заболевания больных туберкулёзом беременных женщин [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева // Материалы XV Международного конгресса по репродуктивной медицине. – Москва. – 2021. – С. 26-27.

[13-А]. Валдошова, С.Ш. Особенности течения родов у беременных с туберкулёзом [Текст]/ Р.М.Рахимова, С.Ш. Валдошова // Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С. 123. (доклад получил 2 место среди 3х лучших докладов в назначенной секции конференции)

[14-А]. Валдошова, С.Ш. Состояние здоровья новорождённых от матерей больных туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С. 38-39.

[15-А]. Валдошова, С.Ш. Особенности клинического течения туберкулёза лёгких у беременных [Текст]/ С.Ш. Валдошова, В.Ю. Мельникова // Материалы 75-й Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования». – Самарканд. – 2021. – С. 670-671.

[16-А]. Валдошова, С.Ш. К особенностям течения гестационного процесса у женщин с внелёгочным туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, Х.Д. Давронбоева, М.Р. Давлатова// Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (69-я годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2022. – С. 53-55.

[17-А]. Валдошова, С.Ш. Статус витамина Д у беременных, больных туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.У. Юлдашева, В.Ю. Мельникова // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (69-я годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2022. – С. 52-53.

[18-А]. Валдошова, С.Ш. Оптимизация прегравидарной подготовки и ведения беременности женщин с туберкулёзом [Текст]/С.Ш. Валдошова, М.Ф.Додхоева, Р.А. Абдуллаева // Международный научно-практический журнал Endless Light in Science. – Алматы. – 2023. – С.115-120.

[19-А]. Валдошова, С.Ш. Клиническое течение туберкулёза у беременных с учётом времени выявления [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Материалы XXIV Всероссийского научно-образовательного форума Мать и дитя. – Москва. – 2023. – С. 10-11.

[20-А]. Валдошова, С.Ш. Влияние туберкулёза на внутриутробное развитие плода [Текст]/ С.Ш. Валдошова, Р.Б. Якубова // Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2021. – С. 38-39.

[21-А]. Валдошова, С.Ш., Морфологическая характеристика плацентарного комплекса у родильниц с активным туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллаева // Материалы XXIII Всероссийского научно-образовательного форума Мать и дитя. – Москва. – 2022. – С. 14-15.

[22-А]. Валдошова, С.Ш. Факторы риска туберкулёза у беременных женщин [Текст]/С.Ш. Валдошова// Материалы VII Съезда Акушеров-гинекологов и репродуктологов Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2022. – С. 137-144. (доклад)

[23-А]. Валдошова, С.Ш. К особенностям соматического анамнеза беременных, страдающих туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – Душанбе. – 2023. – С. 214.

[24-А]. Валдошова, С.Ш. Нутритивный статус беременных с туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – Душанбе. – 2023. – С. 213.

[25-А]. Валдошова, С.Ш. Течение раннего послеродового периода больных туберкулёзом родильниц [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – Душанбе. – 2023. – С. 214-215.

[26-А]. Валдошова, С.Ш. Акушерские исходы при туберкулёзе у беременных [Текст]/ С.Ш. Валдошова, Г.С. Разокова, О.Ф. Акрамова // Фундаментальная и прикладная наука: актуальные вопросы теории и практики: сборник статей III Международной научно-практической конференции. – Пенза. – 2023. – С. 207-211.

Проекты

[27-А]. Валдошова, С. Ш. Перинатальные исходы у женщин, страдающих туберкулёзом, с учётом реализации стратегии ДОТС в Республике Таджикистан/С.Ш. Валдошова, М. Ф. Додхоева// Президентский фонд фундаментальных исследований (2019-2021гг.) стр. 69.

Перечень сокращений и условных обозначений

АРД	- аномалии родовой деятельности
БК	- бактерия Коха
БЦЖ (BCG)	- сокр. от Бацилла Кальмета-Герена (<i>Bacillus Calmette-Guerin</i>)
ВЗОМТ	- воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВЛТБ	- внелёгочный туберкулёз
ВПР	- врожденные пороки развития
ВОЗ	- Всемирная Организация здравоохранения
ВДМ	- высоты стояния дна матки
ГВ	- грудное вскармливание
ДРПО	- дородовый разрыв плодных оболочек
ЗВУР	- задержка внутриутробного развития
КСК	- кривых скоростей кровотока
ЛЖВ	- людей, живущих с ВИЧ
ЛТБ	- лёгочный туберкулёз
МЛУ	- множественная лекарственная устойчивость
МКБ	- мочекаменная болезнь
НФПК	- нарушение фетоплацентарного кровотока
ПРП	- послеродовый период
ПК	- плодовой коэффициент
ПОНРП	- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПЭ	- преэклампсия
ПТТ	- противотуберкулёзная терапия
ПИ	- пульсационный индекс
РКИ	- рандомизированные контролируемые исследования
СДО	- систолидиастолическое отношение
ТБ	- туберкулёз
ХПН	- хроническая плацентарная недостаточность
ШЛУ	- широкая лекарственная устойчивость
VDR	- vitamin D receptors (рецепторы витамина Д)
CDC	- сокр. от Centers for Disease Control and Prevention (Центр по контролю и профилактике заболеваний США)
DOTS	- сокр. от Directly Observed Treatment Short course (краткосрочный курс терапии под непосредственным наблюдением)

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ
ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 618.7:616-002.5(575.3)

ВАЛДОШОВА СУРМАНИСО ШАРАФОВНА

**НАТИҶАҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ЗАНҲОИ
ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ СИЛ БО
НАЗАРДОШТИ ТАТБИҚИ СТРАТЕГИЯИ
ДОТС ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илми тиб

аз рӯйи ихтисоси 14.01.01 – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Душанбе - 2024

Таҳқиқот дар кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст

Роҳбари илмӣ:

Додхоева Мунаввара Файзуллаевна
доктори илмҳои тиб, профессор, академики АМИТ, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мушовири илмӣ:

Сирочидинова Умриниссо Юсуповна
доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ:

Рафиева Зарина Ҳамдамовна
доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии факултаи тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Курбонов Шамсиддин Мирзоевич
номзади илмҳои тиб, дотсент, ассистенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ «Донишгадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муассисаи пешбар:

МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон»

Ҳимояи диссертатсия рӯзи «___» _____ соли 2024 соати «___» дар чаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-006–и МД «Пажӯҳишгоҳи 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, Sh.tabarovna@mail.ru; телефон 918 69 16 68.

Бо диссертатсия ва автореферати он дар китобхона ва сайти МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон шинос шудан мумкин аст (www.niiagip.tj).

Автореферат «___» _____ с. 2023 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ
шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб**

Ш.Т. Муминова

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Яке аз муҳимтарин вазифаҳои нигоҳдории тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳифзи модару кӯдак аст. Дар перинатологияи муосир мавқеи асосиро проблемаи бемории сил (БС) ва модарон ишғол мекунад. Сабаби асосии сироятии фавт дар ҷаҳон – бемории сил мебошад [Ҳисоботи глобалии ТҶТ оид ба бемории сил, 2020]. Вазъияти бемории сил (БС) бинобар зиёд шудани ҳолатҳои ба дору устворшавӣ бад шуда истодааст, ки ин дар натиҷа ба баланд шудани сатҳи фавт оварда мерасонад [Разаков О.Р., 2018].

Дар гузаштаи на чандон дур БС барои фавран қатъ кардани ҳомилагӣ нишондод доништа мешуд, зеро таҷрибаи ҳамарӯзаи клиникӣ таъсири манфии ҳомилагӣ ва таваллудкунӣ ба ҷараёни БС-ро муайян карда буд. Дар солҳои охир ташхис хеле беҳтар карда шуда ва имкониятҳои табобати на танҳо шаклҳои маҳдуд, балки паҳншудаи БС низ густариш ёфтааст. Баланд шудани сатҳи зидагии аҳоли, ба даст овардани муваффақиятҳо дар соҳаи пешгирӣ ва табобати БС барои бознигари назарҳои мавҷуда оид ба зарурати қатъ кардани ҳомилагӣ дар занҳои гирифтори БС-ро ба миён овард.

Сабабҳои асосии фавти модар (ФМ) дар сатҳи ҷаҳонӣ сабабҳои мустақими акушерӣ, ба монанди хунравӣ ва ихтилолҳои гипертоникӣ мебошанд. Аммо 28% -и ФМ-ро дар тамоми дунё дигар сабабҳои ғайриакушерӣ, аз ҷумла бемориҳои сирояткунанда ташкил медиҳанд [Sugarman J, 2014]. Ба шарофати дар амалия татбиқ намудани Стандартҳои давлатӣ оид ба муҳофизати хунравии акушерӣ ва ихтилолҳои гипертензивӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, бемориҳои экстрагениталӣ дар байни сабабҳои ФМ мавқеи пешсафиро касб [Ҳисоботи Вазорати нигоҳдории тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, с. 2016].

Ҳомилагӣ ва бемории сил (БС) — барои занҳо якҷояшавии номатлубанд, ба ақидаҳои зиддиятноки муҳаққиқон нигоҳ накарда. Вазнинии воқеии сили фавол дар байни ҳомилаҳо беандоза аст, аммо 216 500 ҳолат дар як сол ҳисобида мешавад [Snow K.J., 2020]. Натиҷаҳои БС ба ҳомилагӣ аз бисёр омилҳо, аз ҷумла аз вазнинии беморӣ, аз муҳлати ҳомилагӣ дар вақти ташхис, мавҷуд будани паҳншавии ғайришӯшӣ, коинфексияи ВИЧ (ВНМО) ва табобат вобаста аст. БС якҷоя бо ВИЧ/СПИД меафзояд – дар муқоиса аз ВИЧ-манфии фардҳо хатар то 20-37 маротиба зиёд мешавад [Esmail A, 2018, Ayelign B, 2020]. Қайд бояд кард, ки на танҳо аз сабаби ноаён будани оғози беморӣ, балки аз сабаби қатъӣ набудани табибон дар мавриди ба ҳомилаҳо таъйин кардани чунин равиши ташхисӣ, ба монанди рентгенограммаи қафаси сина, бештар ташхисҳои таъхиркардаи беморӣ ба мушоҳида мерасанд.

Занҳои ҳомила дар мубориза бар муқобили БС яке аз табақаҳои осебпазири аҳоли ба шумор мераванд, чунки хатари таваллуд кардани кӯдаки заиф пайдо мешавад, ки ба генофиди миллат таъсири манфӣ мерасонад. Мувофиқи таҳқиқоти ретроспектививу когортии ИМА, Dennis E.M. et al. (2018) муайян карда шуд, ки новобаста аз мансубияти наҷодӣ ва этникӣ презклампсия ва эклампсияи вазнин, пешомади машина, хунравии пас аз валодат, сепсис ва анемия бештар дар модарони дорои ташхиси БС дида мешаванд, дар муқоиса бо нафароне, ки БС надоранд. Басомади пайдо шудани норасоии пласентарӣ дар ҳомилаҳои дорои норасоии узвҳои нафаскашӣ зиёд мешавад, ки ин бо таваккуфи инкишофи чанин, гипоксия ва пеш аз муҳлат қатъ шудани ҳомилагӣ зоҳир мешавад [Dennis E.M. et al., 2018].

Тахмин карда мешавад, ки фоизи баланди оризаҳои ҳомилагӣ ба ихтилолҳои на чандон вазнин ва бартрафшаванда вобаста ҳастанд. Пас, ташхиси саривақтӣ ва табобати муносиб барои беҳтар гаштани натиҷаи ҳомилагӣ бидуни зарар расонидан ба саломатии модар ва кӯдак зарур мебошад [Мордык А.В., 2015]. Проблемаи муҳофизати ҳомилагӣ, валодат ва давраи пас аз валодатро дар занҳои ин гурӯҳ хеле мубрам меҳисобем, чунки ҳомилагӣ ҳолати дилхоҳ ва физиологӣ ба ҳисоб меравад ва дар ягон нуқтаи ҷаҳон зарурати қатъ кардани ҳомилагӣ дар занҳои мубтало ба БС баррасӣ карда намешавад, баръакс, оид ба тактикаи муҳофизат ва табобати беморони гирифтори БС протоколҳои (тавсияҳои) клиникӣ таҳия карда мешаванд. Ҳамаи он чизҳои дар боло зикршуда асос

шудаанд, ки масъалаи дараҷаи таъсири БС ба ҷараёни протсессии гестатсия номаълум аст ва ҷамъшавии минбаъдаи мавод дар ин маврид актуалӣ ҳисобида шаванд.

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Таҳлили гузаронидашудаи адабиёти илмии ҷаҳонӣ пешравию возеҳи омӯзиш ин проблемаро нишон дод. Оид ба ҷараёни ҳомилагӣ ва валодат дар занҳои дорои БС, ҳамчунин натиҷаҳои перинаталӣ нуктаи назари муҳталиф вучуд дорад. Айни замон дар ҷумҳурии мо таҳқиқотҳои ба ин проблема бахшидашуда дида намешаванд. Ба ин нигоҳ нқарда, ки проблемаи БС фаъолна омӯхта шуда истодааст, аксар вақт занҳои ҳомила аз таҳқиқот барканор карда мешаванд. Аз ҷумла таҳқиқотҳои илмии миллӣ бахшида ба баҳогузорию муқоисавии ҷараёни ҳомилагӣ ва натиҷаҳои перинаталӣ дар занҳои ҳомилаи дорои БС ва ҳомилаҳои солим; таъсири сили фаёл ба протсессии гестатсионӣ, инкишофи ҷанин ва солимии навзод дида намешавад. Барои иттилоотнокӣ аз хусуси мубориза бар зидди бемории сил табибонеро, ки бо занҳои ҳомила ва назодон сари қордоранд, принципҳои муфассали роҳбарикунанда лозим аст. Маҳз ҳамин масъалаҳо дар таҳқиқоти илмии мазкури ба нақшагирифташуда маҳаки асосӣ ба ҳисоб мераванд ва бо мақсади беҳтар сохтани натиҷаҳои модариву перинаталии ин гурӯҳи занҳо, актуалӣ мебошад.

Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ.

Таҳқиқоти мазкур дар доираи «Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2010-2020», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти №368 аз 02.08. с.2010 тасдиқ шудааст, мавзӯи КИТ кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» «Вазъияти солимии репродуктивии занҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» таҳти № бақайдгирии давлатӣ – 0118 ТҶ00942 иҷро карда шудааст.

Ҳамчунин дар доираи таҳқиқоти илмӣ лоиҳаи «Натиҷаҳои перинаталӣ дар занҳои гирифтори БС бо назардошти татбиқи стратегияи ДОТС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» бо дастгирии гранти Захираи Президентии таҳқиқотҳои фундаменталӣ соли 2019, ки дар соли 2021 бомуваффақият анҷом ёфтааст, таҳия ва татбиқ карда шуд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар сохтани натиҷаи протсессии гестатсионӣ дар занҳои гирифтори бемории сил, тавассути оптимизатсияи равишҳо ва коркарди ҷорабиниҳои комплексӣ оид ба муҳоҷибати ҳомилаҳои дорои ин беморӣ, бо назардошти хусусиятҳои дар таҳқиқот муайян кардашуда.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоии ҳомилаҳои дорои бемории сил.
2. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни ҳомилагӣ, валодат ва давраи бармаҳали пас аз валодат дар занҳои дорои бемории сил.
3. Омӯзиши ҳолати комплекси фетопласентарӣ ва натиҷаҳои перинаталӣ дар занҳои дорои бемории сил.
4. Коркарди тавсияҳо ва алгоритм оид ба муҳоҷибати занҳои ҳомилаи дорои бемории сил.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқотро таҳлили проспективии ҷараёни протсессии гестатсионии натиҷаҳои перинаталӣ дар 64 зан дар давраи солҳои 2017-2022, ки дар ин ҷо 43 занҳои ҳомилаи дорои шаклҳо ва ҷойгиршавии гуногуни БС, ки гурӯҳи асосиро ташкил медоданд ва 21 зани солим – гурӯҳи муқоисавӣ, бидуни доштани БС дар анамнезашон ва/ё замони таҳқиқот буданд. Занони гурӯҳи асосӣ дар КАТС, таваллудхонаҳо, дармонгоҳҳо ва беморхонаҳои бемории сил дар шаҳри Душанбе, инчунин пласента пас аз таваллуд бо мақсади омӯзиши хусусиятҳои морфологияи онҳо бо бемории сил ва дар ҳолати набудани он муайян карда шуданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот ин буд: хусусиятҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва омилҳои хатари пайдошавии БС; хусусиятҳои клиникӣ-лаборатории занҳо (омӯзиши нишондиҳандаҳои умумиклиникии лабораторӣ, сатҳи аз витамини Д сер будани хун, хусусиятҳои морфофункционалии инкишофи хорион/пласента); омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни ҳомилагӣ, валодат, натиҷаҳои перинаталӣ ва давраи пас аз валодат

дар ҳомилаҳои дорои протсессҳои махсус.

Навгонии илми таҳқиқот. Бори нахуст дар асоси таҳқиқоти когорти, корҳои таҳқиқотӣ бахшида ба хусусиятҳо ва баҳоидиҳои муқоисавӣ ба чараёни ҳомилагӣ, валодат ва даври барвакти пас аз валодат, натиҷаҳои перинаталӣ, ҳамчунин гузаронидани таҳқиқотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва морфофункционалии пас аз таваллуд дар беморони гирифтори БС анҷом дода шуданд.

