

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

УДК: 618.2: 616.61-002.1-008.64

На правах рукописи

ГАФУРЗОДА НОЗАНИН ГАНИ

АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

Автореферат

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

Душанбе - 2025

Научная работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» Управления здравоохранения г. Душанбе

Научный руководитель: **Абдуллаева Раъно Абдугаппаровна** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Косимов Зайниддин Каримович** - кандидат медицинских наук, доцент, директор ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» Управления здравоохранения г. Душанбе

Официальные оппоненты: **Мухамадиева Саодатхон Мансуровна** - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 имени профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Оппонирующая организация: **Давлатзода Гулджахон Кобил** – кандидат медицинских наук, доцент, директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» «Таджикский национальный университет»

Защита состоится «___» _____ 2025 г в ___ часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-006 при ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (г.Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, дом 31; sh.tabarovna@mail.ru; телефон – 918 69 16 68).

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

Автореферат разослан «___» _____ 2025 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Материнская смертность (МС), ассоциированная с поражением жизненно важных органов, остается актуальной проблемой современного акушерства [С.М. Мухамадиева и соавт., 2020; D.P. Ferreira et al., 2020]. Среди акушерских осложнений, которые представляют риск для жизни, лидирующими являются тяжёлые формы гипертензивных нарушений (ГН), массивные кровотечения, сепсис и их сочетания [W. Guled et al., 2024]. В Республике Таджикистан перечисленные состояния являются превалирующими в структуре прямых причин МС, когда непосредственной причиной летального исхода является острое повреждение жизненно важных органов. Поэтому приоритетной задачей Целей устойчивого развития в стране является снижение предотвратимой материнской смертности (МС) до 20 на 100 000 живорождений [Постановление Правительства Республики Таджикистан «Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 г», 2016]. Существенным резервом в достижении данной цели является эффективное управление и прогнозирование критических состояний, включая острое поражение почек (ОПП), которое вносит весомый вклад, как в материнскую, так и перинатальную заболеваемость и смертность [Е.И. Прокопенко, 2018; Е.И. Барановская., 2022]. Вопросам МС, обусловленных прямыми причинами, связанными с гестационным процессом, посвящены обширные исследования [D. Bhaduaría et al., 2019; Е.И. Барановская, 2022; P. Mal et al., 2023]. С.М. Мухамадиевой и соавт. (2021), М.Ё. Камиловой и соавт. (2020), М.Ф. Додхоевой и соавт. (2024) детализированы организационные, медико-биологические, социальные и эпидемиологические аспекты акушерских кровотечений (АК) и ГН. В то же время поиску непосредственной причины летального исхода, связанного с поражением конкретного жизненно важного органа, посвящено недостаточное количество исследований. Среди последних особую роль занимает ОПП, удельный вес которых, в ряде развитых стран, увеличивается при их общем снижении в мире [S. Novotny et al., 2020; R.M. Gama et al., 2021; S.S. Tripathy et al., 2022]. Однако анализ проведенных

исследований и публикаций причин МС, ассоциированных с ОПП, обнаружил разноречивые результаты.

В частности, в Соединенных штатах Америки за 10 летний период с 2006 до 2015гг., частота ОПП возросла с 0,08% до 0,12% с соответствующим увеличением МС в три раза. Указанная ситуация побудила медицинское сообщество к проведению глубокого анализа, в результате которого выявлена приоритетная роль неинфекционных заболеваний, связанных с поражением жизненно важных органов [S. Shah et al., 2020]. В Республике Таджикистан ограничены публикации по оценке состояния и прогнозирования дисфункции жизненно важных органов, включая ОПП, при критических ситуациях, связанных с гестационным процессом, что определяет актуальность проблемы.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. В настоящее время большинство исследований направлены на изучение факторов риска развития ОПП, связанных с артериальной гипертензией или экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ) и включают поздний репродуктивный возраст, преэклампсию и сахарный диабет. Большинство исследователей указывают, что средний возраст женщин с акушерскими осложнениями, ассоциированных с ОПП, колеблется от 25 до 29 лет [N. Muhammad, N. Liaqat, 2024]. A. Afzal et al. (2024) утверждают, что в профилактике ОПП важную роль играет надлежащий дородовой уход и планирование семьи, поскольку в генезе ОПП приоритетными являются акушерские кровотечения, развивающиеся у 89% многорожавших. Другие исследователи доказывают первенство акушерского сепсиса [S. Sandilya, 2023]. Большинство учёных склоняются к мнению о ведущей роли ГН [W. Ye et al., 2019; J. Szczepaniski et al., 2020]. В то же время предлагаемые многочисленные маркеры диагностики и прогнозирования ОПП для небеременных, не показали свою значимость в течение гестационного процесса, что затягивает начало терапии и повышает риск смерти [Е.И. Прокопенко, 2018].

Связь исследования с программами (проектами) научной тематикой.

Настоящее исследование выполнено в рамках реализации «Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 г», утвержденного Постановлением Маджлиси намояндагон и Маджлиси Оли Республики Таджикистан №636 от 01. 12. 2016 г, темы научно-исследовательской работы 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 – 0118TJ00942, от 05.01.2017).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: изучить акушерские и перинатальные аспекты острого повреждения почек при осложнениях, связанных с гестационным процессом, включая изолированные формы и сочетания тяжелых форм гипертензивных нарушений, кровотечений и гнойно-воспалительных заболеваний

Задачи исследования:

1. Изучить роль акушерских осложнений в развитии острого повреждения почек во время беременности, родах и послеродовом периоде
2. Определить демографические и медико-биологические факторы развития нарушения функции почек при акушерских осложнениях, определяющих прямую материнскую смертность
3. Изучить акушерские исходы у женщин с острым повреждением почек, обусловленных гестационным процессом
4. Выявить влияние острого повреждения почек в сочетании с гипертензивными нарушениями, кровотечением и гнойно-воспалительными заболеваниями на перинатальные исходы
5. Определить возможность прогнозирования материнской смертности при акушерских осложнениях, ассоциированных с острым повреждением почек

Объект исследования. Объектом исследования явился ретро- и проспективный анализ 193 женщин с акушерскими осложнениями, ассоциированными с ОПП, которые были разделены на две группы. Первую или основную составили 87 выживших пациенток, подвергнутых проспективному анализу, перенесших ОПП, связанных с гипертензивными нарушениями, акушерскими кровотечениями, их сочетаниями и гнойно-воспалительными заболеваниями. Полученные результаты сравнили со второй или группой сравнения, представленной 106 случаями материнской смертности от вышеперечисленных осложнений, связанных с ОПП.

Предмет исследования. Предмет исследования включал демографические, социальные, медико-биологические и клинικο-лабораторные показатели беременных, рожениц, родильниц, ассоциированных с ОПП, их новорождённых, особенности коагуляционного потенциала крови и циркулирующих эндотелиальных клеток во взаимосвязи с морфологическими изменениями в плаценте.

Научная новизна исследования. В Республике Таджикистан впервые проведено комплексное медико-демографическое, клинικο-лабораторное обследование женщин с акушерскими осложнениями, ассоциированных с ОПП и пато-морфологическое исследование их плацент. Доказано, что основной причиной ОПП, обусловленного гестационным процессом, являются гипертензивные нарушения, акушерские кровотечения и гнойно-воспалительные заболевания. Установлено, что первородящие подросткового и позднего репродуктивного возраста, а также многорожавшие с экстрагенитальными заболеваниями, включающими хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, анемию и дефицит массы тела представляют высокий риск развития острого повреждения почек. Выявлено, что ОПП способствует увеличению преждевременных родов и абдоминального родоразрешения. Доказано, что сосудистая материнская и плодовая мальперфузия плаценты у беременных с ОПП является причиной недоношенности, тяжелой асфиксии и перинатальной смертности. Выявлено

прогностическое значение определения количества циркулирующих эндотелиальных клеток для диагностики ОПП в период гестационного процесса

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования

Проведенные исследования позволят оптимизировать внедрение современной концепции управления ОПП, ассоциированного с акушерскими осложнениями. Практическому здравоохранению представлены факторы риска заболевания, раннее выявление данной патологии, использование бюджетных методов ранней диагностики акушерских осложнений, прогноз возникших осложнений. Представленные в диссертации основные теоретические и методологические положения, выводы и рекомендации могут быть использованы в учебном процессе медицинских вузов и колледжей до-и последипломного образования.

Положения, выносимые на защиту

1. В структуре акушерских причин острого повреждения почек ведущую позицию занимают тяжелые формы гипертензивных нарушений, затем их сочетание с акушерскими кровотечениями и гнойно-воспалительные заболевания. Риск материнской смертности от острой недостаточности функции почек является самым высоким в случаях ассоциации с HELLP-синдромом и эклампсией.

2. Дополнительными прогностическими факторами развития ОПП при прямых акушерских осложнениях являются первые роды, высокий паритет, дефицит массы тела, ожирение, анемия, хронические заболевания мочевыводящих путей, диффузное увеличение щитовидной железы. Дополнительными прогностическими критериями материнской и перинатальной смертности женщин с ОПП, ассоциированной с акушерскими осложнениями, является повышение уровня циркулирующих эндотелиальных клеток в 3 раза по сравнению с нормативными показателями.

3. Особенности акушерских исходов женщин с острым повреждением почек, обусловленного гестационным процессом, являются высокий удельный вес преждевременных родов и кесарева сечения; особенностями перинатальных исходов - высокая перинатальная заболеваемость и смертность, обусловленная плацентарной недостаточностью, морфологически проявляющейся сосудистой материнской и плодовой мальперфузией в плаценте.

Степень достоверности результатов. Достоверность полученных результатов диссертации, обоснованность выводов и рекомендаций основана на достаточном числе наблюдений, качественном и количественном научном анализе результатов обследования, обеспечением репрезентативности выборки, системным подходом к лечебно - диагностическим и профилактическим процедурам, использовании современных методов статистической обработки материалов, публикациями в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан и Российской Федерации, разработанными методическими рекомендациями.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту высшей аттестационной комиссии 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. «Физиологическая и осложненная беременность, роды и послеродовой период у женщины», «Перинатальный период жизни ребенка», «Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики осложненного течения беременности и родов». 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; 3.1.5. Отклонения в течение

беременности: недонашивание плода, гестозы беременных. Клиника, лечение, профилактика. 3.1.6. Течение и ведение родов. Аномалии родовой деятельности. Кровотечения в родах. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Ведение родов своевременных, преждевременных, запоздалых. Оперативное родоразрешение: кесарево сечение, акушерские щипцы. 3.1.8. Течение и ведение послеродового периода.

Личный вклад соискателя ученой степени. Диссертантом самостоятельно проведен обзор мировой и отечественной литературы по акушерским осложнениям, которые являются причиной ОПП, выбор темы, определение цели и задач исследования, разработка специальной карты обследования, анализ медицинской документации, клиническое обследование пациенток, интерпретация клинико-лабораторных, функциональных и морфологических методов исследования, статистическая обработка и обобщение полученных данных, подготовка публикаций и докладов результатов работы, оформление диссертации и автореферата.

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» (2022, 2023, 2024 гг) и научно-практической конференции с международным участием в Некоммерческом акционерном обществе «Медицинский университет Астаны» (2022, 2024 гг), совместном межклиническом заседании кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с базовым родильным домом №1 (протокол №5 от 26.12.2024) и заседании Межкафедральной экспертной проблемной комиссии акушеров–гинекологов и педиатров при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (протокол №79 от 11.02.2025).

Реализация результатов работы. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность ГУ «Городской родильный дом №1» г. Душанбе, ГУ «Центральная районная больница» г. Канибадама. Выявление беременных с факторами риска ОПП внедрено в лечебную деятельность ГУ «Национальный

центр репродуктивного здоровья МЗиСЗН Республики Таджикистан», ГУ «Центральная городская поликлиника» города Канибадама, учебный процесс ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых журналах перечня Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан и 1 учебное пособие.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 167 страницах компьютерного текста, написана на русском языке, включает введение, обзор литературы, две главы собственных исследований, обзор результатов исследования, выводы и рекомендации по практическому использованию результатов исследования. Список литературы содержит 184 источника, в том числе 58 - на русском и 126 - на английском языках. Работа иллюстрирована 34 таблицами и 43 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования. В исследование было включено 193 беременных и родильниц, у которых гестационный процесс осложнился ОПП на фоне ГН, АК, сочетания ГН и АК, а также ГВЗ. Из них ретроспективному анализу подвергнуто 106 случаев материнской смертности в Республике Таджикистан за период с 2012 по 2021 гг., где триггерным фактором ОПП явились указанные выше прямые акушерские причины. Проспективный анализ проведен у 87 пациенток, госпитализированных в ГУ РД №1 г. Душанбе в 2021-2023 гг. с акушерскими осложнениями. Обследованный контингент был разделен на 2 группы. Первую или основную группу составили 87 выживших женщин проспективной группы, вторую или группу сравнения – 106 женщин с фатальным исходом. В зависимости от причин, которые привели к развитию ОПП, в каждой группе выделяли подгруппы: ГН, АК, сочетание ГН с АК, ГВЗ. Лидирующей причиной ОПП в проведенном исследовании явились ГН, удельный вес которых превышал основную и группу сравнения подгруппы

сочетания ГН с АК в 3,7 и 1,9 раза соответственно, изолированные АК 6,1 и 2,7 раза; подгруппу с ГВЗ - в 6,9 и 5,1 раза (таблица 1.)