Хусусиятҳои тиббӣ-ичтимоӣ омӯхта ва омилҳои барои пайдошавии БС дар занҳои ҳоила мусоидаткунанда муқаррар карда шуданд. Исбот карда шуд, ки БС ба натиҷаи ҳомилагӣ алоқамандӣ дорад: кам шудани миқдори давомнокии умумии таваллудкунӣ, зиёд шудани ҳаҷми талафоти хун, миқдори амалиётҳои қайсарӣ зиёд мешавад, бинобар пайдо шудани оризаҳои акушерии пайдошуда; басомади пайдо шудани норасоии пласентарӣ зиёд мешавад, ки натиҷаи он валодатҳои пеш аз муҳлат, таваққуфи инкишофи дохилибатнӣ (ТИДБ) ва ғ. мебошанд.

Исбот карда шудааст, ки таъсири номатлуби тератогении химиопрепаратҳои зиддиилтиҳобии қатори яқум ба натиҷаи протсесси гестационӣ дида намешавад.

Ба таври гистологӣ муқаррар карда шуд, ки дар пласентаи зояндаҳое, ки ҳангоми ҳомилагӣ БС-ро аз сар гузаронидаанд, ҳиссаи зиёди норасоии музмини пласентарӣ (НМП) муайян карда шуд, ки дар занҳои ҳоилаи ташхисшудаи гурӯҳи таҳқиқотӣ, ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам дар гурӯҳи муқоисавӣ возеҳӣ ва вазнинии он дар занҳои ҳоилаи дорои БС бештар буд.

Бори нахуст сатҳи витамини Д дар занҳои ҳоилаи дорои БС муайян карда шуд. Паст шудани сатҳи шакли асосии витамини Д дар занҳои ҳоилаи дорои БС муайян карда шуд. Камбуди назарраси витамини Д дар занҳои ҳоилаи дорои БС, водор месозад, ки ба муоина, бар иловаи дигар усулҳои боқимонда муайян кардани сатҳи он дар хун низ ворид карда шавад, ҳамчунин ислоҳи саривақтӣ барои пурқувват кардани ҷавоби иммунитет дар табобати бемории асосӣ ва беҳтар сохтани натиҷаҳои он гузаронида шавад.

Бори нахуст дар асоси натиҷаҳои таҳқиқот, принципҳои муфассали роҳбарикунанда дар шакли тавсияҳо ва алгоритми мураккабии ҳомилаҳои дорои протсессҳои махсус, барои огоҳ намудани табибони бо занҳои ҳоила сари кордошта таҳия карда шуд.

Илман асоснок карда шудааст, ки истифода намудани тавсияҳо оид ба омодагии пешакии прегравидарӣ ва алгоритми мураккабии ҳомилаҳо ва зояндаҳои дорои БС имконият медиҳад, ки натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ то 12% ва дигар натиҷаҳо тавассути кам кардани миқдори валодатҳои пеш аз муҳлат то 33,5% ва таваллуд шудани кӯдакони сабуквазн то 9,1% ҳолат беҳтар карда шавад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Аҳамияти назарӣ аз он иборат аст, ки асосҳои назарӣ ва методологӣ, ҳулоса ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашударо метавон дар раванди таълим ва дарсҳои амаливу хондани лексияҳои муассисаҳои таълимии олии тиббӣ истифода намуд.

Таҳқиқоти гузаронидашударо барои беҳтар кардани сифати ҳаёт истифода намудан мумкин аст, ки метавонад дарозумрии миёнаро то 100 сол баланд бардорад, қайд шудааст, дар Стратегияи рушди устувор-2039 (СУР-2030).

Айни замон дар ҷумҳурии мо таҳқиқотҳои ба ин проблема бахшидашуда, аз ҷумла таҳқиқотҳои илмӣ бахшида ба баҳогузориҳои муқоисавии чараёни ҳомилагӣ ва натиҷаҳои перинаталӣ дар занҳои ҳоилаи дорои БС ва ҳомилаҳои солим; таъсири сили фаъол ба протсесси гестационӣ, инкишофи ҷанин ва солимии навзод дида намешавад.

Барои иттилоотнокӣ аз хусуси мубориза бар зидди бемории сил табибонро, ки бо занҳои ҳоила ва назодон сари кордоранд, аз ҷумла машварати прегравидарӣ, мураккабии антенаталӣ бо мақсади пурқувват кардани мубориза бар зидди бемории сил, беҳтар кардани сифати ҳаёт, ҳамчунин ва таъмин намудани модарии хуб, ки на танҳо аҳамияти амалӣ балки иҷтимоӣ низ дорад, принципҳои умумии роҳбарикунанда коркард шудаанд.

Нуқтаҳои асосии диссертатсия, ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Омӯзиши хусусиятҳои тиббӣ-ичтимоӣ, ки барои пайдо шудани БС дар занҳои

хомила дар шароити имрӯзаи соҳибистиклолии кишварамон мусоидат мекунад, проблемаҳои дохилӣ ба ҳисоб мераванд. Аз ҳамин сабаб муайян кардани омилҳои хатари БС, муайян кардани хусусиятҳои таъсири беморӣ ба натиҷаи ҳомилагӣ – кам кардани муҳлати давомнокии умумии таваллудкунӣ; зиёд шудани ҳаҷми умумии талафи хун; зиёд шудани миқдори амалиётҳои қайсарӣ, зиёд шудани миқдори пайдо шудани норасоии пласентарӣ, ки ба таваллудкунии пеш аз муҳлат оварда мерасонад, ТИДБ ва ғайра, метавонад натиҷаҳои нохубро пешгири намояд.

2. Мавҷуд набудани таъсири номатлуби тератогении химиопрепаратҳои зиддисилӣ ба натиҷаи протсесси гестатсионӣ, ки бо набудани нуқсонҳои модарзодии инкишофи ҷанин тасдиқ карда мешаванд, натиҷаи мусбати таҳқиқот маҳсуб мешавад.

3. Бемориҳои ҳамроҳшудаи муайян кардашуда, аз ҷумла, анемия, дефитсита массаи бадан, дефитсита возеҳи витамини Д дар занҳои дорои БС, уҳдадор месозад, ки бо мақсади беҳтар сохтани натиҷаҳои репродуктивӣ ва перинаталӣ дар занҳои дорои БС, таҳқиқоти комплексӣ гузаронида шавад, ҳамчунинислоҳи саривақтӣ дар давраи прегравидарӣ ва ӯ муҳлати барвакти ҳомилагӣ гузаронида шавад.

4. Давом додани таҳқиқоти когорти, корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ бахшида ба омӯзиши нисбатан амиқтари хусусиятҳои ҷараёни ҳомилагӣ, валодат, давраи барвакти пас аз валодат ва натиҷаҳои перинаталӣ дар беморони мубтало ба БС доимо актуалӣ ҳисобида шавад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот ба даст овардашуда, асоснокии ҳулоса ва тавсияҳо дар заминаи ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот ва истифодаи усулҳои муносири коркарди омории маводи таҳқиқот, интишорот дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия бунёд шудаанд. Ҳулоса ва тавсияҳо дар заминаи таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда асоснок карда шудаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (ба формула ва соҳаи омӯзиш). Пажӯҳиши диссертатсионӣ мувофиқи Шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.01. – Монопизишкӣ ва бемориҳои занона, зербандҳои зерин таълиф шудааст. I. Соҳаи илм: медицинские науки. II. Формулаи ихтисос – Монопизишкӣ ва бемориҳои занона. III. Соҳаи таҳқиқот – 3.1. Монопизишкӣ. Басомад, сохтор ва хусусиятҳои ҷараёни ҳомилагӣ ва валодат дар занҳои дорои БС. Зербанди 3.1.2. Муайян кардани ҳолати ҷанини дохилибатнӣ. Мубодилаи моддаҳо, нафаскашӣ ва ғизои ҷанини дохилибатнӣ. Инкишофи узвҳо ва системаҳои ҷанин. Ташҳиси инҳирофи инкишофи ҷанин. Таъсири омилҳои муҳити берунӣ ва маводи доруворӣ ба ҷанин. Ислоҳи ихтилолҳои ҳолати ҷанини дохилибатнӣ; 3.2. Тавсифи клиникӣ-лаборатории натиҷаҳои таҳқиқоти гурӯҳи таҳқиқшуда- фетометрия, пласентография, нишондиҳандаҳои серуми (зардобӣ) витамини Д дар занҳои дорои БС.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллифи диссертатсия нашрияҳои илмӣ ҷаҳонӣ ва ватанӣ марбут ба мавзӯи проблемаҳои БС дар занҳои ҳомиларо омӯхта, мақсад ва вазифаҳои тартиб дода, анкетаҳои коркард намудааст, маводи худиро барои таҳқиқот интихоб намудааст, таҳлили муқоисавии мавадро анҷом додаст, дар коркарди омории он, шарҳ ва ҷамъбасти натиҷаҳои ҳосилшуда иштирок намудааст, ҳулосаҳо илман асоснок карда шудаанд, дар конференсияҳо ва съездҳо иштирок карда, мақолаҳои илмӣ ва диссертатсияву фишурдаи онро нашр кардааст. Натиҷаҳои назарӣ ва методологиву амалии таҳқиқот дар конференсияҳои илмӣ-амалии байналмилалӣ, ҷумҳуриявӣ ва минтақавӣ олимони ҷавон, ки ҳам дар Тоҷикистон ва ҳам берун аз ҳудуди он дар давраи солҳои 2017-2023 гузаронида шудаанд, иштирок кардааст. Нуқтаҳои нисбатан муҳимтари таҳқиқот дар шакли гузоришҳо пешниҳод шудаанд.

Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсия дар конференсияи солонаи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (2019, 2020, 2021, 2022, 2023), 67 – 71-уми МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи

Абуалӣ ибни Сино» (Душанбе, солҳои 2017 - 2022), конференсияҳои илмӣ-амалии XIV - XX-уми (Душанбе, солҳои 2017-2022), анҷумани VII акушер-гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (2022), чаласаҳои муштараки байниклиникии кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино бо пойгоҳи таваллудхонаи №1 (протоколи №10 аз 27.05. с.2023) ва чаласаҳои байникафедравии Комиссияи проблемавии акушер-гинекологҳо ва педиатрҳои МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (протоколи №67 аз 24.06. с. 2023) гузориш, баррасӣ ва муҳокима шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда дар фаъолияти шубҳаи патологияи ҳомилаҳои таваллудхонаи шаҳрии №1, ш. Душанбе, Маркази миллии солимии репродуктивии ВТ ва ҲИА ҚТ, дар барномаи таълимии кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» татбиқ шудаанд.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Мувофиқи мавзӯи диссертатсия 26 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 3 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

Ҳамчунин дар доираи таҳқиқоти илмӣ бо дастгирии грантии Захираи Президентии таҳқиқотҳои фундаменталӣ лоиҳаи доиҳаи «Натиҷаҳои перинаталӣ дар занҳое, ки гирифтори БС буданд бо назардошти татбиқи стратегияи ДОТС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» соли 2019 амалӣ шуда, дар соли 2021 бомуваффақият ба анҷом расонида шуд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия аз муқаддима, шарҳи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, боби мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳои ҳосилшуда, хулоса, тавсияҳо ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Диссертатсия дар ҳаҷми 162 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, дар он 28 ҷадвал ва 44 расм оварда шудааст. Феҳристи адабиёти истифодашуда аз 62 сарчашмаи илмӣ бо забони русӣ ва 146 сарчашма бо дигар забонҳои хориҷӣ ташкил ёфтааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Дар давраи солҳои 2017-2022 таҳқиқоти обсервационии когортивӣ дар ш. Душанбе гузаронида шуд. Объекти таҳқиқот 64: 43 зани ҳомилаи гирифтори шаклҳои гуногуни бемории сил (I) ва 21 нафар зани ҳомилаи нисбатан солим - гурӯҳи муқоисавӣ (II) буд, ки дар марказҳои солимии репродуктивӣ, диспансерҳои сил, ҳамчунин таваллудхонаҳои шаҳр муайян карда шуд. Ҳангоми омӯختани хусусиятҳои клиникӣ-лабораторӣ дар занҳои ҳомила, гурӯҳи асосӣ ба зергурӯҳҳои IA (ТБ, ҳангоми ҳомилагӣ муайян карда шуданд) ва IB (ҳомилаҳо, дар марҳалаи муайяни ПТТ) ҷудо карда шуд. Аз ҷумла, барои арзёбии самаранокии алгоритм оид ба мураккабии занҳои ҳомила, занони гурӯҳи асосӣ ба ду зергурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи Ia - 30 занони, ки бо истифода аз тавсияҳо ва алгоритми пешниҳодшуда омодагии прегравидариро аз сар гузаронидаанд ва гурӯҳи Ib - 21 ҳомиладорони, ки омодагии пешакӣ нагирифтаанд, бемории сил дар семоҳаҳои гуногуни ҳомиладорӣ ташхис карда шуд.

Беморони гурӯҳи муқоисавӣ бо роҳи «нусха-чуфт», ки ба таври тасадуфӣ тақрибан ҳамон синну сол, ки дар ҳамон марказҳои солимии репродуктивӣ 3,7,8,9,11,12,13,14,15 ва минбаъд таваллудхонаҳои шаҳрии 1,2, МТШ ба номи Карим Аҳмедов ва ПИТАГ ва П таваллуд кардаанд.

Меъёрҳои ба гурӯҳи асосӣ дохил кардан:

1. Сили ташхисшуда ҳангоми ҳомилагӣ.
2. Муайян кардани протесси сил дар 6 ҳафтаи пас аз валодат.
3. Ҳомилагӣ, ки дар заминаи табобати зиддисилӣ чараён дорад.

Меъёрҳои хориҷкунӣ:

1. Занҳои ҳомилае, ки табобати бемории силро то сар шудани ҳомилагӣ анҷом додаанд.

2. Занҳои дорои бемории сил, ки баъди ҳафтаи 6-уми давраи ҳомилагӣ муайян карда шудаанд.

3. Дар занҳои ҳомилаи дорои бемориҳои вазнини шадиди ҳамроҳшуда.

Муайянкунӣ ва таҳхиси бемории сил бо мурочиат қардан ва мавҷуд будани шикоятҳо ва занҳо дар муассисаҳои КАТС (30,9%), таваллудхонаҳо (23,0%), диспансери бемории сил (38,4%) ва стационар (7,7%) амалӣ карда шуд.

Барои гузоштани таҳхиси БС дар ҳамаи беморон таҳқиқоти клиникӣ-рентгенологӣ ва лабораторӣ гузаронида шуд. Минбаъд курси кӯтоҳмуддати химиопрепаратҳои зиддисилии қатори яқум ва дуҷум, пас аз гирифтани розигии огоҳонидашуда барои табобат, сар карда шуд.

Дар баробари ин, таҳлили картаҳои ҳомилагӣ, ҳамчунин, мувоқиқати проспективии занҳои ҳомила, бо мақсади ҷамъоварӣ намудани маълумот дар барои беморон, анамнези ҳаёт, анамнези репродуктивӣ, анамнези беморӣ, ҳамчунин муоинаи ҷараёни ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи пас аз таваллудкунӣ гузаронида шуд. Барои баҳо додан ба статуси нутритивӣ аз ҳисоби шохиси массаи бадан ва таснифи ГУТ истифода карда шуд, ки дар ин ҷо вазни нокифояи бадан - то 18,5 кг/м² муайян карда шуд, меъёр-18,5-24,9кг/м², вазни барзиёди бадан - 25,0-29,9кг/м², фарбеҳӣ - 30 кг/м² ва бештар буданд.

Баъдан дар занҳо усулҳои умумиҷабулшудаи лабораторӣ ва иловагии таҳқиқот гузаронида шуд, ки аз рӯи натиҷаи онҳо ҳолати ҳомилаҳо дар ҷараёни ҳамаи ҳомилаги баҳогузорӣ карда шуд. Ҳамчунин баҳогузориҳои натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, баъди таваллуд бошад, таҳқиқоти патоморфологии пласенти зояндаҳои ҳарду гурӯҳ гузаронида шуд.

Таҳқиқоти ултрасадоӣ дар дастгоҳи ТУС ALOGA 3500 CCD бо блоки доплерӣ дуқарата гузаронида шуд- дар 17-25 ҳафта (скрининги ултрасадоӣ) ва дар ҳафтаи 29-34 – ум (ТУС бо доплетрияи маҷрои хун дар системаи «модар-пласента-чанин»)-и ҳомилагӣ анҷом дода шуд.

Омӯзиши доплерометрии ҳолати маҷрои хуни бачадон –пласента, фетопласентарӣ ва чанинӣ дар муҳлати аз 29то 30-34 ҳафтаи акушерии ҳомилагӣ дар аорта, шарёни бачадон ва шарёни танобаки кофи чанин гузаронида шуд.