Таблица 1.– Распределение обследованного контингента по группам

Подгруппы	Группы исследования				p
	основная (проспективная)		сравнения (ретроспективная)		
	п	%	п	%	
ГН	55	63,2	51	48,1	=0,002
АК	9	10,4	19	17,9	>0,05
ГН + АК	15	17,2	26	24,5	>0,05
ГВЗ	8	9,2	10	9,5	>0,05
Всего:	87	100	106	100	

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

Критерии включения в основную группу: выжившие беременные, роженицы и родильницы, у которых гестационный процесс осложнился ОПП на фоне ГН, АК, сочетаний ГН и АК, ГВЗ. Критерии исключения из основной группы: беременные, роженицы и родильницы с ОПП, обусловленные редкими причинами ОПП, включая пороки сердца и сосудов, сахарный диабет, системную красную волчанку, антифосфолипидный синдром, аутоиммунные и другие орфанные заболевания.

Критериями включения в группу сравнения явились все случаи МС во время беременности, родах и первые 42 дня после родов, обусловленные прямыми акушерскими осложнениями, ассоциированными с ОПП. Критерии исключения из группы сравнения: беременные, роженицы и родильницы с ГН, АК, ГВЗ, умершие во время беременности, родах и первые 42 дня послеродового периода от любой причины, не связанной с ОПП. Кроме того, были исключены случаи ОПП, связанные с сахарным диабетом, системной красной волчанкой и другими аутоиммунными заболеваниями.

ОПП определяли при снижении темпа выделения мочи менее 30 мл в час, увеличение содержания креатинина и мочевины в крови согласно рекомендациям Инициативы по качеству результатов заболеваний почек 2002 г [KDIGO. Clinical practice Guideline for the management of blood pressure in

chronic kidney disease, 2021]. Заболевания мочевыделительной системы были установлены нефрологом и урологом УЗ г. Душанбе. ГН и ГВЗ определяли согласно клиническим протоколам МЗиСЗН Республики Таджикистан [Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве», 2015; «Сепсис. Септический шок в акушерстве: факторы риска, клиника, диагностика, принципы терапии, акушерская тактика», 2023]. Критериями HELLP синдрома явились тромбоцитопения ниже $150 \times 10^9/\text{л}$, повышение АЛАТ и АсАТ в 2 раза и более с или без увеличения билирубина более 20 ммоль/л [K.C. Janga et al., 2020]

Методы исследования. Всем исследованным проведено комплексное клинико-лабораторное исследование в динамике: до, во время и в 1-ю неделю после развития ОПП, до улучшения состояния или гибели пациентки. Общеклинические методы включали: соматический и акушерский осмотр, анализ периферической крови и общий анализ мочи. Для определения концентрации креатинина использовали реагенты фирмы ВИТАЛ (Российская Федерация), основанной на реакции Яффе. Для определения концентрации мочевины использовали уреазный/глутаматдегидрогеназный UV-метод с реагентами фирмы «HUMAN» (Германия). Измерение содержания креатинина и мочевины проводили с использованием биохимического анализатора Stat Fax 1904 Plus (производитель: компания Awareness Technology, США.). Функцию печени оценивали по содержанию общего билирубина и его фракций, ферментов печени, включающих определение АЛАТ и АсАТ и ультразвукового исследования (УЗИ).

Оценку коагуляционного потенциала крови проводили определением фибрина, фибриногена, протромбинового комплекса, международного нормализованного отношения (МНО) и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) с использованием анализатора Human Clod Duo Plus (производство Германия). Активность фактора Виллебранда определена с использованием набора реагентов НПО «Ренам» (Россия).

Показатели гемостаза определяли в лаборатории ГУ «Республиканский научный центр крови» МЗ и СЗН РТ (директор – д.м.н. А.А. Одиназода).

УЗИ и доплерометрию проводили на аппарате “Mindray Cristal” производства Китайской народной республики в режиме реального времени по общепринятой методике. Проведена оценка фетометрии плода, определение кровотока в артерии пуповины (АП), средней мозговой артерии (СМА) и маточных артериях (МА) (исследование проведено врачом ГРД №1 г. Душанбе, к.м.н. Ф.Х. Ходжаевой).

Бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и мочи проводили на селективных и элективных средах.

Оценку функции эндотелия проводили определением количества циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в периферической крови после изолирования десквамированных эндотелиоцитов вместе с тромбоцитами и последующей адсорбцией тромбоцитов с помощью аденозиндифосфата по методу J. Hladovec (1978) в модификации Н.Н. Петрищева с соавторами (2001). Исследование проведено в лаборатории кафедры патологической физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» к.м.н. М. Ходжаевой.

Морфологические методы исследования включали макро- и микроскопическое исследование 20 последов, из них 12 – у родильниц с ОПП, который развился во время беременности и родах и 8 - без ОПП с тяжёлой преэклампсией. (макроскопическое исследование проведено автором, гистологическое - главным патологоанатомом МЗиСЗН РТ А.С. Джураевым). Гистологическая оценка проведена в соответствии с классификацией Международной федерации плаценты для сосудистых изменений плода, сосудистых изменений матери и воспалительных заболеваний, изложенных в заявлении о консенсусе группы Амстердамского семинара по плаценте [Redline R. W., 2015; Khong T.Y. et. al., 2016]. Проведен анализ критериев материнской и плодовой мальперфузии и внутриутробной инфекции.

Статистический анализ. Полученные данные обработаны с использованием персонального компьютера и статистического программного обеспечения

Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Количественные данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$), а качественные — в виде частоты или процентных долей (%). Для проведения множественных сравнений количественных данных был использован критерий Крускала-Уоллиса, а для парного сравнения — критерий Манна-Уитни в качестве post-hoc анализа. Сравнение качественных данных проводилось с применением критерия χ^2 Пирсона, и в случаях, когда хотя бы одно значение в поле 4х таблицы было менее 10, использовалась поправка Йетса или точный критерий Фишера. Для выявления влияния различных факторов риска на смертность проведено статистическое моделирование с использованием скорректированного значения отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительным анализом установлено, что ОПП, связанный с гестационным процессом, чаще развивался в послеродовом периоде и достигал 63,7%, во время беременности и родах имел место в 2,6 и 8,5 раза меньше и составил 26,5% и 9,8% соответственно. Удельный вес ОПП оказался самым низким в первом и втором триместрах беременности и составил 2,1%, в III триместре — на порядок выше - 24,4%.

Причиной ОПП при сроке гестации 11-17 недель явились послеабортный сепсис (1 случай) и массивное кровотечение вследствие спонтанного аборта (3 случая). Средний срок гестации в основной и группе сравнения при ОПП, который развивался в третьем триместре, не отличался и составил $34,8 \pm 5,4$ и $35,6 \pm 4,7$ недель. Высокий уровень ОПП, обусловленный ГН, был преимущественно связан с HELLP синдромом, который составил половину обследованных и явился причиной МС у 74,5% женщин группы сравнения при сроке беременности 35 недель и больше. Тяжёлая преэклампсия и эклампсия составили 35,8%, 14,2% соответственно от общего числа женщин с

ГН, а МС у них имела место преимущественно в 26-28 и 29-34 недели беременности соответственно. Причиной ОПП на фоне АК явилось гипотоническое кровотечение, которое в основной и группе сравнения имело место у 44,4% и 47,3% соответственно, реже преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, которая составила 33,3% и 15,8% соответственно, и их сочетание у 31,5% от общего числа обследованных.

Все случаи ГВЗ у выживших были связаны с осложнениями кесарева сечения (КС), включая раневую инфекцию, послеродовый эндометрит и перитонит, связанный с несостоятельностью швов на матке.

Причиной фатального исхода при ГВЗ явились послеродовый эндометрит и септический шок.

Сравнительным анализом выявлено, что при ОПП, связанным с беременностью, выжившие оказались моложе женщин с фатальным исходом на 1,9 года, их возраст составил $27,1 \pm 6,4$ лет и $29,0 \pm 6,2$ лет соответственно ($p=0,022$).

Средний возраст в основной и группе сравнения при ГН также отличался на 1,9 лет и составил: $26,3 \pm 6,7$ лет и $28,2 \pm 5,8$ лет ($p=0,038$), при сочетании ГН с АК и ГВЗ различия составили 3,3 года: $25,6 \pm 5,5$ лет и $28,9 \pm 6,5$ лет и $25,6 \pm 5,5$ лет и $28,9 \pm 6,5$ лет соответственно, а при АК был практически одинаковым и составил: $29 \pm 5,2$ лет $30,5 \pm 6,5$ лет соответственно.

Оценкой риска развития МС выявлены статистически значимые различия от места проживания. Сельских жительниц в основной группе оказалось больше в 1,3 раза больше, чем городских, в то время как в группе сравнения они статистически значимо преобладали в 4,6 раза и составили 55,1% и 44,4%; и 82,1% и 17,9% соответственно ($p<0,001$).

Выживаемость женщин имела тесную связь с уровнем образования. У выживших высшее и полное среднее образование имели 12,6% и 78,1% женщин, в то время как в группе сравнения в 1,5 и 1,2 раза меньше: 8,5% и 65,1% соответственно ($p=0,034$).

Большинство обследованных были домохозяйками, студенток в основной группе оказалось в 7,7 раза больше, чем в группе сравнения: 6,9% и 0,9% соответственно ($p=0,042$), а женщин, занимающихся тяжелой физической работой, наоборот, в 1,6 раза меньше (рисунок 1).

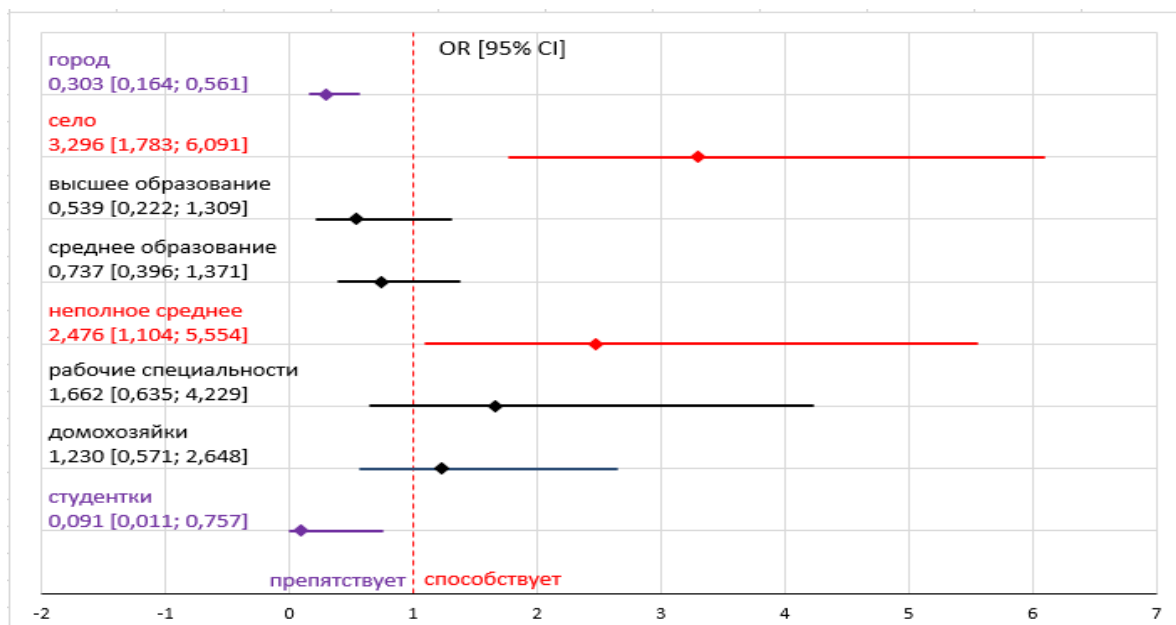


Рисунок 1. – Влияние социальных факторов на материнскую смертность (Оценка отношения шансов с 95% ДИ)

При анализе связи паритета и развития ОПП, установлено, что первородящие и повторнородящие в общей группе с ОПП распределились поровну и составили по 34,7%, многорожавшие - 30,6%. Однако при ГН и ГВЗ выявлена связь фатального исхода и развития ОПП с паритетом, при которых самыми уязвимыми явились первородящие, удельный вес которых превалировал в группе сравнения и составил 39,2% и 40%. Высокий паритет явился фактором риска МС в подгруппах с ОПП, связанных с АК, многорожавшие при АК и его сочетании с ГН составили 42,1% и 42,4% (ОШ 1,6; ДИ 0,87-2,95).