Таҳқиқоти макро- ва микроскопии ҳамроҳак дар шўъбаи патоморфологӣ ва иммуногистохимиявии омосҳои одамони Маркази илмӣ ҷумҳуриявии онкологӣ, аз тарафи ходими калони илмӣ Масаидова Лола Вячеславовна 26 ҳамроҳак таҳлил карда шуд, ки аз онҳо 15 ҳамроҳаки гурӯҳи асосӣ ва 11 ҳамроҳаки гурӯҳи занҳои солим буданд.

Унсурҳои таркибии ҳамроҳак бо усули биопсия аз минтақаҳои марказӣ, парамарказӣ ва периферии пласента, танобаки ноф ва пардаҳои экетропласентарӣ (методикаи А.П. Милованова) аз таҳқиқоти микроскопӣ гузаронида шудаанд.

Таҳлили возеҳии осебҳо ба таври субъективӣ гузаронида ва ҳамчун возеҳии суст, миёна ва боқувват баҳогузорӣ шуданд. Возеҳии норасоии пласентарӣ мувофиқи тасниф, ки дар монографияи Колобов В.А. ва ҳаммуаллифон (2011) баҳогузорӣ карда шуд, арзёбӣ гардид.

Бар иловаи ҳама усулҳои зикршудаи таҳқиқот, ҳамчунин аз лаҳзаҳои муҳим дар таҳқиқоти мо муайян қардани статуси витамини Д дар занҳои ҳомилаи гурӯҳи муқоисавӣ, бо роҳи муайянкунии миқдори муайян карда шуд 25-гидрокси- холекалсифера (25(ОН)D) дар серуми варидии хун бо усули ИФА буд. 25(ОН)D ИФА-тест барои таҳлили саҳтфазагии иммуноферментӣ, ки дар асоси принципи алоқамандии рақобатӣ бунёд шудааст.

Таъминнокӣ бо витамини Д мувофиқи тавсияҳои клиникаи Ассотсиатсияи Россиягии эндокринологҳо (с.2016) баҳогузорӣ карда шуд. Сатҳи муносиби 25(ОН)- витамини Д в дар серум – 30–150 нг/мл, камбуди Д – 20-30 нг/мл, дефицит – 10-20 нг/мл, 10 нг/мл ва пасттар – дефицити возеҳ (вазнин) –и витамин.

Ғайр аз ин, сатҳи зиндагӣ, хусусиятҳои ғизо, истеъмоли препаратҳои витамини Д, бо роҳи пурсиш ва ҷамъоварии анамнез ба ҳисоб гирифта шуданд. Муқаррар карда шуд,

ки қаблан ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам муқоисавии ҳомилаҳо ягон намуди препарати витамини Д истифода нашудааст.

Меъёрҳои самаранокӣ, мувофиқати аз тарафи беморон қабулшуда мувофиқи алгоритми пешниҳодшуда басомадҳои зеринро дар бар гирифтааст: инкишофи ҳомилағӣ то муҳлати расидағӣ; валодати пеш аз муҳлат; таваллуд шудани кӯдакони вазнашон аз 2500, 0 грамм камтар ва оризаҳои неонаталӣ.

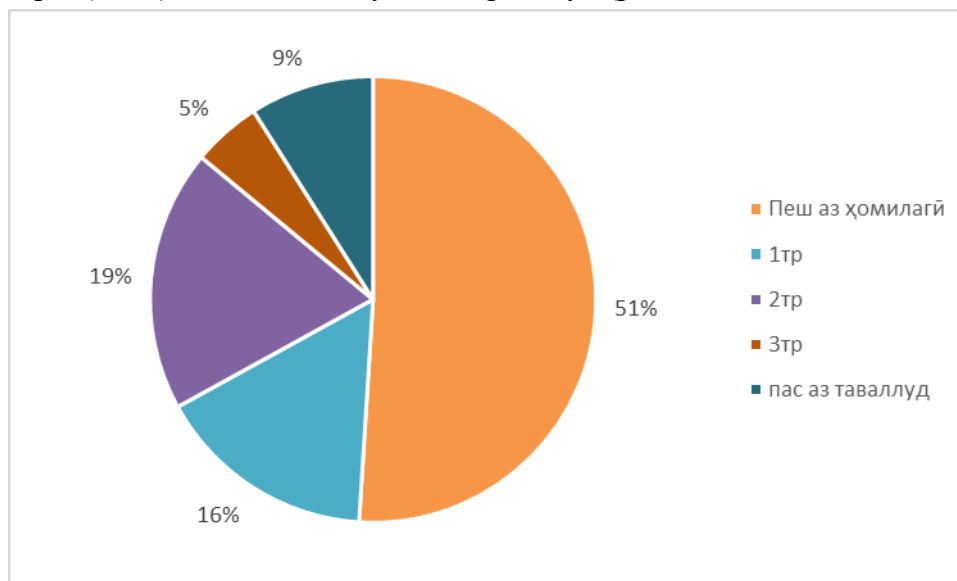
Маълумотҳо қисман бо ёрии бастаи барномаи Microsoft Excel 2000 ҷамъоварӣ ва таҳлили омӯрӣ карда шуданд. Ҳамчунин дар версияи IBM SPSS Statistics 26.0 ирсол карда шуданд. Бузургҳои миёна ва тағйиротҳои стандартии онҳо ($M \pm \sigma$) барои намунаҳои миқдорӣ ва ҳисса барои нишондиҳандаҳои сифатӣ ҳисоб карда шуданд.

Тести Пирсон хи-квадрат барои таҳлили омӯрии маълумотҳои категориалӣ истифода шуд. Бо Т-критерияҳои тоқ фарқиятҳо бо маълумотҳои ададӣ бо тақсимкунии муътадил баҳогузорӣ карданд. Барои маълумотҳои ададӣ ғайрипараметрӣ аз критерияи Манн-Уитни ва критерияҳои Крускал-Уоллис истифода карда шуд. Нишондодҳои Р камтар аз 0,05 аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ҳисобида шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Дар давраи ишорашуда таҳти муоина 64 зани ҳомила қарор дошт. Бо мақсади иҷро намудани вазифаҳои таҳқиқот ҳомилаҳо ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи I (псой) 43 зани ҳомилаи дорои шаклҳо ва ҷойгиршавиҳои гуногуни БС ва ба гурӯҳи II (муқоисавӣ) – ҳомилаҳои нисбатан солим дохил карда шуданд.

БС дар триместри якуми ҳомилағӣ дар 7 (16,2%) зан, дар триместри дуюм – дар 8 (18,6%), дар триместри сеюм – дар 2 (4,7%), дар 22 (51,2%) зан то ҳомилағӣ, ки дар заминаи табобати зиддисилӣ ҳомила шудаанд, ташхис карда шуд, дар давраи барвақти ҳомилағӣ дар 4 (9,3%) –и зояндаҳо муайян карда шуд (расми 1):



Расми 1. – Замони муайян кардани БС (давраи гестатсия)

Дар **ҷадвали 1** гурӯҳбандӣ кардани ҳомилаҳо мувофиқи шаклҳои клиникаи БС оварда шудааст, дар ин ҷо нишон дода шудааст, ки ҷои асосиро бемории сили шушҳо (БСЛ) (58,1%) маҳз шакли (46,6%), ишғол мекунанд. Шаклҳои дигар камтар ба мушоҳида расиданд: кавернозӣ (2,3%), паҳншуда – (4,6%), плеврит (18,6%), гирехҳои лимфатикӣ (14,0%) ва бофтаҳои нарм (2,3%).

Қисмати аввалияи беморӣ дар 37 (86,0%) зани ҳомила ташхис карда шуд, дар 6 (14,0%) – беморӣ такроран пайдо шудааст. Дар бештари ҳолатҳо - дар 36 (83,7%) занҳо нисбат ба шаклҳои асосии препаратҳои зиддисилӣ (ПЗС) ҳассосият доштанд, дар 7 (16,71%) ҳолат устуворӣ нисбат ба шаклҳои сершумори доругӣ ба БС муайян карда шуд. 6 (14,0%) бемори дорои шаклҳои сили ғайришушӣ ба таснифи БС гирехҳои лимфатикӣ

дохил карда шуданд ва дар 8 (18,6%)-и беморон минтакаи осебдида плевра буд (чадвали 1):

Чадвали 1. – Сохтори шаклҳои клиникаи БС дар гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи ҳомилаҳо (n, %)

Шакли беморӣ	Гурӯҳ I (n=43)	
	Миқдор	%
Сили шушҳо:	25	58,1
- инфилтративӣ	20	46,6
- лонавӣ (конунӣ)	2	4,6
- паҳншуда	2	4,6
- кавернозӣ	1	2,3
Сили ғайришушӣ:	15	34,9
- плеврит	8	18,6
- сили гирехҳои лимфатикӣ	6	14,0
- сили бофтаҳои нарм	1	2,3
Омехта:	3	7,0
абдоминалӣ/шушӣ	2	4,6
панувеит/шушӣ	1	2,3
Бори нахуст муайяншуда	37	86,0
Такрорӣ	6	14,0
Оризанок	9	20,9

Дар таҳлили натиҷаҳои ба даст овардашуда қайд карда шудааст, ки синну соли беморон дар ҳудуди аз 20 то 44 сол қарор дорад. Синну соли миёнаи занҳои ҳомилаи гурӯҳи асосӣ ба $27,4 \pm 5,7$ сол баробар буда, дар гурӯҳи муқоисавӣ – $24,4 \pm 3,5$ сол ($p > 0,05$ ($U=319,0$; $Z=1,89$)) аст. БС шушҳо бештар дар занҳои аз 25 то 34-сола ба назар расид, БС ғайришушӣ дар солҳои нисбатан барвақти синну соли репродуктивӣ то 24-сола муайян карда шуд.

Тавре ки дар чадвали 2 нишон дода шудааст, дар байни занҳо бекорҳо 26 (60,5%), коргарон (боғбон, ҳавлирӯб, фаррош, пешхизмат) – 7 (16,3%), хизматчиён (ҳамшираи тиббӣ, менечер, артист, муаллим, коргари бонк, толибилм) – 7 (16,3%) (чадвали 2):

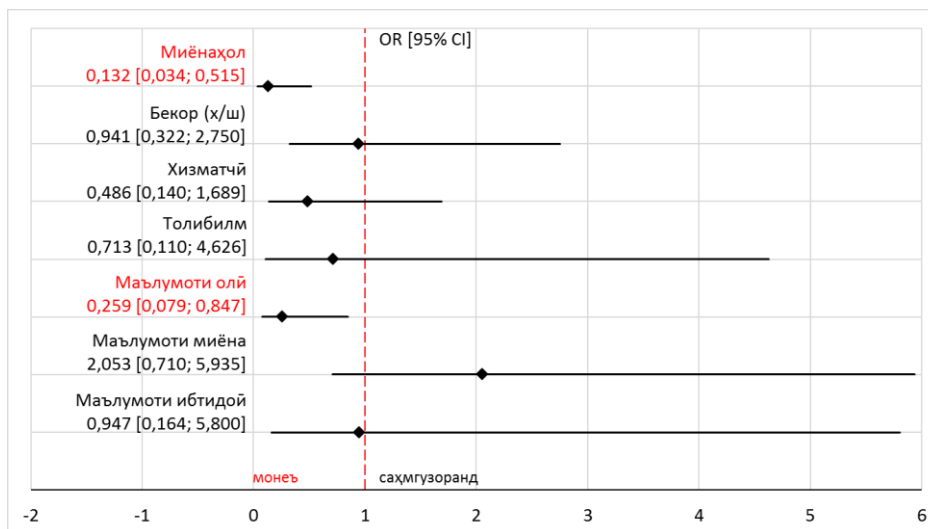
Чадвали 2. – Статуси иҷтимоии ҳомилаҳои гурӯҳҳои таҳқиқшуда (мутл. %)

Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи I 43(100%)	Гурӯҳи II 21(100%)	p*
	n (%)	n (%)	
Макон ва шароити зист			
Шаҳр	40(93,0)	21(100,0)	
Деҳа	3(7,0)	-	
Камбизоат	24(55,8)	3(14,3)	=0,004 ($\chi^2=8,35$)
Миёнаҳол	19(44,2)	18(85,7)	=0,004 ($\chi^2=8,35$)
Мақоми иҷтимоӣ			
Бекор (соҳибхоназан)	26(60,5)	13(61,9)	>0,05 (=0,03)
Муҳочирон	6(14,0)	-	
Коргарон (боғбон, ҳавлирӯб, фаррош, пешхизмат)	7(16,3)	-	
Хизматчиён (ҳамшираи тиббӣ, менечер, муаллим)	7(16,3)	6(28,6)	>0,05 ($\chi^2=0,67$)
Толибилмон	3(7,0)	2(9,5)	>0,05 ($\chi^2=0,02$)

* Эзоҳ: p – аҳамияти омили фарқияти (тибқи критерияи χ^2 бо ислоҳи Йетс)

Дар байни 43 (100%) ҳомилаи бемор 6 (14,0%) муҳочирони меҳнатӣ буданд, ки нишондиҳандаи баланд ба ҳисоб меравад, чунки қисми зиёди аҳолии ҷумҳуриро муҳочирони меҳнатӣ ташкил медиҳанд.

Мувофиқи графикаи пешниҳодшуда, чунин омилҳо ба монанди миёнаҳои, шуғли иҷтимоӣ (муаллим), таҳсилоти олии сади роҳи пайдошавии беморӣ мегарданд. Даромади кам, таҳсилоти паст ё миёна, ҳамчунин бекорӣ омилҳои муҳимми мусоидаткунанда барои пайдошавии БС буданд ($p=0,004$) (расми 2):

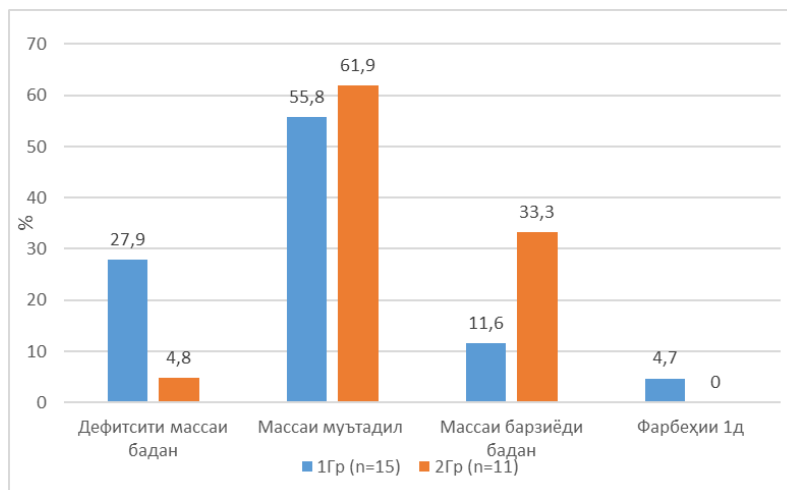


Расми 2. – Баҳодихӣ ба таносуби имкониятҳо аз 95% ДИ барои омилҳои омӯхташаванда бо хатари пайдошавии БС

Шоҳиси миёнаи вазни бадан дар ҳомилаҳои гурӯҳи асосӣ $21,2 \pm 4,2$ кг/м² буд, аз ҷиҳати аҳамияти оморӣ паст буд ($p=0,003$ ($U=249,0$; $Z=-2,89$)), назар гурӯҳи ҳомилаҳои солим - $23,3 \pm 3,0$ кг/м², гарчанде дар ҳудуди нишондиҳандаҳои меъёрӣ қарор дошт (ҷадвали 3.).

Нишондоди шоҳиси вазни бадани занҳои гурӯҳҳои муқоисашавандаро тақсим карда, чунин маълумотҳо ба даст овардем: дефицити вазни бадан ($<18,9$ кг/м²) ва 12(27,9%) гурӯҳи I, ки аз ҷиҳати оморӣ аз гурӯҳи муқоисавӣ зиёд фарқ мекард - 4,8% ($p=0,043$ ($\chi^2=3,35$)).

Вазни муътадил ($19,0-24,9$ кг/м²) – дар 24(55,8%) ва 61,9%, вазни барзиёди бадан ($25,0-29,9$ кг/м²) низ аҳамияти оморӣ фарқиятҳои байни гурӯҳҳо дида мешуд, мутаносибан ($p=0,048$ ($\chi^2=3,05$)) - 5(11,6%) ва 7(33,7%). Танҳо дар ду ҳомилаи гурӯҳи асосӣ фарбеҳии дараҷаи 1 дида шуд (4,7%) (расми 3):



Расми 3. – Нишондиҳандаҳои шоҳиси вазни бадан дар ҳомилаҳои гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

Бояд қайд кард, ки хангоми омӯхтани вазни миёнаи бадани ҳомилаҳо дар марҳалаи муоинаи антенаталӣ, иловашавии миёнаи умумии вазни бадан дар давраи ҳомилагӣ муқоиса карда шуд (ҷадвали 3):

Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои қаду вазни ҳомилаҳои гурӯҳҳои таҳқиқшаванда ($M \pm m$)

Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи I N (%) 43(100%)	Гурӯҳи II N (%) 21 (100%)	p*
	M±m	M±m	
Қади миёна, см	160,2±0,96	160,5±0,91	>0,05 (U =422,5; Z =0,41)
Вазни миёна дар аввали ҳомилагӣ, кг	53,9±9,7	58,4±8,5	=0,015 (U =282,5; Z =-2,41)
Вазни миёна дар охири ҳомилагӣ, кг	65,3±9,0	72,8±8,4	<0,001 (U =173,0; Z =-3,98)
Иловашавии миёна дар замони ҳомилагӣ, кг	11,0±0,7	14,3±1,0	=0,012 (U =277,5; Z =-2,49)
Шохиси массаи бадан, кг	21,2±4,2	23,3±3,0	=0,003 (U =249,0; Z =-2,89)

* Эзоҳ: p – аҳамияти оморӣ фарқияти предикторҳо дар байни гурӯҳҳо ($p < 0,05$) (тибқи критерияи Манн-Уитни)

Фарқиятҳои азҷиҳати оморӣ муҳимми вазн дар итидо муайян карда шуд ($p = 0,015$), ки мутаносибан 53,9±9,7 кг ва 58,4±8,5кг-ро ташкил меод ва дар охири ҳомилагӣ мутаносибан - 65,3±9,0 кг ва 72,8±8,4 кг ($p < 0,001$) буд. Иловашавии умумии вазни бадан дар давраи ҳомилагӣ дар гурӯҳи занҳои дорои БС ва дар гурӯҳи муқоисашаванда мутаносибан 11,0±0,7 кг ва 14,3±1,0 –ро ташкил дод ($p = 0,012$).