Среди сопутствующей соматической патологии самый высокий удельный вес имели хронический пиелонефрит, гломерулонефрит и их обострения, которые у пациенток с ГН и ГВЗ с фатальным исходом в совокупности достигали 100% и статистически значимо отличались от выживших на 14,6% и 25 % ($p<0,001$), но оказывали равное влияние на МС. Высоким фактором риска материнских потерь явилась анемия, которая во всех подгруппах превалировала

при фатальном исходе. Менее выраженный риск МС был связан с ДМТ, который выявлен у 6,7% от общего числа обследованных, при этом статистически значимо больше при летальном исходе в отличие от выживших: 4,1 и 2,6%. Самый высокий удельный вес ДМТ имел место в основной группе при ГВЗ, который превышал подгруппу с ГН в 4,6 раза и составил 16,7% и 4,7% соответственно. Ожирение и заболевания щитовидной железы имели место у трети пациенток с ГВЗ и ГН и в 17-20% в других подгруппах без влияния на МС. Среди гинекологических заболеваний фактором риска МС явилась миома матки, которая у выживших составила 12,5% и в 2 раза больше у умерших (рисунок 2.)

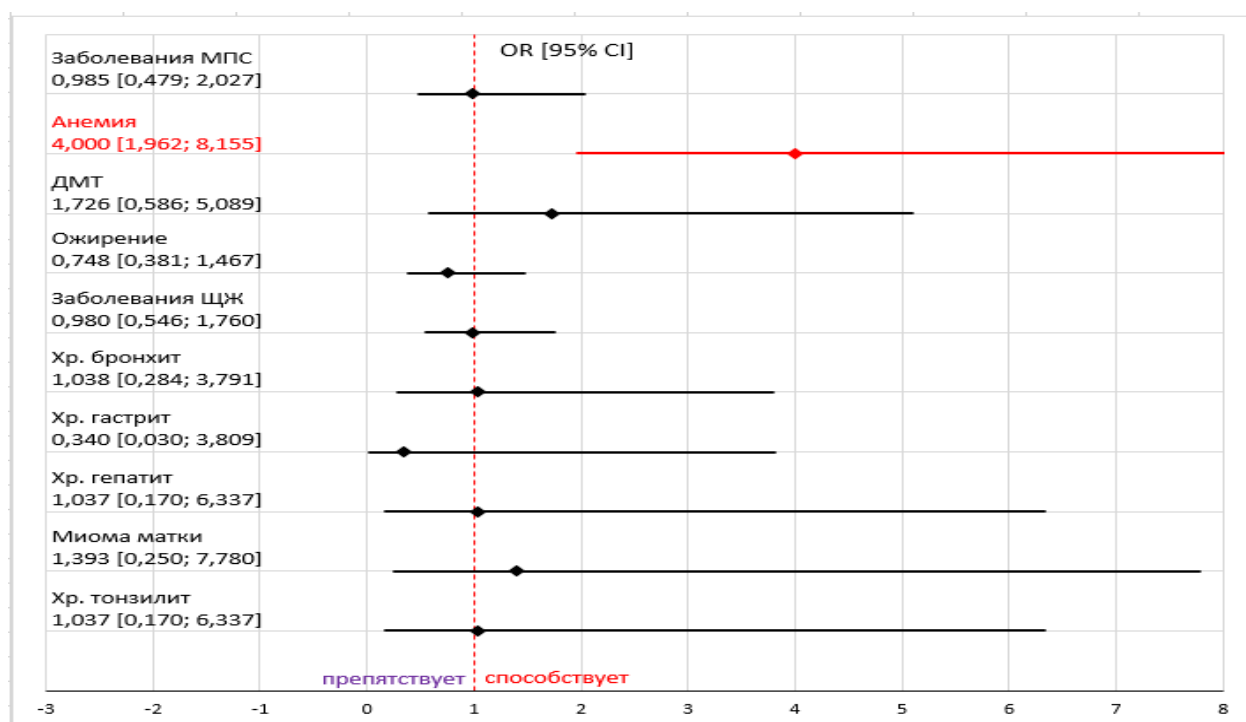


Рисунок 2. – Влияние сопутствующих заболеваний на смертность, ОПП ассоциированных женщин (отношение шансов)

Сравнительным анализом выявлены особенности лабораторных исследований в динамике наблюдения. В подгруппе с АК развитие ОПП имело место при уровне гемоглобина (Hb) равном $54,5 \pm 2,1$ г/л у выживших и $58 \pm 5,2$ г/л в группе сравнения.

Прогноз для смерти значительно увеличивался при выраженной анемии. Так, в основной группе с АК Нб увеличился в 1,8 раза и составил - $95,6 \pm 4,9$ г/л, а в группе сравнения не изменился - $69,3 \pm 4,8$ г/л.

Важным фактором, определяющим МС, явился лейкоцитоз при ГВЗ, который при фатальном исходе увеличился с $17,3 \times 10^{12}$ /л до $23,7 \times 10^{12}$ /л, в то время как у выживших снизился с $9,1 \times 10^{12}$ /л до $6,91 \times 10^{12}$ /л.

Гипербилирубинемия была характерна для подгруппы с ГН и ГВЗ, исходное среднее значение билирубина составило у выживших $29,5 \pm 11,6$ ммоль/л и $17,9 \pm 3,8$ ммоль/л, а при фатальном $177,3 \pm 79,9$ ммоль/л и $128,9 \pm 53,9$ ммоль/л ($p < 0,001$) соответственно. В основной группе исходное содержание АлАТ при ГН и ГВЗ соответствовало росту билирубина и составило $52,8 \pm 25,6$ Ед/л; $27,3 \pm 4,5$ Ед/л, а при фатальном исходе $230,3 \pm 98,2$ Ед/л; $75,8 \pm 28,8$ Ед/л. У выживших женщин вне зависимости от акушерской патологии среднее значение креатинина увеличилось при ГН до $177,9 \pm 73,3$ мкмоль/л; АК – $333,4 \pm 84,3$ мкмоль/л; их сочетании – $288,9 \pm 80,1$ мкмоль/л; при ГВЗ – $251,9 \pm 81,2$ мкмоль/л, а в группе сравнения оказалось больше соответственно в 2,8; 1,9; 1,8 и 1,3 раза ($p < 0,001$).