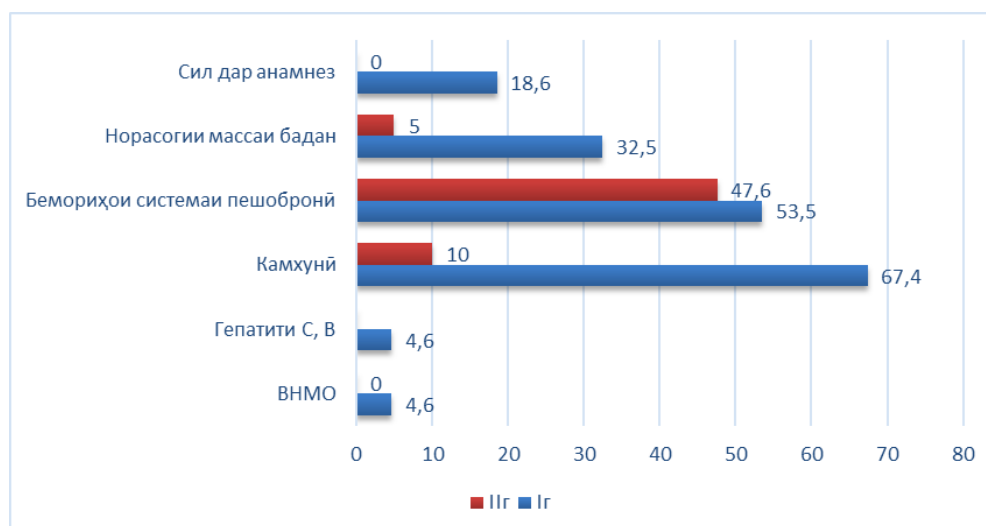
Дар байни 43 беморон маъмулан занҳои давраи фаъоли синну соли репродуктивӣ – дар 38 (88,3%) ҳолат, бартарӣ доштанд, синну соли дери репродуктивӣ 5 (11,6%) ҳомила ташкил дод, аз ҷумла як нафар, 44-сола буд. Дар гурӯҳи занҳои солим, ҳамаи ҳомилаҳо (100%) дар давраи фаъоли синну соли репродуктивӣ қарор доштанд- аз 19 то 33-сола. Паритети занҳои гурӯҳҳои муқоисашаванда фарқияти аз ҷиҳати оморӣ ночиз дошт ($p > 0,05$), гарчанде дар гурӯҳи асосӣ миқдори занҳои бисёрзо зиёд буд (14,0%), назар ба занҳои, ки гирифтори БС набуданд (гурӯҳи II – 4,8%). 16 (37,2%) нафар зан дар байни занҳои ҳомилаи муоинашавандаи занҳои ба назорат гирифташуда, ки гирифтори БС буданд, бори нахуст ҳомила шудаанд, боқимонда 27 (62,8%) нафар зан ҳомилаҳои такрорзоянда буданд.

Аз бемориҳои соматикӣ аз сар гузаронида дар ҳомилаҳои гирифтори БС бештар СШР (сироятҳои шадиди респираторӣ) (97,7%), ИДБ (32,6%), тонзиллити музмин (16,3%), пиелонефрит (41,9%), БСП (11,6%) буданд. Пневмонияҳои аз сар гузаронидашуда, ки дар 4,7% ҳолат ба мушоҳида расид ва БС дар анамнез, ки дар 8 (18,6%) нафар зани гурӯҳи асосӣ ба қайд гирифта шудааст, диққатҷалбкунандаанд (ҷадвали 3,4.). Бемориҳои муқарраршудаи аз сар гузаронидашуда хангоми таҳлили муқоисавӣ, гарчи дар гурӯҳи асосӣ бештар буданд, аҳамияти оморӣ зоҳир накарданд ($p > 0,05$).

Бартари аз ҷиҳати оморӣ муҳимми ҳомилаҳо ($p = 0,008$; $X^2 = 7,11$), ки анемияҳои дараҷаи вазниниашон гуногунро аз сар гузаронидаанд, дар анамнези 29 (67,4%) дар гурӯҳи ҳомилаҳо, ки гирифтори БС буданд ва 6 (28,6%) нафар дар гурӯҳи муқоисавӣ ба қайд гирифта шуд, ки осебпазирӣ ба пайдошавии бемориҳои нишон медиҳанд.

БС-и марбут ба ВНМО, ҳамчун бемории хамроҳшуда аз миқдори умумии беморони муайян кардашуда, дар 2 (4,6%) нафар зани ҳомилаи дида шуд. Қайд карда шуд, ки ин нисбат ба маълумотҳои тафсири Нақшаи миллии стратегии муҳофизати аҳоли аз БС барои солҳои 2015-2020 (1,6%) нишондиҳандаи баланд аст. Сабаби ин мумкин аст, ки ба бузург шудани миқёси скрининги клиникӣ одамони бо ВНМО дар солҳои охир

зиндагикунанда (ОВМОЗ) бо БС вобаста бошад (расми 4):



Расми 4. – Анамнези соматикии занҳои гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (%)

Таҳлили муқоисавии бемориҳои ҳамроҳшуда дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда анамнези нисбатан вазнини соматикиро дар гурӯҳи ҳомилаҳои дорои БС нишондод, ки дар миёни онҳо чунин бемориҳо, ба монанди анемия ва камбудии массаи бадан аз ҷиҳати омӯри муҳимтар дар занҳои дорои БСдида шуданд, назар ба гурӯҳи занҳои бидуни БС. Анемияи дараҷаҳои вазниниаш гуногун дар гурӯҳи яқум дар 35 (81,4%) зан аз 43 нафар, дар гурӯҳи дуюм – дар 3 (14,3%) ҳомила ба қайд гирифта шуд ($p < 0,001$; $\chi^2 = 23,64$). Дефицити массаи бадан дар 18 (41,9%) ва 1 (4,8%) ҳолат мутаносибан дар гурӯҳҳо ($p = 0,006$; $\chi^2 = 7,61$) ба мушоҳида расид.

Давомнокии БС то ташхис дар занҳои зергурӯҳи IA $54,1 \pm 84,9$ рӯзро ташкил дод, ки дар замони ҳомилагӣ ошкор карда шуданд ва $72,6 \pm 153,3$ рӯз дар занҳои зергурӯҳи IB буд, ки то сар шудани ҳомилагӣ сироятнок шуда бҷуданд ($p < 0,001$ ($\chi^2 = 9,54$)). Ҳангоми муқоиса кардани ҳассосият нисбат ба ТЗС (табобати зиддисилӣ) дар занҳои ҳомилаи дорои БС, миқдори зиёди аз ҷиҳати омӯри муҳимми шаклҳои ҳассоси беморӣ дар зергурӯҳи IA ($p = 0,046$ ($\chi^2 = 2,99$)) – мутаносибан 20 (95,2%) ва 16 (72,7%) ба мушоҳида расид.

Аломатҳои клиники БС дар ҳомилаҳои гурӯҳи муқоисашаванда ба тавари назаррас фарқ намекард (ҷадвали 4):

Ҷадвали 4. – Ҷараёни клиникии БС дар зергурӯҳҳо (n, %)

Симптомҳо	Гурӯҳи асосӣ				p*
	Зергурӯҳи IA (n = 21)		Зергурӯҳи IB (n = 22)		
	n	%	n	%	
Сулфа	9	42,9	16	72,7	$=0,047$ ($\chi^2 = 3,94$)
Баланд шудани ҳарорати бадан	13	61,9	13	59,1	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,02$)
Нафастангӣ	13	61,9	13	59,1	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,02$)
Дарди маҳдуд	16	76,2	17	77,3	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,08$)
Хунтуфкунӣ	2	9,5	-	-	
Талафи массаи бадан	9	42,9	16	72,7	$=0,047$ ($\chi^2 = 3,94$)
Симптомҳои интоксикатсия	19	90,4	19	86,7	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,00$)
Араққунӣ	10	47,6	14	63,6	$>0,05$ ($\chi^2 = 0,56$)

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои байнинишондиҳандаҳои зергурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2 бо ислоҳи Йетс).

Симптомҳои нисбатан зиёд дучоршаванда симптомҳои интоксикатсияи умумӣ буданд, ба монанди беҳолӣ ва сустӣ- мутаносибан 90,4% ва 86,7% дар зергурӯҳҳо ($p > 0,05$ ($\chi^2 = 0,00$)).

Дар занҳое, ки то ҳомилагӣ бемор шудаанд, сулфа бо нишондоди аз ҷиҳати оморӣ муҳим намоён буд ($p = 0,047$ ($\chi^2 = 3,94$)), дар муқоиса аз ҳомилаҳои бемор мутаносибан дар зергурӯҳҳо (42,9% ва 72,7%). Нафастангӣ бемориро дар ҳар як нафари дуҷуми ҳам зергурӯҳи якум ва ҳам дуҷуми вазнин мекард (мутаносибан 61,9% ва 59,1%), дарди маҳдуд (мутаносибан 76,2% ва 77,3%), ҳарорати субфебрилӣ (61,9% ва 59,1%), ки ҳангоми таҳлили омории муқоисавӣ фарқиятҳои муҳимми омори доро набуданд ($p > 0,05$ ($\chi^2 = 0,02-0,08$)). Хунтуфкунӣ ҳамчун симптоми деструксияи бофтаи шушҳо дар 9,5%-и ҳолатҳо дида шуд, танҳо дар зергурӯҳи якум.

Фарқияти эътимодноки муҳим дар талафи массаи бадан ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миёнаи муайян карда шуд, ки ҳангоми бемории дар замони ҳомилагӣ таҳхисшуда талафи камтари он дида шуд, назар ба ҳомилагӣ (мутаносибан дар зергурӯҳҳо 42,9% ва 72,7%) ($p = 0,047$ ($\chi^2 = 3,94$)). Пас, беморие, ки ҳангоми ҳомилагӣ муайян карда шудааст, вазнинтар мегузарад назар ба давраи ҳомила набудан.

Аз натиҷаҳои таҳлили умумии хун дида мешавад, ки нишондиҳандаҳои миёнаи гемоглобин дар занҳои ҳомилаи ҳарду зергурӯҳ назар ба занҳои солим хеле паст аст ($p < 0,001$), дар ин ҷо нишондиҳандаи гемоглобин дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои 1А ва ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо, дар занҳои дорои БС аз ҷиҳати оморӣ, маҳз дар замони ҳомилагӣ таҳхисшуда ($p^1 < 0,001$), хеле паст буд ($p < 0,001$ ($df = 2; N = 20,4$)) (ҷадвали 5):

Ҷадвали 5. – Медианаи нишондиҳандаҳои таҳлили умумии хун дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

Нишондиҳандаҳои асосӣ	Гурӯҳи асосӣ (M±m)		Гурӯҳи назоратӣ (M±m)	p*
	IA	IB		
Эритроцитҳо (млн.)	3,4±0,4	3,5±0,3 $p_1 > 0,05$	3,9±0,3 $p_1 = 0,001$ $p_2 = 0,002$	<0,001 (df=2; N=15,8)
Гемоглобин (г/л)	100,3±19,7	106,6±10,8 $p_1 > 0,05$	117,1±5,8 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001 (df=2; N=20,4)
Тромбоцитҳо (ҳазор)	228,0±31,6	238,8±34,4	249,2±19,6	>0,05 (df=2; N=5,9)
СОЭ (мм/с)	23,7±7,0	18,0±6,8 $p_1 = 0,019$	18,4±5,6 $p_1 = 0,027$ $p_2 > 0,05$	=0,009 (df=2; N=9,5)
Лейкоситҳо (ҳазор)	7,9±1,3	7,9±1,3	8,4±1,3	>0,05 (df=2; N=2,8)
Лимфоситҳо (%)	21,8±6,0	21,7±4,3	22,3±4,9	>0,05 (df=2; N=0,6)

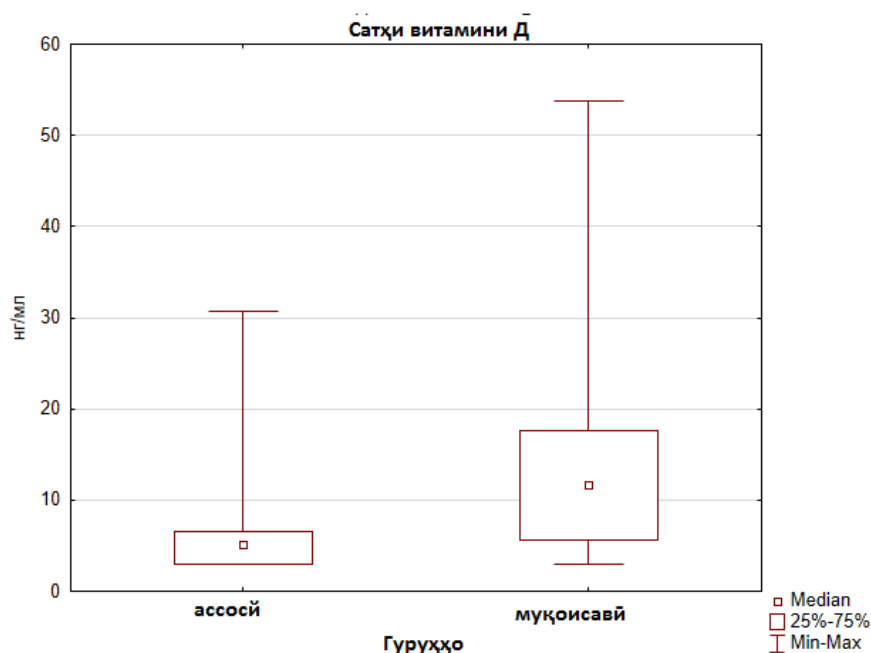
*Эзоҳ: p – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (тибқи критерияи Крускал-Уоллес); post-hoc: p_1 – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи IA; p_2 – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи IB; (post-hoc тибқи Манн-Уитни)

Суръати таҳшиншавии эритроцитҳо (СОЭ) дар гурӯҳи занҳои солими ҳомила ва занҳои зергурӯҳи IB ($p_1 = 0,027$) аз ҷиҳати оморӣ хеле паст буда, дар ҳудуди аз 15 то 55 мм/с қарор дошт ва ба ҳисоби миёна дар зергурӯҳи IA 23,7±7,0(1,5) мм/с ва дар зергурӯҳи IB аз 5 то 41 мм/с буд, нишондиҳандаи миёна ба 18,0±6,8(1,4) мм/с баробар буд. Дар гурӯҳи назоратӣ нишондиҳандаи миёнаи СОЭ 18,4±5,6(1,2) мм/с.–ро ташкил дод.

Нишондиҳандаҳои СОЭ дар байни ҳамаи гурӯҳҳо низ фарқиятҳои аз ҷиҳати омори муҳимро муайян карданд ($p=0,009(df=2; N=9,5)$).

Баъдан дар ҳомилаҳо таҳлили биохимиявии параметрҳои хун гузаронида шуд, дар ин ҷо дар нишондиҳандаҳои умумии сафедаи хуни занҳои ҳомилаи зергурӯҳи асосии 1А тағйиротҳо муайян карда шуд. Нишондиҳандаи миёнаи он $56,9 \pm 8,3$ г/л –ро ташкил дод, ки аз нишондиҳандаҳои ҳадди (65-85 г/л) паст аст. Дар зергурӯҳи 1Б сатҳи умумии сафедаи хун нисбатан паст буд, аммо ба сарҳадҳои поёнии меъёр хеле наздик буд ($62,1 \pm 12,3$ г/л). Муқоиса кардани нишондиҳандаҳо дар зергурӯҳҳо фарқиятҳои саҳеҳро муайян накарданд ($p1 > 0,05$). Фарқиятҳои аз ҷиҳати омори муҳимми сафедаи умумии хун ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои гурӯҳи солим ($65,7 \pm 4,0$ г/л) бо зергурӯҳи 1А ($p1 = 0,003$), ҳамчунин нишондиҳандаҳои байни ҳамаи гурӯҳҳо ($p=0,004 (df=2; N=10,8)$) муайян карда шуданд,

Тибқи натиҷаҳои ба даст овардашуда муайян карда шуд, ки дар занҳои ҳомилаи дорои БС сатҳи хеле пасти витамини Д ($7,8 \pm 8,7$ нг/мл) муайян карда шуд, ки аз 3,0 то 30,7 нг/мл-ро ташкил дод. Дар ҳомилаҳои гурӯҳи назоратӣ консентратсияи калсидиол аз 3,0 то 53,7 нг/мл буд (расми 5):



Расми 5. – Сатҳи витамини Д дар занҳои гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

Бо яд қайд кард, ки он ба ҳисоби миёна дар ҳомилаҳои солим паст бошад ҳам, аз ҷумла— $17,24 \pm 18,6$ нг/мл, вале аз гурӯҳи асосӣ каме баланд буд, ки ҳамчун дефицити муҳтавои витамини Д қабул шудааст, мувофиқи тавсияҳои клиникии Ассотсиасияи Россиягии эндокринологҳо (с.2016).

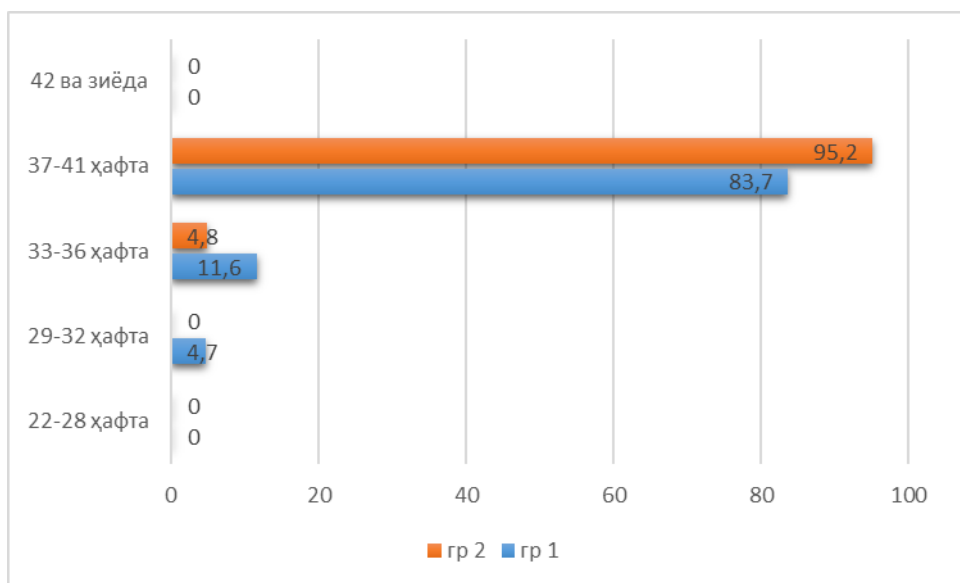
Муҳтавои пасти витамини Д дар ҳомилаҳои гурӯҳҳои таҳқиқшаванда бо ин маънидод карда мешавад, ки чамъоварии хун дар бештари занҳо (57,2%) дар давраи тирамоҳу зимистон гузаронида шуд. Нишондиҳандаи миёнаи сатҳи витамини Д дар ҳомилаҳо, ки дар давраи тирамоҳу зимистон гузаронида шуда буданд, мутаносибан дар гурӯҳҳо $10,53 \pm 13,5$ нг/мл ва $28,6 \pm 21,7$ нг/мл -ро ташкил дод.

Ҳамин тавр, камбудии муқарраркардашудаи назарраси витамини Д ($7,8 \pm 8,7$ нг/мл) дар занҳои ҳомилаи дорои БС, уҳдадор месозад, ки ба таҳқиқот муайян кардани статуси он дар хун, бар иловаи усулҳои дигари таҳқиқот, дохил карда шавад, ҳамчунин ислоҳи саривақтӣ барои такмил додани табobati бемории асосӣ ва беҳтар кардани натиҷаҳои онҳо гузаронида шавад.

Таҳлили чараёни ҳомилагӣ, валодат ва давраи бармаҳали пас аз валодат нишон дод, ки аз оризаҳои зиёд дучоршаванда ва интизорӣ дар триместри якуми ҳомилагӣ ин таҳдид ба қатъ шудани ҳомилагӣ дар 37,2% - дар триместри якуми ҳомилагӣ; 67,4% - дар

триместри дуум ва 30,2% - дар триместри сеюм ба назар расид. Ба қайкунии ҳомилаҳо дараҷаҳои гуногуни вазнинӣ 26 (60,5%) зан ишора кардааст. Камхунии норасоии оҳан дараҷаҳои вазниниашон сабук ва миёна чараёни ҳомилагиро ҳам дар триместри I (58,2%), дар триместри II (60,5%) ва ҳам триместри III (65,2%) оризанок кардаанд, ки ин ҳангоми муқоиса дар гурӯҳҳо фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимро муайян кард ($p < 0,001$; $\chi^2 = 11,26$). Пиелонефрити ҳомилаҳо дар триместри III триместре – 37,2%, дар триместри II-дар 18,6% -и занҳо ба назар расид. Бояд қайд кард, ки пиелонефрити музмин дар триместри II дар 4,7% -и занҳои ҳомила шиддат гирифтааст.

Валодат дар ҳарду гурӯҳ, асосан, дар муҳлат муайян карда шуд (83,7% ва 95,2%). Муҳлати миёнаи валодат мутаносибан дар гурӯҳҳо $38,2 \pm 2,6$ ва $39,5 \pm 1,2$ ҳафтаи гестатсияро ташкил дод, ($p > 0,05$ ($U = 326,5$; $Z = -1,81$)) (расми 6):



Расми 6. – Муҳлати гестатсионии валодат дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда (ҳафта)

Дар 72,1%-и ҳолатҳо валодат дар гурӯҳи асосӣ аз тариқи роҳҳои табиӣ таваллудкунӣ сурат гирифтааст. Нишондиҳандаи валодати абдоминалӣ маъмулан, асосан, бемории акушерӣ буд.

Аз нишондиҳандаҳои фтизиатрӣ ба валодати абдоминалӣ пешравии БС ва бад шудани ҳолати ҳомилагӣ (24,9%) буд, инчунин дар як ҳолат, ҳомиларо бинобар норасоии авҷгирандаи нафаскашӣ таҷилан ба таври ҷарроҳӣ зоёниданд (8,3%).

Қайд кардан ба маврид аст, ки нишондиҳандаи миёнаи давомнокии умумии зоёнидан аз тариқи роҳҳои табиӣ валодат мутаносибан дар гурӯҳи занҳои дорои БС ва гурӯҳи солим – $502,6 \pm 44,9$ дақ., ва $600,2 \pm 49,2$ дақ. буд, аз ҳисоби кӯтоҳ шудани давраи якум ва камтар давраи хорич кардани ҷанин, аммо фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим дар гурӯҳҳои муқоисашаванда муайян карда нашуд.

Патологияи нисбатан зиёд дучоршаванда, ки чараёни ҳомилагӣ ва валодатро оризанок месозад, дар гурӯҳи асосӣ то валодат даридани пардаҳои ҷанин мебошад, ки дар 9 (21,0%) ҳомила оризанок шудааст. Давомнокии давраи беобӣ аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим нест ($p > 0,05$ ($U = 251,5$; $Z = 0,95$)), аммо ҳангоми муқоиса кардан дар гурӯҳҳо, дар занҳои ҳомилаи дорои БС зиёд буда, ба ҳисоби миёна мутаносибан дар гурӯҳҳои муқоисашаванда $483,3 \pm 142,3$ ва $203,3 \pm 62,2$ –ро ташкил дод.

Ҳамчунин валодат дар гурӯҳи асосӣ бо чунин оризаҳои акушерӣ, ба монанди валодати пеш аз муҳлат (18,6%) оризанок шудаанд. Медианаи муҳлати ҳомилагӣ ҳангоми валодати қабл аз муҳлат 34 ҳафтарао ташкил дод. Бо дараҷаи камтар оризаҳои ҷудошавии пеш аз муҳлати пласентаи муътадил ҷойниршуда (4,7%), осеби роҳҳои таваллудкунӣ (25,5%), преэклампсия (7,0%), аномалияи фаъолияти валодат (16,0%) ва хорионамнионит мушоҳида шуданд.

Зиёдшавии аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимми талафи умумии хун ҳангоми валодати табиӣ

дар гурӯҳи занҳои ҳомилаи дорои БС хеле баланд буда, ба ҳисоби миёна мутаносибан $244,0 \pm 16,0$ мл ва $186,5 \pm 10,2$ мл, дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ($p=0,004$ ($U=166,0$; $Z=2,86$)) –ро ташкил дод.

Оризаҳои пас аз валодат дар зояндаҳои ҳарду гурӯҳ – дар 20,9% (9 ҳолат) дар гурӯҳи асосӣ ва 4,8% ҳолат дар гурӯҳи зояндаҳои солим ба назар расид. Мавқеи асосиро дар байни оризаҳои давраи барвақти пас аз валодат хунравӣ ишғол намуд, маҳз хунравии гипо- ва атоникӣ (11,6% танҳо дар гурӯҳи асосӣ), субинволютсияи бачадон (мутаносибан дар гурӯҳҳо 11,6% ва 4,8%), гематометра (7,0% дар гурӯҳи асосӣ ва 4,8% дар гурӯҳи мукоисавӣ).

Миқдори миёнаи бистар-рӯз, ки дар статсионар гузаронидаанд, дар гурӯҳи зояндаҳои гурӯҳи БС $6,2 \pm 0,8$ рӯзро ташкил дод, $3,3 \pm 0,3$ рӯз дар гурӯҳи зояндаҳои солим ($p=0,009$ ($U=278,0$; $Z=2,69$)) буд.

Бо мақсади баҳогузорӣ ва таҳлили ҳолати комплекси фетопласентарӣ скрининги динамикаи зиёд шудани баландии бачадон нисбат ба муҳлати гестатсия (гравидограмма), ҳамчунин фетометрияи ултрасадоӣ (18-23 ҳафта) ва доплерометрияи (29-34 ҳафта) рағҳои модар-пласента-чанин, дар давраи пас аз валодат бошад – таҳқиқоти патоморфологии пласента гузаронида шуданд.

Нишондиҳандаи миёнаи зиёдшавии баландии қаъри бачадон (БКБ) дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда дар муҳлатҳои гуногуни гестатсия дар мукоиса аз гурӯҳи ҳомилаҳои солим дорои фарқиятҳои муҳимми оморӣ буданд (ҷадвали 6):

Ҷадвали 6. – Медианҳои баландии қаъри бачадон дар давраҳои гуногуни гестатсионӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (см., $M \pm SE$)

Муҳлати Гестатсия (ҳафта)	Гурӯҳи асосӣ (n =43)	Гурӯҳи назоратӣ (n =21)	p*
20	$18,5 \pm 0,2$	$19,6 \pm 0,1$	$<0,001$ ($U=179,0$; $Z=-3,95$)
24	$22,4 \pm 0,2$	$23,2 \pm 0,2$	$=0,005$ ($U=250,5$; $Z=-2,89$)
28	$26,5 \pm 0,2$	$27,6 \pm 0,1$	$<0,001$ ($U=162,0$; $Z=-4,25$)
35	$32,5 \pm 0,3$	$34,0 \pm 0,3$	$<0,001$ ($U=189,5$; $Z=-3,66$)
37	$33,6 \pm 0,3$	$35,7 \pm 0,3$	$<0,001$ ($U=135,0$; $Z=-3,70$)
39-40	$34,2 \pm 0,6$	$34,7 \pm 0,5$	$>0,05$ ($U=203,5$; $Z=-0,64$)
Валодат	$33,4 \pm 0,4$	$35,1 \pm 0,5$	$=0,019$ ($U=273,0$; $Z=-2,36$)

*Эзоҳ: p - фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (тибқи меъёри Манн-Уитни)

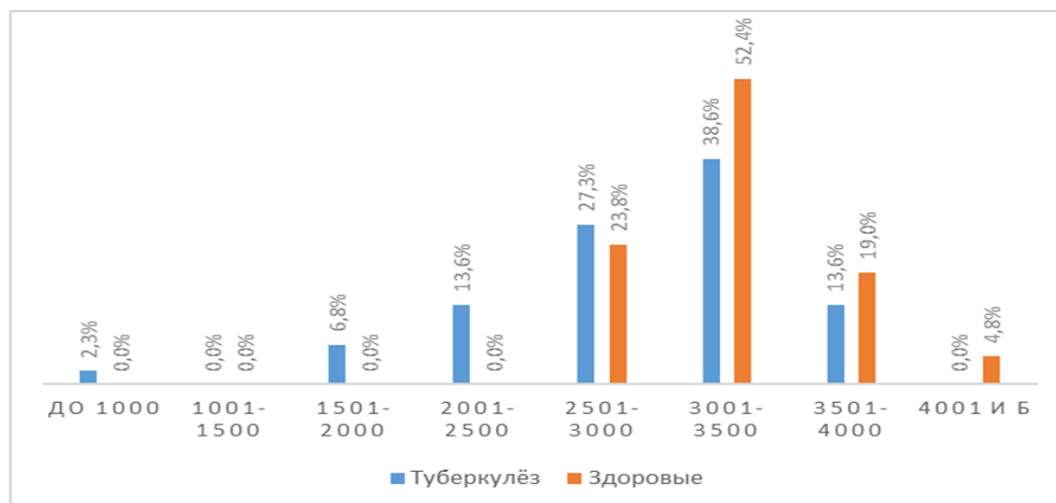
Ҳангоми омӯختани маълумотҳои скринингии фетометрия аҳамияти андозаи бипариталии сарак (мутаносибан дар гурӯҳҳо $43,9 \pm 1,4$ ва $46,3 \pm 1,1$ мм), ҳамчунин дигар нишондиҳандаҳо нисбатан андозаи хурд доштанд, дар мукоиса аз гурӯҳи занҳои ҳомилаи солим. Қутри аз ҷиҳати оморӣ муҳимми рони чанин дар гурӯҳи асосӣ фарқ мекард, ки ин $29,0 \pm 1,2$ мм, дар гурӯҳи асосӣ – $33,4 \pm 1,3$ мм ($p=0,027$ ($U=200,5$; $Z=-2,19$)) –ро ташкил дод.

Суръати маҷрои хун дар шарёнҳои бачадон дар тарафи рост ($1,65 \pm 0,05$ ва $1,86 \pm 0,03$, дар гурӯҳҳо ($p=0,002$ ($U=173,5$; $Z=-3,00$)) ва чап ($1,64 \pm 0,06$ ва $1,85 \pm 0,03$, мувофиқи гурӯҳҳо ($p=0,003$ ($U=195,0$; $Z=-2,62$)) фарқ мекунанд, ки дар гурӯҳи асосӣ вай наздик аст. Маълумотҳои коэффитсиенти пласентарӣ дар гурӯҳи занҳои ҳомилаи гирифтори БС ($0,31 \pm 0,19$) назар ба гурӯҳҳои ҳомилаҳои солим ($0,24 \pm 0,03$) ($p > 0,05$ ($U=223,0$; $Z=1,59$)) баландтар аст.

Ҳангоми таҳлил кардани натиҷаҳои перинаталӣ муайян карда шуд, ки массаи миёнаи бадани навзодҳо ҳангоми таваллуд шудан - $2935,5 \pm 84,9$ г ва $3221,4 \pm 83,1$ г, мутаносибан ба гурӯҳҳои таҳқиқшаванда ($p > 0,05$ ($U=328,5$; $Z=-1,87$)) буд. Фарқияти аз

чихати оморӣ муҳимдар нишондиҳандаҳои даври сар ($p=0,025$ ($U=303,0$; $Z=-2,28$)) ва кафаси сина ($p=0,005$ ($U=266,0$; $Z=-2,81$)) муайян карда шуд.

Навзодони бо вазни ками бадан (то 2500 г) танҳо дар гурӯҳи асосии таҳқиқот (БС) таваллуд шудаанд, ки 20,4% -и ҳамаи таваллудшудаҳоро ташкил медиҳад. Бо вазни то 3000г. 27,3%-и навзодон дар гурӯҳи дорои БС ва 23,8%-и навзодон дар гурӯҳи муқоисашаванда буданд (расми 7). Дар гурӯҳи ҳомилаҳои солим асосан навзодони вазни баданашон аз 3001 то 3500г – 52,4% таваллуд шудаанд, ки дар муқоиса аз гурӯҳи асосӣ– 38,6% ҳолат, фарқияти назарраси омори муайян кард (расми 7):



Расми 7. – Вазни навзодони гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (%)

16 (38,6%) навзодон аз гурӯҳи бемории сил дар ҳолати қаноатбахш таваллуд шудаанд, ки ин нисбат ба гурӯҳи занони ҳомилаи солим – 13 (61,9%) ($p=0,05$ ($\chi^2=2,79$)) аз ҷиҳати оморӣ хеле паст буд. 8 (18,2%) навзоди гурӯҳи асосӣ дар ҳолати вазнинии миёна ва 5 (11,4%) дар ҳолати вазнин таваллуд шудаанд. Дар 6 (13,6%) навзод таваккуфи инкишофи дохилибатнӣ бо намуди гипотрофикӣ ба мушоҳида расид. Нормотрофия – дар 38 (86,4%) навзодон мушоҳида шуд.