Содержание мочевины при фатальном исходе увеличивалось на 9,3-10,5 ммоль/л, у выживших на 7 – 7,8 ммоль/л в сутки во всех подгруппах. В основной группе, с началом проявлений клиники ОПП, его содержание держалось на высоких цифрах с плавным снижением и нормализацией до нормальных величин с $13,4 \pm 0,9$ ммоль/л до $7,9 \pm 2,1$ ммоль/л.

В группе сравнения, наоборот, имел место резкий подъём с $14,9 \pm 2,3$ ммоль/л до $23,1 \pm 2,9$ ммоль/л.

Акушерские исходы у обследованных характеризовались высокой долей преждевременных родов (ПР), которые составили 47,1% в основной и 42,3% в группе сравнения, роды в срок произошли у 52,9% и 57,7% соответственно (ОШ 1,13; ДИ 0,65-1,9 и ОШ 0,86; ДИ 0,49-1,5).

Высокий удельный вес ПР установлен при сочетании ГН и АК и составил 58,5%, в подгруппах с изолированными ГН, АК и ГВЗ - 41,5%; 32,1% и 38,9% соответственно.

Важной причиной высокого уровня ПР явилось превалирование в микробиоте мочи и цервикального канала *Escherichia coli*, которая в каждом пятом случае вагинальных родов способствовала дородовому разрыву плодных оболочек. У 14,5% женщин роды осложнились затянувшейся родовой деятельностью, в 43,6% - гипотоническим кровотечением. У рожениц с ОПП, ассоциированным с беременностью, выявлен высокий уровень абдоминального родоразрешения, который превышал число вагинальных родов в 2,4 раза от общего числа обследованных ($p=0,009$). Аналогично, в основной и группе сравнения кесарево сечение (КС) проведено в 2,5 и 2,4 раза больше, чем роды через естественные родовые пути ($p = 0,003$) с повышением риска МС при КС по сравнению с вагинальными родами (ОШ 0,69, ДИ 0,39-1,24; ОШ 1,5; ДИ 0,83-1,24 соответственно). Подобное соотношение имело место во всех подгруппах с различной степенью выраженности (таблица 2).

Таблица 2. – Методы родоразрешения у женщин с ОПП, связанных с акушерскими осложнениями

Метод	Группы	Подгруппы								p
		ГН		АК		ГН+АК		ГВЗ		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Вагинальные роды	общая	28	26,4	13	52	9	22	5	29,4	>0,05
	основная	17	30,9	3	42,9	4	26,7	0	0	
	сравнения	11	21,6	10	55,6 p ₁ = 0,026	5	19,3 p ₁ >0,05 p ₂ =0,043	5	55,6 p _{1,3} <0,05	=0,021
Кесарево сечение	общая	78	73,6	12	48 p ₁ = 0,003	32	78 p ₁ >0,05 p ₂ =0,007	1 2	70,6 p _{1,3} >0,0 5	=0,009
	основная	38	69,1	4	57,1	11	73,3	8	100	>0,05
	сравнения	40	78,4	8	44,4	21	80,7	4	44,4	=0,003

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц); post-hoc: p_1 – статистическая значимость различий по сравнению с группой с ГН; p_2 – статистическая значимость различий по сравнению с группой с АК; p_3 – статистическая значимость различий по сравнению с группой с ГН+АК (post-hoc по критерию χ^2 для четырёхпольных таблиц).

Сравнительный анализ выживаемости и смертности с момента развития ОПП до выписки или летального исхода показал, что смертность в первые сутки оказалась самой высокой при АК, когда удельный вес выживших составил лишь 35,7%.

Самые неблагоприятные результаты по кумулятивному соотношению выживаемости (Kaplan-Meier), выявлены при сочетании ГН с АК, где разница в выживаемости составила 41,4% (рисунок 3).

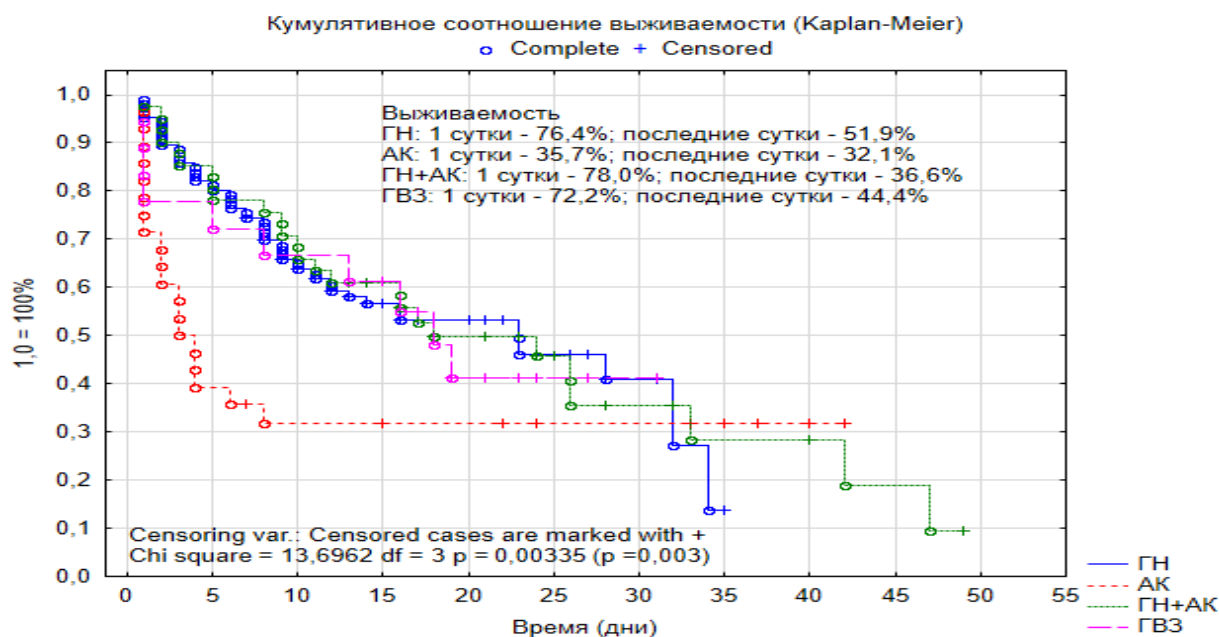


Рисунок 3. – Кумулятивное соотношение выживаемости (Kaplan-Meier).