Энсефалопатияи перинаталии дараҷаҳои I ва II. генезашон гуногун дар 9,1% -и навзодон ташхис карда шуд. Бояд қайд кард, ки дар 15,0%-и навзодҳо дар гурӯҳи солимҳо энсефалопатияи перинаталии дараҷаи сабук (дараҷаи I) ($n=3$) дида шуд. Дар ҳолати асфиксия дар гурӯҳи асосӣ бештари навзодон таваллуд шудаанд - 7 (15,9%), дар гурӯҳи муқоисашаванда - 1, ки ба онҳо ёрии аввалияи реаниматсионӣ расонида шуд. Эмбриофетопатия дар ягон гурӯҳи занҳои дорои БС ва ягон гурӯҳи занҳои ҳомилаи солим муайян карда нашуд (ҷадвали 7):

Ҷадвали 7. – Оризаҳои давраи барвақти неонаталӣ дар гурӯҳҳо (n , %)

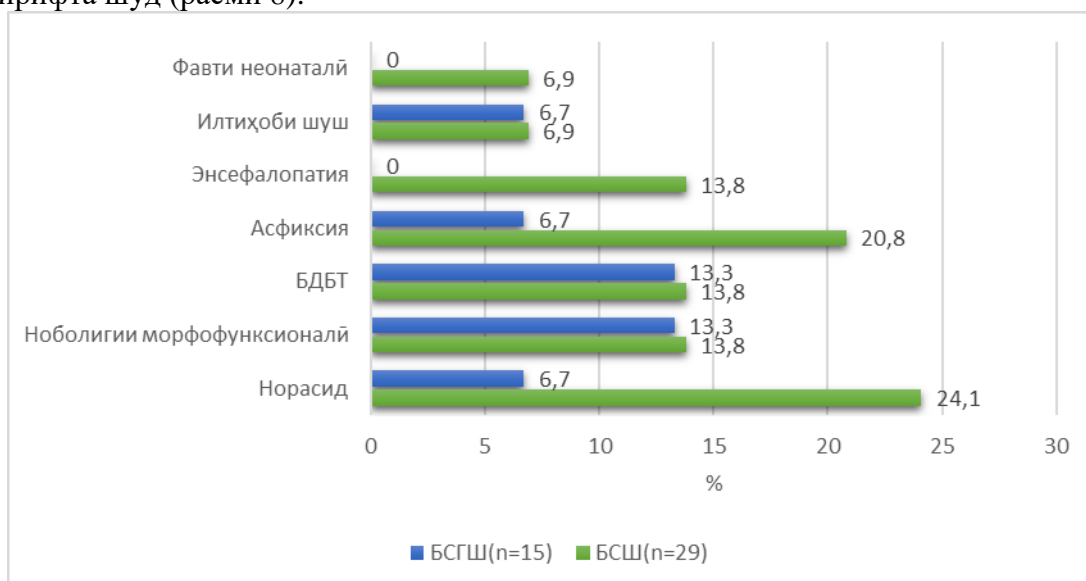
Ташхис	Гурӯҳи I ($n=44$)		Гурӯҳи II ($n=21$)	
	Мутлақ.	%	Мутлақ.	%
Норасида	8	18,2	-	-
Ноболиғии морфофункционалӣ	6*	13,6	1	5,0
ТИДБ	6	13,6	0	0
Энсефалопатияи перинаталӣ	4	9,1	3	15,0
Асфиксия	7*	15,9	1	5,0
Фавти неонаталӣ (бармарҳал)	2	4,5	-	-

*Эзоҳ: фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (тибқи меъёри Манн-Уитни) - $p \leq 0,05$.

Дар ду навзоди норасида фавти неонаталии барвақт (шабонарӯзи 3 ва 5-и пас аз

валодат) рух дод, ки бо сустии ниҳоят зиёди протсессҳои адаптатсионӣ ва вазни ниҳоят ками бадан (1100 ва 1500,0 г.) вобастаанд.

Ҳангоми омӯхтани натиҷаҳои перинаталӣ вобаста аз шакли БС, ҳиссаи нисбатан баланди оризаҳои неонаталӣ дар навзодон аз модарони гирифтори шаклҳои сабуки БС ба кайд гирифта шуд (расми 8):



Расми 8. – Натиҷаҳои перинаталӣ вобаста аз шаклҳои бемории сил

Басомади таваллуд шудани навзодони норасид дар ҳомилаҳои дорои БСШ (24,1%), назар ба ҳомилаҳои БСГШ (6,7%) баланд буд ($p < 0,05$). Ҳамчунин аз оризаҳои неонаталӣ, дар навзодони аз занҳои дорои шаклҳои сабуки БС таваллудшуда, бештар асфиксия (20,8% ($p = 0,05$), энсефалопатия (13,8%) ва фавти неонаталӣ (6,9%) ба мушоҳида расид.

Дар чадвали 8 натиҷаҳои таҳқиқотҳои морфофункционалӣ гузаронида шуданд, ки дар онҳо оид ба муайян кардани тағйиротҳои инволютивӣ-дистрофикӣ дар пласентаҳои зояндаҳои ҳарду гурӯҳ пешниҳод карда шудааст. Тавре ки дар чадвал дида мешавад, миқдори онҳо дар гурӯҳи асосӣ аз рӯи ҳама параметрҳо баланд буд, назар ба гурӯҳи муқоисавӣ, аммо бидуни расидан ба сатҳи фарқиятҳои муҳим (чадвали 8):

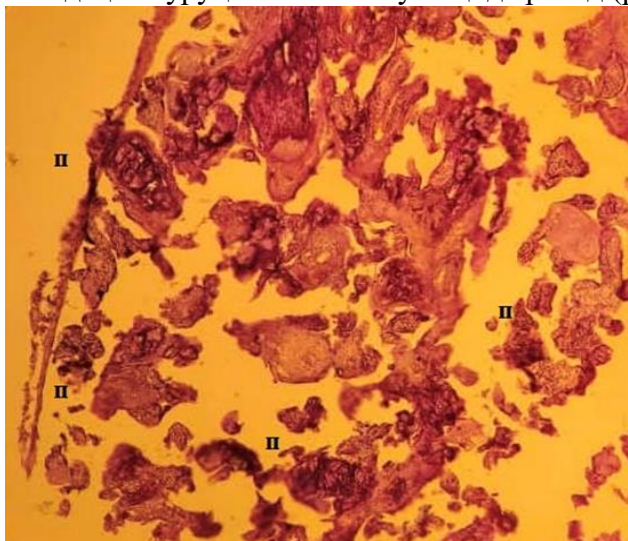
Чадвали 8. – Басомади протсессҳои инволютивӣ-дистрофикӣ ва илтиҳобии пласентаи зояндаҳои гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

Нишондиҳанда	Асосӣ (n=15)		Назоратӣ (n=11)		p*
	n	%	n	%	
Хориони пурзадор					
- имбибитсияи геморрагӣ	4	27	1	9	$>0,05$ ($\chi^2=0,38$)
- омоси строма	3	20	-	-	-
- илтиҳоб	3	20	1	9	$>0,05$ ($\chi^2=0,04$)
Фосилаи байни пурзаҳо					
- фиброз	11	73	7	64	$>0,05$ ($\chi^2=0,01$)
- илтиҳоб	3	20	1	9	$>0,05$ ($\chi^2=0,04$)
- калсиноз	4	27	-	-	-

*Эзоҳ: фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми байни гурӯҳҳо (тибқи меъёри критерии χ^2 бо ислоҳи Йетс)

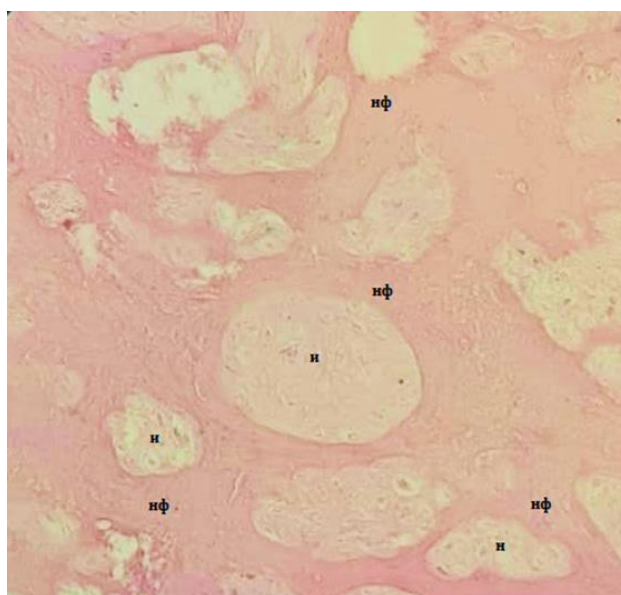
Он чӣ, ки ба тағйиротҳои инволютивӣ-дистрофикӣ тааллуқ дорад, ин аст, ки танҳо дар яке аз онҳо (вучуд доштани лонаи калсификатсия дар стромаи пурза) басомади муайян кардани онҳо дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи назоратӣ баланд – мутаносибан дар 53% ва 9%-и ҳолатҳо ($p = 0,004$; $\chi^2 = 8,35$) буд.

Омоси стромаи пурза ва таҳшини намакҳои калсий дар фосилаи байни пурзаҳо танҳо дар пласентаҳои зояндаҳои гурӯҳи асосӣ ба мушоҳида расид (расми 9):



Расми 9. – Қабатҳои намаки калсий дар пласентаи зояндаҳои дорои БС П – петрификатҳо. Рангкунӣ бо гематоксилин-эозин. Микрофотография, объектив $\times 10$

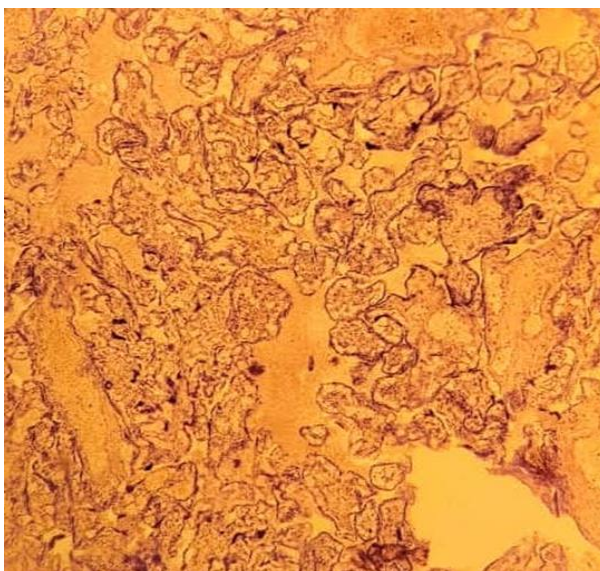
Таҳқиқоти морфологии пласенти беморон басомади баланди аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимми миқдори норасоии музмини пласентарино нишон дод, ки дар гурӯҳи асосӣ 100% ва гурӯҳи муқоисавӣ 91% – ро ташкил дод ($p > 0,05$; $\chi^2 = 0,03$). Дар гурӯҳи БС аломатҳои морфологии норасоии музмини пласентарӣ возеҳтар буданд, гарчанде ки аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим набуданд (33% дар муқобили 9% дар гурӯҳи назоратӣ ($p > 0,05$; $\chi^2 = 0,96$), ки боиси сар задани таваллудкунии бармаҳал гаштаанд (мутаносибан 27% ва 9% дар гурӯҳҳои муқоисашаванда ($p > 0,05$), ТИДБ ҷанин (13% танҳо дар гурӯҳи асосӣ), то валодат пора шудани пардаи ҷанин (20% танҳо дар гурӯҳи асосӣ) ва дигар оризаҳои акушерӣ ва перинаталӣ. Дар гурӯҳи пласента зояндаҳои солим, гарчанде аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим набуданд, вале шакли сабуки норасоии музмини пласентарӣ бартарӣ дошт (55% дар муқобили 27%) ($p > 0,05$; $\chi^2 = 0,46$). Дар расми 10 манзараи хоси шакли субкомпенсатсионии норасоии музмини пласентарӣ оварда шудааст (расми 10):



Расми 10. – Ҳамроҳаки зояндаҳои дорои БС инфилтративии шушиҳо. Бартари мӯякчаҳои мобайнии ноболиг, лонаҳои инфаркт, фиброз. И – инфаркт, РФ – риштаҳои фибрин. Рангкунӣ бо гематоксилин-эозин. Микрофотография, объектив $\times 40$

Тавре ки аз расми 10 бармеояд, дар препарат бартари мўякчаҳои мобайнии тафрикашавандаи ноболиғ, хунравиҳои байнимўякчавӣ, лонаҳои некрозҳо (инфаркт), пурзаҳои (мўякчаҳои) девории хорион дар фибрин ва серхунии рағҳо дида мешавад.

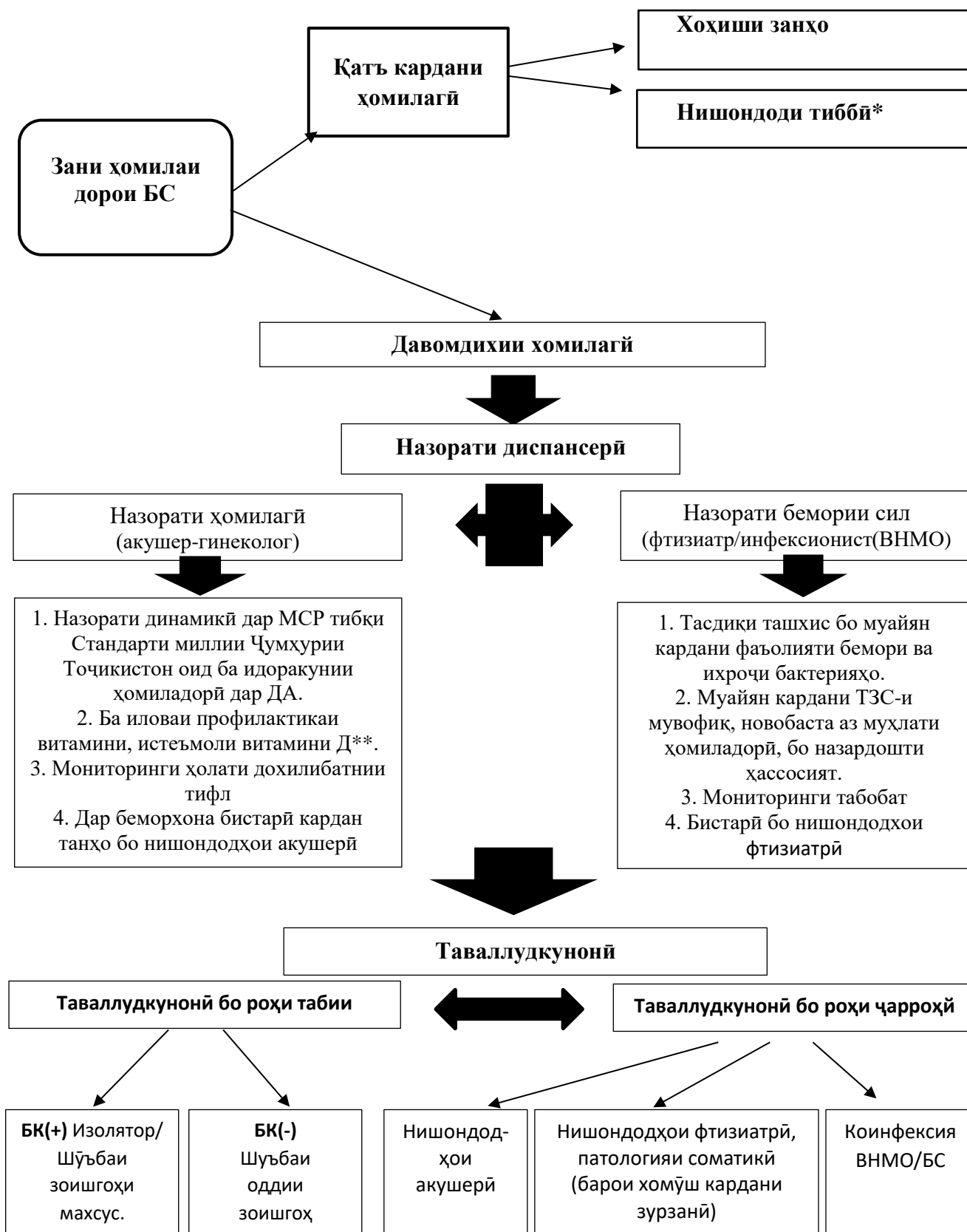
Ангиоматози хориони пурздор (мўякчадор) дар гурӯҳи асосӣ 47% -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи муқоисавӣ ангиоматоз 45% мушоҳида ($p > 0,05$; $\chi^2 = 0,11$) ба назар расид. Аммо ангиоматози возеҳи аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим дар пласентаи занҳои гурӯҳи асосӣ ба назар расид, ки 86% -ро ташкил дод, он дар гурӯҳи муқоисавӣ (20%) ($p = 0,045$; $\chi^2 = 5,18$) буд (расми 11):



Расми 11. - Пласентаи зояндаҳои дорои БС шуиҳо. Ангиоматоз (зиёд будани рағҳо дар мўякчаҳои хорион), гиреҳҳои калони синцитиалӣ. Рангкунӣ бо гематоксилин-эозин. Микрофотография, объектив $\times 10$

Тағйиротҳо дар сохтори морфологии пласента хусусияти номахсус доштанд. Тағйиротҳои макро- ва микроскопии пласентаи зояндаҳои гирифтори БС, ба монанди кам шудани ғафсии миёна ва ҳаҷм, тағйиротҳои инволютивӣ-дистрофикӣ, ихтилолҳои гемосиркуляторӣ – барои пайдо шудани шаклҳои нисбатан возеҳи НМП мусоидат кардаанд. НМП (норасоии музмини пласента) дар ҳама зояндаҳои гурӯҳи асосии таҳқиқот ва дар бештари занҳои гурӯҳи назоратӣ таъхис карда шуд, аммо шакли декомпенсатсионии он аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимтар бештар дар занҳои дорои БС ба назар расид. Гиперваскуляризиатсияи мўякчаҳо, тавлид шудани гиреҳчаҳои синцитиалӣ аз ҷиҳати функционалӣ фаъол ва мембранаҳои синцитиокапиллярӣ, ангиоматоз аксуламалҳои муҳофизатӣ маҳсуб мешуданд, аммо онҳо пурра наметавонанд, ки трофикаро дастгирӣ кунанд ва пайдошавии норасоии пласентаро ҷуброн намоянд ва дар натиҷа, боиси бад шудани натиҷаҳои перинаталӣ (ТИДБ, хурд шудани андозаи бадани навзодон) гаштанд.

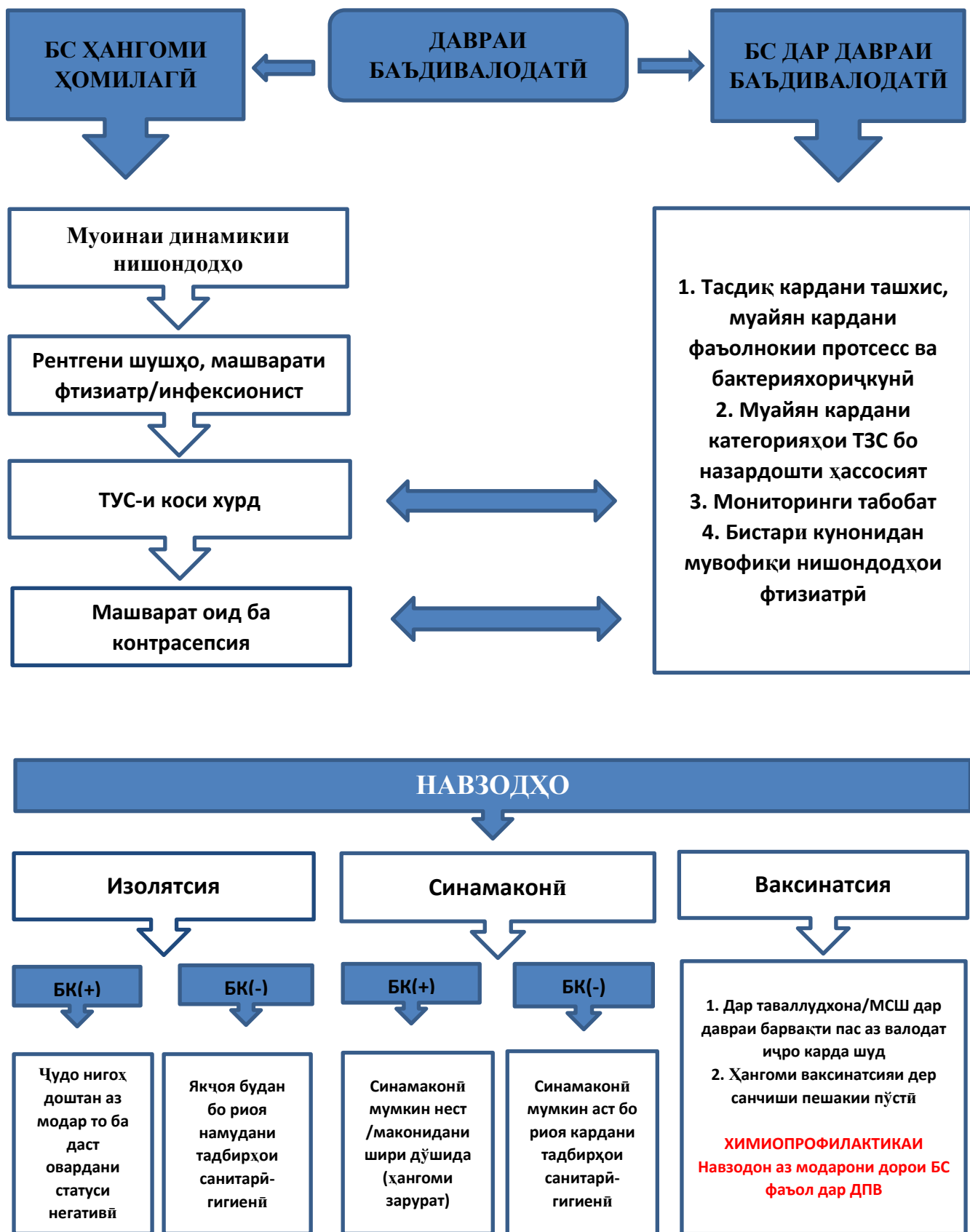
Тавасути таҳлили муқоисавии чараёни протсесси гестатсионӣ ва натиҷаҳои перинаталӣ муқаррар карда шуд, ки истифода намудани тавсияҳо оид ба омодагии прегравидарӣ ва алгоритми муроқибабизанҳои ҳомилаи дорои БС имконият медиҳад, ки натиҷаҳои акушерӣ то 12% ва натиҷаҳои перинаталӣ тавассути кам кардани миқдори валодатҳои пеш аз муҳлат то 33,5%, таваллудшавии кўдакони камвазн то 9,1% -и ҳолатҳо бештар карда шавад (расми 12 ва 13):



* - БС барои ҳомилағӣ зидди нишондода нест. Қарор баровардан дар бораи қаъ кардани ҳомилағӣ дар консилиуми табибон ҳаллу фасл карда мешавад

** - истеъмоли перпаратҳои 25 гидроксивитамини Д пас аз муайян кардани сатҳи он дар плазмаи хун сурат мегирад

Расми 12. – Алгоритми мувоҷиҳати ҳомилағӣ дар занҳои гирифтори бемории сил



Расми 13. - Алгоритми мураккаби зояндаҳои гирифтори бемории сил

Хулосаҳо

1. Омилҳои нисбатан муҳимми хатари БС даромади паст, таҳсилоти паст ва миёна, инчунин бекорӣ мебошанд, ки боиси пайдо шудани БС мегарданд ($p=0,004$, $OR =7,579$, 95% ДИ $=29,600$) [1-М, 2-М, 8-М, 11-М, 12-М, 17-М, 22-М, 23-М, 24-М].

2. Махсусиятҳои протесси гестатсионӣ инҳо буданд: таҳдиди исқоти чанин, валодати пеш аз муҳлат, зиёдшавии аз меъёр ками вазни бадан дар давраи ҳомилагӣ, зиёд шудани миқдори порашавии падаи мембрана то валодат, таваллудшавии пеш аз муҳлат, кам шудани давомнокии умумии валодат, зиёд шудани ҳаҷми умумии талафи хун, зиёд шудани миқдори амалиётҳои қайсарӣ, аз ҷумла бинобар оризаҳои акушерии пайдошуда. Камхунии норасоии оҳан дараҷаҳои вазниниашон гуногун ($p<0,001$) ва дефитситаи вазни бадан ($p=0,006$), бештар занҳои дорои БС-ро ҳамроҳӣ мекарданд. Сатҳи пасти нишондиҳандаи сафедаи умумии хун ($56,9\pm 8,3$ г/л) дар занҳои бемор муайян карда шуд, ки ҳангоми ҳомилагӣ ташхис карда шудааст ($p=0,004$), сатҳи хеле пасти витамини Д ($7,8\pm 8,7$ нг/мл) дар занҳои ҳомилаи дорои БС муайян карда шуд, ин уҳдадор месозад, ки ба таҳқиқот муайян кардани статуси он дар хун, бар иловаи усулҳои дигари таҳқиқот, ҳамчунин барои такмил додани табобати бемории асосӣ ва беҳтар кардани натиҷаҳои онҳо ислоҳи саривактӣ дохил карда шавад [4-М, 5-М, 6-М, 9-М, 10-М, 11-М, 13-М, 15-М, 16-М, 19-М, 25-М, 26-М].

3. Бемории сил яке аз омилҳои мебошад, ки ба инкишофи бемориҳои перинаталӣ ва вайроншавии болиғшавии морфофункционалии навзодон (норасида, массаи ками бадан ҳангоми таваллуд шудан, ТИБД асфиксия, энсефалопатияи перинаталӣ ва ҳатто фавти барвакти неонаталӣ) таъсир мерасонад. Миқдори кӯдакони норасид таваллудшуда дар занҳои ҳомилаи дорои бемории сили шушҳо (БСШ) (24,1%), назар ба занҳои дорои бемории сили ғайришушӣ хеле зиёд буд (6,7%) ($p<0,05$). Ҳамчунин аз ҷумлаи оризаҳои неонаталӣ аз занҳои дорои бемории сили шушҳо таваллудшуда бештар асфиксия (20,8%), энсефалопатия (13,8%) ва фавти неонаталӣ (6,9%) ба мушоҳида расид. Истифодаи тавсияҳои ба тайёрии прегравидарӣ ва алгоритми мураккаби занҳои ҳомила ва зояндаҳои дорои БС имконият медиҳад, ки натиҷаҳои акушерӣ дар 12% ва натиҷаҳои перинаталӣ тавассути кам кардани миқдори таваллудкуниҳои пеш аз муҳлат то 33,5%, таваллуд шудани кӯдакони камвазн то 9,1%-и ҳолатҳо беҳтар карда шавад [4-М, 5-М, 6-М, 14-М, 18-М, 20-М, 24-М, 26-М].

4. Бемории сил дар занони ҳомила ба тағирёбии хусусиятҳои морфофункционалии машина (вайрон шудани инкишофи виллӣ, вайрон шудани гардиши хуни бачадон) мусоидат кард, ки ба инкишофи шаклҳои вазнинтари норасоии машинавӣ оварда расонд. Механизмҳои компенсатории норасоии машинавӣ (ангиоматоз, гиперваскуляризиатсияи виллиҳо) қодир набуданд, ки функцияи трофикии машинро пурра нигоҳ доранд, ки дар ниҳоят ба оқибатҳои бадтари перинаталӣ оварда расонд [3-М, 21-М].

Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Дар ҳама ҳолатҳои баланд шудани ҳарорати бадани генезаш номаълум дар занҳои ҳомила, ҳамчунин ВИЧ-сироят, дар баробари дигар таҳқиқотҳои ҳатмӣ, дохил кардани таҳқиқотҳо барои БМ (санчиши манту, экспресс тестгузорӣ, рентген) зарур аст, барои сари вақт ташхис ва табобат кардани БС гузаронидани таҳқиқоти рентгенологӣ (ҳифз кардани чанин) ва минбаъд аз тарафи акушер-гинеколог, фтизиатр, табиб-сироятшинос якҷоя мураккабат ва муоина намудани беморон ҳатмӣ мебошад.

2. Баъд аз тасдиқ намудани ташхис, истифода намудани химиотерапияи муносиб ҳангоми ҳомилагӣ, ба манъ кардани он роҳ дода нашавад; ҳамчунин сари вақт гузаронидани ислоҳи зухуроти манфии химиотерапияи зиддисилӣ. Тавсия карда мешавад, ки ҳар 4 ҳафта тестҳои динамикии функцияҳои чигар дар давоми тамоми давраи ТЗС (табобати зиддисилӣ) дар вақти ҳомилагӣ ва дар давраи барвакти пас аз валодат гузаронида шавад.

3. Қарор қабул кардан дар бораи дароз намудани ҳомилағӣ, масъалаи валодати абдоминалӣ тавассути консилиуми табибон мутахассисони соҳаҳои ба ҳам наздик (акушер-гинеколог, фтизиатр, табиби ташхиси ултрасадоӣ ва инфекционист), хоҳиши занон, ҳолати умумии беморон ва чараҳои бемории асосӣ, шакли беморӣ, майл доштан ба табобат, муҳлати ҳомилағӣ ва чараҳои он, ҳолати дохилибатнӣ чанин ва ғайраро ба ҳисоб гирифта, ҳаллу фасл карда мешавад.

4. Камхунӣ, дефитсити массаи бадан ва витамини Д, ки дар занҳои ҳомилаи дорои БС муайян карда шудаанд, ухдадор месозанд, ки ҳамаи занҳои ҳомилаи дорои БС ва занҳои ҳомилаи гурӯҳи хатар таҳқиқ карда шуда, баъдан онҳо ислоҳ карда шаванд. Бо мақсади ислоҳ витамини Д дар занҳои ҳомила тавсия карда мешавад, ки дар триместри якум то 4000МЕ препарат дар шабонарӯз, ё 200 000МЕ яккарата, дар муҳлатҳои нисбатан дертар - схемаи стандартӣ истифода карда шавад.

5. Машварати фтизиатр барои ҳомилаҳое, ки дар онҳо баъди аз гузаронидани БС чихати тағйиротҳои боқимонда вучуддоранд, хатмист.

6. Зоёнидани ҳомилаҳои дорои БС фаъол + бояд дар шуъбаи махсуси акушерӣ ва аз ҳомилаҳои дорои БС ғайрифавол ва молишаки балғам барои БС манфӣ –дар шуъбаҳои таваллудхонаҳои маъмулӣ гузаронида шаванд.

7. Таъсири токсикӣ препаратҳои бемориҳои сили ба шаклҳои сершумори доруҳои тобовар ба модару чанинро ба инобат гирифта, машварат ва табиғот дар байни беморон оид ба пешгирии ҳомилагии номатлуб муҳим аст; таъмин кардан бо воситаҳои комили контрацептивӣ дар тамоми давраи табобат, ки ба занҳо имконият медиҳад, кӯдакони солим дошта боша два ҳам солимии репродуктивиаширо ҳифз кунад. Пешниҳод намудани контрацепсия самаранок, дарозмуддат ва инфиродӣ (дохилибачадонӣ, воситаҳои зидди ҳамл, гестагенҳои дарозмуддат) хеле муҳим аст.

8. Дар асоси маълумотҳои ба даст овардашудаи таҳқиқот, ҳамчунин тавсияҳои мавҷудаи муосири илман асоснок оид ба мувофиқати занҳои ҳомилаи ин гурӯҳ, алгоритмҳои таҳияшудаи мувофиқати ҳомилаҳо ва зояндаҳои дорои БС, ки дар заминаи равишҳои байнифанӣ асос ёфтаанд (расми 12 ва 13), бояд дар сатҳи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ ва барои истифода дар муассисаҳои махсус паҳн карда шаванд.

Рӯйхати нашрияҳои илмӣ довталаб барои гирифтани унвони илмӣ

1. Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшавандаи

Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашршуда:

[1-М]. Валдошова, С.Ш. Туберкулёз и беременность: проблемы и пути их решения [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, У.Ю. Сироджидинова // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2019. – №1. – С. 147-153.

[2-М]. Валдошова, С.Ш. Медико-социальные особенности беременных женщин, больных туберкулёзом в Республике Таджикистан [Текст]/С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева// Ж. «Известия академии наук Республики Таджикистан». – Душанбе. – 2020. - №3(210). – С. 84-89.

[3-М]. Валдошова, С.Ш. Морфофункциональные особенности плаценты при туберкулёзе во время беременности [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2023. - №25(3). – С. 314-324.

II. Мақолаҳо ва фишурдаҳо, ки дар маҷмуаҳо ва дигар нашрияҳои илмӣ-амалӣ чоп шудаанд:

[4-М]. Валдошова, С.Ш. Перинатальные исходы у женщин республики таджикистан, страдающих туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Ж. «Вестник ЦНИИТ. Специальный выпуск». – Москва. – 2021. - №1. – С. 98-99.

[5-М]. Валдошова, С.Ш. Влияние туберкулёза лёгких на течение беременности, роды и перинатальные исходы [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Ж. «Журнал кардиореспираторных исследований. Специальный выпуск». – Самарканд. – 2022. - №SI-

1.1. – С. 361-365.

[6-М]. Валдошова, С.Ш. Некоторые аспекты акушерских и перинатальных исходов у беременных женщин с плевритом туберкулёзной этиологии [Текст]/С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллаева, В.Ю. Мельникова // Международный научно-практический журнал Endless Light in Science. – Алматы. – 2022. – С.72-77.

[7-М]. Валдошова, С.Ш. Особенности развития туберкулёза у беременных [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития села, туризма и народных ремесел» - Душанбе. – 2019. – С. 156.

[8-М]. Валдошова, С.Ш. Медико-социальные аспекты туберкулёза у беременных женщин [Текст]/ Валдошова С.Ш.// Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития села, туризма и народных ремесел» – Душанбе. – 2019. – С. 156.