В исследуемых группах родились 198 новорождённых, включая 108 доношенных и 90 недоношенных детей, 9 двойни. В основной группе родились 91, в группе сравнения – 107 детей. Обращает внимание высокий уровень задержки роста плода (ЗРП), который имел место у 41 новорожденных в общей группе и составил 20,7%. Удельный вес ЗРП у новорождённых, родившихся у матерей основной группы, составил 20,9%; в группе сравнения – 11,5% от общего числа обследованных в каждой группе. Высокая доля новорождённых с ЗРП выявлена при ГН и его сочетании с АК и составила 20,9% (19 случаев), у выживших с ГН - 9,9% (9 из 29 новорожденных), при сочетании ГН с АК – 10,9% (10 из 17 детей), при АК и ГВЗ отсутствовали. Диагноз ЗРП в проспективной группе, установлен по данным УЗИ фетометрии. В 29-32 недели

беременности БПР составил $78,1 \pm 9,9$ и ДЖ – $85,1 \pm 9,1$ мм; в 33 – 34 недели – $87 \pm 7,8$ мм и $97 \pm 7,8$ мм; в 35-36 недель: $89,1 \pm 11,4$ мм. Кровоток в 29-32 недели средней мозговой артерии составил $5,9 \pm 1,8$; артерии пуповины – $2,65 \pm 0,94$; в 33 – 34 недели – $6,1 \pm 1,8$ и $2,65 \pm 0,88$; в 35-36 недель: – $5,9 \pm 1,5$ и $2,38 \pm 0,79$ соответственно. Кровоток в маточных артериях с обеих сторон не отличался от нормативных показателей.

Средняя масса новорождённых, родивших у матерей с фатальным исходом, оказалась статистически значимо выше в подгруппе АК и ГВЗ и составила $2442,0 \pm 97,7$ г и $2637,4 \pm 85,9$ г ($p=0,006$); $2656,3 \pm 14,2$ г и $3147 \pm 43,8$ г ($p=0,026$). В то же время при ГН средняя масса новорожденных при фатальных исходах не отличалась от выживших и составила $2330,6 \pm 79$ г и $2300 \pm 12,5$ г а при их сочетании с АК различия не были значительные и составили $2189 \pm 34,4$ г в группе сравнения и $2225,9 \pm 71,8$ г в основной группе. Среди обследованных в тяжелой асфиксии родились 41,9% новорожденных, ранний неонатальный период осложнился респираторным дистресс синдромом (РДС) у 26,2%; дыхательной недостаточностью (ДН) – у 15,5%, пневмонией – у 12,5%. В тяжелой асфиксии (0-3 балла) родились больше всего детей при сочетании ГН и АК, которые составили 62%, в то время как при изолированных ГН их оказалось в 2,1 раза меньше: 29,7% ($p<0,001$), а при АК – 56% ($p=0,013$). У новорождённых в подгруппе с ГН и его сочетанием с АК течение раннего неонатального периода осложнилось РДС, который составил 26,2% и 26,7%; ДН – 15,8% и 13,3%; энцефалопатией – 5,3% и 6,7%; пневмонией – 10,2% и 13,3%. В подгруппе с ГВЗ удельный вес энцефалопатии и пневмонии достигал 12,5%; при АК – 11,1% и 22,2% соответственно. В структуре перинатальной смертности ведущее место заняли потери в антенатальном периоде, которые произошли в 38 (80,9%) из 47 документированных случаев, в том числе в основной группе у 4,3%, в группе сравнения – 76,6% случаев. Интранатальная гибель имела место в 6,4%, в раннем неонатальном периоде в 12,7% случаев. Перинатальные потери у 198 новорождённых составили всего 24,9%.

При сравнительном морфологическом анализе с уровнем десквамации эндотелия обнаружено, что в 42,7% случаев масса плаценты при ОПП оказалось в категории 10 центили и соответствовала самым высоким показателям ЦЭК. Плаценты родильниц при ОПП, связанным с беременностью, характеризовались атерозом, который составил у пациенток с и без ОПП 72,7% и 33,3% соответственно. Во всех плацентах у родильниц с ОПП выявлены признаки, свидетельствующие о сосудистых нарушениях в материнской части. При сравнении плацент родильниц с и без ОПП они проявились внутриплацентарными гематомами в 83,3% и 37,5%; кальцинатами – в 25% и 62,5% случаев ($p<0,05$). Децидуальная васкулопатия статистически значимо проявилась в ускоренном созревании ворсин и инфарктами в 90,9% и 27,2% случаев с ОПП ($p<0,05$) и 50 и 66,7% - без ОПП (рисунок 4). Проявления плодовой мальперфузии выявлены в виде гиперваскуляризации чаще при ОПП, чем без него, составляя 66,7% и 42,8% соответственно (рисунок 5).

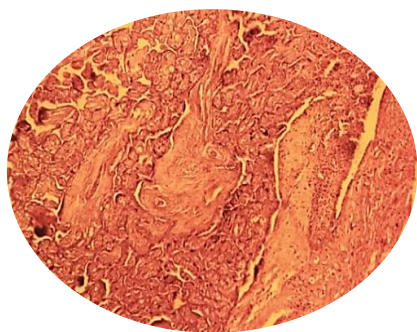


Рисунок 4. – Участок инфаркта ворсин хориона с тромбозом опорных сосудов



Рисунок 5. – Участки хорангиоза сосудов (ангиоматоз сосудов).

Коагуляционный потенциал крови при ОПП, связанный с акушерскими осложнениями, соответствовал изменениям в эндотелии сосудов плаценты и количеству ЦЭК и характеризовался склонностью к тромбообразованию, более выраженным при ГН. Показатели тромбинового комплекса демонстрировали склонность к гиперкоагуляции и риску тромбоза при ГН в отличии от АК, при которых тромбиновое и протромбиновое время составили: $14,8\pm0,8$ секунд и $16,6\pm0,9$ секунд и $17,8\pm5,0$ секунд и $14,3\pm0,5$ секунд соответственно. При