[9-М]. Валдошова, С.Ш. Беременность и туберкулёз: особенности течения гестационного процесса [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ш. Бурунова, С.А. Шерова // Материалы XV научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С.135.

[10-М]. Валдошова, С.Ш. Перцентильная кривая высоты стояния дна матки и индекс массы тела беременных женщин, страдающих туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова, Ё.А. Имомназарова // Материалы XV научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С.135.

[11-М]. Валдошова, С.Ш. Клинико-лабораторные аспекты туберкулёза у беременных женщин [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-я годовщина) «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования», посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С.56.

[12-М]. Валдошова, С.Ш. Репродуктивный анамнез и экстрагенитальные заболевания больных туберкулёзом беременных женщин [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева // Материалы XV Международного конгресса по репродуктивной медицине. – Москва. – 2021. – С. 26-27.

[13-М]. Валдошова, С.Ш. Особенности течения родов у беременных с туберкулёзом [Текст]/ Р.М. Рахимова, С.Ш. Валдошова // Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С. 123. (доклад получил 2 место среди 3х лучших докладов в назначенной секции конференции)

[14-М]. Валдошова, С.Ш. Состояние здоровья новорождённых от матерей больных туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2020. – С. 38-39.

[15-М]. Валдошова, С.Ш. Особенности клинического течения туберкулёза лёгких у беременных [Текст]/ С.Ш. Валдошова, В.Ю. Мельникова // Материалы 75-й Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования». – Самарканд. – 2021. – С. 670-671.

[16-М]. Валдошова, С.Ш. К особенностям течения гестационного процесса у

женщин с внелёгочным туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, Х.Д. Давронбоева, М.Р. Давлатова// Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (69-я годовщина) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2022. – С. 53-55.

[17-М]. Валдошова, С.Ш. Статус витамина Д у беременных, больных туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.У. Юлдашева, В.Ю. Мельникова // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (69-я годовщина) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2022. – С. 52-53.

[18-М]. Валдошова, С.Ш. Оптимизация прегравидарной подготовки и ведения беременности женщин с туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллаева // Международный научно-практический журнал Endless Light in Science. – Алматы. – 2023. – С.115-120.

[19-М]. Валдошова, С.Ш. Клиническое течение туберкулёза у беременных с учётом времени выявления [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Материалы XXIV Всероссийского научно-образовательного форума Мать и дитя. – Москва. – 2023. – С. 10-11.

[20-М]. Валдошова, С.Ш. Влияние туберкулёза на внутриутробное развитие плода [Текст]/ С.Ш. Валдошова, Р.Б. Якубова // Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (2019-2021). – Душанбе. – 2021. – С. 38-39.

[21-М]. Валдошова, С.Ш. Морфологическая характеристика плацентарного комплекса у родильниц с активным туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллаева// Материалы XXIII Всероссийского научно-образовательного форума Мать и дитя. – Москва. – 2022. – С. 14-15.

[22-М]. Валдошова, С.Ш. Факторы риска туберкулёза у беременных женщин [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Материалы VII Съезда Акушеров-гинекологов и репродуктологов Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2022. – С. 137-144. (доклад)

[23-М]. Валдошова, С.Ш. К особенностям соматического анамнеза беременных, страдающих туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – Душанбе. – 2023. – С. 214.

[24-М]. Валдошова, С.Ш. Нутритивный статус беременных с туберкулёзом [Текст]/ С.Ш. Валдошова// Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – Душанбе. – 2023. – С. 213.

[25-М]. Валдошова, С.Ш. Течение раннего послеродового периода больных туберкулёзом родильниц [Текст]/ С.Ш. Валдошова // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – Душанбе. – 2023. – С. 214-215.

[26-М]. Валдошова, С.Ш. Акушерские исходы при туберкулёзе у беременных [Текст]/ С.Ш. Валдошова, Г.С. Разокова, О.Ф. Акрамова // Фундаментальная и прикладная наука: актуальные вопросы теории и практики: сборник статей III Международной научно-практической конференции. – Пенза. – 2023. – С. 207-211.

Лоиха:

[27-М]. Валдошова, С. Ш. Перинатальные исходы у женщин, страдающих туберкулёзом, с учётом реализации стратегии ДОТС в Республике Таджикистан/С.Ш. Валдошова, М. Ф. Додхоева// Президентский фонд фундаментальных исследований (2019-2021гг.) стр. 69.

Фехристи ихтисораҳо

АТ	- аномалияҳои таваллудкунӣ
БК	- бактерияи Кох
БКГ(BCG)	- аз Батсиллаи Калмет-Герен (<i>Bacillus Calmette-Guerin</i>)
БҚБ	- баландии қаъри бачадон
БИЗКХ	- бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд
БСП	- бемории санги пешоб
БСШ	- бемории сили шушӣ
ВЛТБ	- внелёгочный туберкулёз
ВНМО	- вируси норасоии масъунияти одам
ДПВ	- давраи пас аз валодат
КЧ	- коэффитсиенти чанин
КЧП	- коэффитсиенти чанину пласентарӣ.
КСМХ	- качхатаи суръати маҷрои хун
НМИ	- нуқсонҳои модарзодии инкишоф
НМП	- норасоии музмини пласентарӣ
НФПК	- ихтилоли маҷрои хуни фетопласентарӣ
ОВЗ	- одами бо ВИЧ зиндагикунанда
СМ	- синамакони
ПТПЧ	- порашавии то таваллудкунии пардаи чанин
ПЭ	- преэклампсия
ТЗС	- табобати зиддисилӣ
ТИДБ	- таваккуфи инкишофи дохилибатнӣ
ТСДБС	- таносуби систоликиву диастоликии БС
ТУТ	- Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ
УДС	- устуворӣ ба доруҳои сершумор
ЧПСЧМП	- чудошавии пеш аз муҳлати ҷойгиршавии муътадили пласента
ШН	- шохиси набазон
УВД	- устувории васеи доругӣ
VDR	- vitamin D receptors (ретсепторҳои витамини Д)
CDC	- аз Centers for Disease Control and Prevention (Маркази назорат ва профилактикаи бемориҳо ИМА)
DOTS	- Directly Observed Treatment Short course (курси мухтасари табобат таҳти муоинаи бевосита)

АННОТАЦИЯ

**автореферата диссертации Валдошовой Сурманисо Шарафовны
на тему: «Перинатальные исходы у женщин, страдающих туберкулёзом, с учётом
реализации стратегии ДОТС в Республике Таджикистан» на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.01.01- Акушерство и гинекология**

Ключевые слова: беременность, туберкулёз лёгких, туберкулёз внелёгочный, осложнения беременности, витамин Д, перинатальные исходы, внутриутробное состояние плода, морфология плаценты, плацентарная недостаточность.

Цель исследования. Улучшение исхода гестационного процесса у женщин, страдающих туберкулёзом, посредством оптимизации подходов и разработки комплекса мероприятий по ведению беременности с данной патологией, с учетом выявленных в исследовании особенностей.

Методы исследования и использованная аппаратура: общеклиническое, иммунологическое, ультразвуковое, доплерометрия кровотока системы мать-плацента-плод, патоморфологическое исследование плацент.

Полученные результаты и их новизна. На основании когортного исследования, изучены медико-социальные особенности и установлены факторы, способствующие развитию туберкулёза у беременных женщин. Доказано, что туберкулёз сказывается на исходе беременности: угроза выкидыша и преждевременных родов, меньшая прибавка массы тела за беременность, повышение частоты ДРПО и преждевременных родов, сокращение общей продолжительности родов, увеличение общего объёма кровопотери, увеличение частоты кесарева сечения. Обнаружено снижение уровня основной формы витамина Д у всех больных туберкулёзом беременных.

Гистологически установлено, что хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) была диагностирована у всех родильниц основной группы исследования и у большинства женщин контрольной группы, однако её декомпенсированная форма наблюдалась статистически значимо чаще у родильниц с ТБ. Гиперваскуляризация ворсин, образование функционально активных синцитиальных узелков и синцитиокапиллярных мембран, ангиоматоз являлись защитной реакцией, однако они не были способны в полной мере поддержать трофику и компенсировать проявления ПН, что, в конечном итоге, приводило к ухудшению перинатальных исходов (ЗВУР, уменьшение размеров тела новорождённых).

Научно обосновано, что использование рекомендаций по прегравидарной подготовке и алгоритма ведения беременных и родильниц с туберкулёзом позволяет улучшить акушерские исходы на 12% и перинатальные исходы путем снижения частоты преждевременных родов на 33,5% и рождение маловесных детей до 9,1% случаев.

Рекомендации по использованию: При любом повышении температуры у беременных неясного генеза, а также беременным с ВИЧ-инфекцией, наряду с другими обязательными исследованиями, следует включить обследование на туберкулёз. Выявленная анемия, дефицит массы тела и витамина Д у беременных с туберкулёзом обязывает обследование всех беременных с туберкулёзом и беременных из группы риска, с дальнейшей коррекцией. Учитывая токсическое воздействие препаратов МЛУ-ТБ на мать и плод, консультирование и пропаганда среди пациенток предупреждения наступления нежелательной беременности. Крайне важно предлагать эффективную, долгосрочную и индивидуализированную контрацепцию.

Область применения: акушерство и гинекология.

АННОТАТСИЯИ

автореферати диссертатсияи Валдошова Сурманисо Шарафова дар мавзӯи «Натиҷаҳои перинаталӣ дар занҳои гирифтори бемории сил бо назардошти таъбиқи стратегияи ДОТС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илми тиб аз рӯйи ихтисоси 14.01.01 – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Калимаҳои калидӣ: ҳомилагӣ, бемории сили шушҳо, бемории сили ғайришушӣ, оризаҳои ҳомилагӣ, витамини Д, натиҷаҳои перинаталӣ, ҳолати дохилибатнии чанин, морфологияи пласента, норасоии пласентарӣ.

Мақсади тадқиқот. Беҳтар сохтани натиҷаи протсессии гестатсионӣ дар занҳои гирифтори БС, тавассути оптимизатсияи равишҳо ва коркарди ҷорабиниҳои комплексӣ оид ба мувоқибати ҳомилаҳои дорои ин беморӣ, бо назардошти хусусиятҳои дар таҳқиқот муайян кардашуда.

Усулҳои таҳқиқот ва истифодаи таҷҳизот: таҳлилҳои умумиклиникӣ, иммунологӣ, ултрасадоӣ, доплерометрӣ бо харитасозии ранга, таҳқиқоти патоморфологияи пласента.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва навоғии онҳо. Дар асоси таҳқиқоти когортӣ хусусиятҳои тиббӣ-ичтимоӣ омӯхта ва омилҳои барои пайдошавии БС дар занҳои ҳомила мусоидаткунанда муқаррар карда шуданд. Иҷбот карда шуд, ки БС ба натиҷаи ҳомилагӣ алоқамандӣ дорад: таҳдиди исқоти ҳамл, валодатҳои пеш аз муҳлат, кам илова шудани массаи бадан дар давраи ҳомилагӣ, зиёд шудани миқдори ПТПЗ (порашавии то таввалудшавии пардаи чанинӣ) ва валодати пеш аз муҳлат, кӯтоҳ шудани давомнокии умумии валодат, давомнокии умумии таваллудкунӣ, зиёд шудани ҳаҷми талафоти хун, зиёд шудани миқдори амалиётҳои қайсарӣ. Паст шудани сатҳи шакли асосии витамини Д дар ҳамаи ҳомилаҳои гирифтори бемории сил муайян карда шуд.

Ба таври гистологӣ муқаррар карда шуд, ки норасоии музмини пласентарӣ (НМП) дар ҳама занҳои зояндаи гурӯҳи асосӣ ва бештари занҳои гурӯҳи муқоисавӣ ташхис карда шуда буд, аммо шакли ҷуброннашавандаи он аз ҷиҳати омӯри дар зояндаҳои дорои БС муҳимтар ба мушоҳида расид. Гиперваскуляризатсияи пурзаҳо (мӯякчаҳо), пайдо шудани гиреҳчаҳои синцитиокапилляриимембранаҳои аз ҷиҳати функционалӣ фаъол, ангиоматоз аксуламали муҳофизатӣ буданд, аммо онҳо қобилияти пурра дастгирӣ кардани трофика ва ҷуброн кардани зухуроти НП-ро надоштанд, ки дар ниҳояти қор боиси бад шудани натиҷаҳои перинаталӣ (ТИДБ, хурд шудани андозаи ҷисми навзодҳо) гаштанд.

Ба таври илмӣ асоснок карда шудааст, ки истифодаи тавсияҳо оид ба омодагии прегравидарӣ ва алгоритми мувоқибати ҳомилаҳо ва зояндаҳои дорои БС имконият медиҳад, ки натиҷаҳои акушерӣ то 12% ва натиҷаҳои перинаталӣ тавассути кам шудани миқдори валодатҳои пеш аз муҳлат то 33,5% ва таваллуд шудани навзодҳои вазнашон кам то 9,1% беҳтар карда шавад.

Тавсияҳо аз натиҷаҳои таҳқиқот:

Дар ҳама ҳолатҳои баланд шудани ҳарорати генезаш номаълум дар занҳои ҳомила, ҳамчунин ҳомилаҳои дорои ВИЧ-сироят, дар баробари дигар таҳқиқотҳои ҳатмӣ, дохил кардани таҳқиқоти БС ҳатмӣ мебошад. Ҳо барои БМ (намунаи манту, экспресс тестгузорӣ, рентген) зарур аст, барои сари вақт ташхис ва таъбиқат кардани БС гузаронидани таҳқиқоти рентгенологӣ (ҳифз кардани чанин) ва минбаъд аз тарафи акушер-гинеколог, фтизиатр, табиб-сироятшинос якҷоя мувоқибат ва муоина намудани беморон ҳатмӣ мебошад. Камхунӣ, дефицити массаи бадан ва витамини Д, ки дар занҳои ҳомилаи дорои БС муайян карда шудаанд, уҳдадор месозанд, ки ҳамаи занҳои ҳомилаи дорои БС ва занҳои ҳомилаи гурӯҳи хатар муайян карда шуда, баъдан онҳо ислоҳ карда шаванд. Таъсири токсикӣ препаратҳои бемориҳои сили ба шаклҳои сершумори доруҳо тобовар ба модару чанинро ба инобат гирифта, машварат ва таъбиқот дар байни беморон оид ба пешгирии ҳомилагии номатлуб муҳим аст. Пешниҳод намудани контрацепсия самаранок, дарозмуддат ва инфиродӣ хеле муҳим мебошад.

Соҳаи истифода: момопизишкӣ ва бемориҳои занона.

SUMMARY

**of the author's abstract of the dissertation of Valdoshova Surmaniso Sharafovna on the topic: "Perinatal outcomes in women suffering from tuberculosis taking into account the implementation of the DOTS strategy in the Republic of Tajikistan" for the degree of candidate of medical sciences in the specialty
14.01.01 - Obstetrics and gynecology**

Keywords: pregnancy, pulmonary tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, pregnancy complications, vitamin D, perinatal outcomes, intrauterine condition of the fetus, placental morphology, placental insufficiency.

Objective: improving the outcome of the gestational process in women suffering from tuberculosis by optimizing approaches and developing a set of measures for managing pregnancy with this pathology, taking into account the features identified in the study.

Research methods and material: general clinical, immunological, ultrasound, dopplerometry of bloodflow of the mother-placenta-fetus system, pathomorphological examination of placentas.

The results and their novelty. Based on a cohort study, medical and social characteristics were studied and factors contributing to the development of tuberculosis in pregnant women were established. It has been proven that tuberculosis affects the pregnancy outcomes: threatened miscarriage and premature birth, less weight gain during pregnancy, an increase in the frequency of premature rupture of membranes and premature birth, a reduction in the total duration of labor, an increase in the total volume of blood loss, and an increase in the frequency of cesarean section. A decrease in the level of the main form of vitamin D was found in all pregnant women with tuberculosis.

Histologically was established that chronic placental insufficiency (CPI) was diagnosed in all puerperas of the main study group and in the majority of women in the control group, however, decompensated form was observed statistically significantly more often in puerperas with TB. Hypervascularization of the villi, the formation of functionally active syncytial nodules and syncytiocapillary membranes, and angiomas were as a protective reaction, but they were not able to fully support trophism and compensate for the manifestations of PI, which ultimately led to worsening perinatal outcomes (IUGR, reduction of newborns' body size).

It has been scientifically proven that the use of recommendations for preconception preparation and an algorithm for the management of pregnant and puerperas with tuberculosis can improve obstetric outcomes by 12% and perinatal outcomes by reducing the frequency of preterm births by 33.5% and the birth of low-birth-weight babies to 9.1% of cases.

Recommendations for use. For any increased temperature of unknown origin in pregnant women, as well as pregnant women with HIV infection, along with other mandatory tests, screening for tuberculosis should be included. Identified anemia, deficiency of body weight and vitamin D in pregnant women with tuberculosis requires examination of all pregnant women with tuberculosis and pregnant women at risk, with further correction. Considering the toxic effects of MDR-TB drugs on the mother and fetus, counseling and propaganda among patients to prevent unwanted pregnancy. It is essential to offer effective, long-term and individualized contraception.

Applications: obstetrics and gynecology.