сочетании ГН с АК и изолированном АК по сравнению с ГН имело место статистически значимое удлинение активированного частичного тромбопластинового времени до $28,1 \pm 6,1$ и $35,8 \pm 9,1$ секунд. Сочетание факторов VIII и IX или теназного фактора, превышало нормативные показатели и составили 180% и 162% при ГН, в других подгруппах колебались от 154,2% до 162% соответственно. Низкое среднее содержание тромбоцитов выявлено в подгруппе с ГН в отличие от подгруппы АК, их сочетании и ГВЗ и составили $144,3 \pm 91,2 \times 10^9/\text{л}$, $193 \pm 60,8 \times 10^9/\text{л}$; $212,1 \pm 26,4 \times 10^9/\text{л}$; $254,2 \pm 55,5 \times 10^9/\text{л}$. Содержание тромбоцитов имело выраженную тенденцию к увеличению у выживших женщин в подгруппе ГН до $200 \times 10^9/\text{л}$ и больше к исходу третьих суток после диагностики ОПП, и наоборот, снизились до $88,5 \times 10^9/\text{л}$ в группе сравнения. Установлено, что десквамация клеток эндотелия имела место во всех подгруппах, более выраженная у женщин с ГН, у которых медиана ЦЭК составила 13 клеток $\times 10^4/\text{л}$ и в 3,2 раза превышала подгруппу АК. При сочетании АК и ГН они превышали отдельное АК в 2,3 и в 1,6 раза - ГВЗ ($p=0,008$). У женщин с АК выявлено незначительное превалирование ЦЭК по сравнению с физиологическими показателями, которые составили $5 \pm 2,5$ клеток $\times 10^4/\text{л}$. Выявленная интенсивная десквамация отмечена при HELLP-синдроме, где ЦЭК превышал норму почти в три раза, что свидетельствует о высоком уровне повреждения эндотелиальной ткани у женщин с ГН (рисунок 6.).

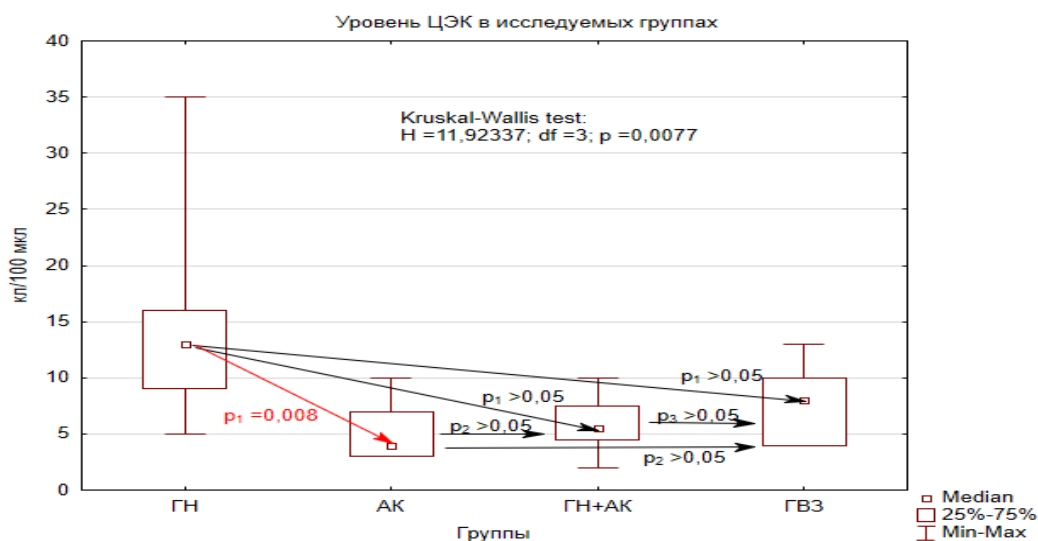


Рисунок 6. – Уровень ЦЭК в исследуемых группах

Таким образом, установлено, что превалирующей причиной ОПП, связанных с гестационным процессом, являются ГН, что отличается от выводов X. Li et al. (2021), считающих приоритетными кровотечение и сепсис, и согласуется с S.S. Tripathy et al. (2022). Выявлено, что факторами риска ОПП в акушерстве, являются низкий уровень образования, проживание в сельской местности, высокий паритет при АК и его сочетании с ГН. В отличие от M. Muhammad (2024), мы считаем, что предстоящие первые роды при ГН являются фактором риска МС. Материнские потери преимущественно связаны с высоким уровнем заболеваний почек и анемией при развитии акушерских осложнений. Результаты исследования соответствуют данным W. Guled et al. (2024) о превалировании перинатальных потерь в антенатальном периоде при ОПП.

В данной работе, в отличие от R.S. Shemies et al., (2021) доказано, что определение Нб, билирубина, прироста креатинина и мочевины в динамике до, во время и в первую неделю ОПП отражает тяжесть заболевания и определяет исход для жизни матери. Нарушение капиллярогенеза и гиперваскуляризация ворсин с развитием ангиоматоза или хорангиоза, способствует тромботической окклюзии маточно-плацентарных сосудов дисфункции эндотелия при ОПП, проявляется нарушением сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза.

Указанные нарушения проявляются повышением ЦЭК, определение которого способствовало ранней диагностики ОПП у 89% обследованных.

Выводы

1. В развитии острого повреждения почек, связанного с акушерскими осложнениями, ведущими причинами являются гипертензивные нарушения, которые составили 54,9% случаев, 14,5% - акушерские кровотечения, 21,2% - их сочетание, у 9,3% - гнойно-воспалительные заболевания. Высокий риск представляют тяжёлые формы гипертензивных нарушений, включающие преэклампсию, эклампсию и HELLP синдром, которые по сравнению с другими факторами в 1,5 раза чаще способствуют материнской смертности [1-А, 6-А, 7-А].

2. Демографические и медико-социальные факторы риска, ассоциированные

с нарушением функции почек в течение гестационного процесса, включают низкий уровень образования (ОШ 2,476; ДИ: 1,104; 5,554; $p=0,042$), проживание 3. в сельской местности (ОШ 3,296; ДИ 1,783 – 6,091; $p<0,001$), тяжелый физический труд (ОШ 1,230; ДИ 0,635 – 4,229; $p <0,05$) и способствующие материнской смертности экстрагенитальные заболевания, в том числе - заболевания почек при гипертензивных нарушениях и гнойно-воспалительных заболеваниях; анемию и дефицит массы тела при акушерском кровотечении; всю вышеперечисленную патологию и ожирение при сочетании гипертензивных нарушений с акушерскими кровотечениями [4-А, 5-А, 10-А, 11-А, 13-А].

4. Акушерские исходы у женщин с острым повреждением почек, обусловленные гестационным процессом, у выживших женщин и при материнской смертности, характеризуются высоким удельным весом преждевременных родов и абдоминального родоразрешения, которые составили 47,1% и 71,8% и 42,3% и 70,2% соответственно, а при вагинальных родах в каждом пятом случае осложняются дородовым разрывом плодных оболочек, в 14,5% - затянувшейся родовой деятельностью, в 43,6% - гипотоническим кровотечением [8-А, 9-А, 12-А].

5. Перинатальные исходы при акушерских осложнениях, ассоциированных с острым повреждением почек, характеризуются высоким уровнем рождения новорожденных с задержкой роста в 20,7% случаев; тяжелой асфиксией - в 41,9% случаев, а в раннем неонатальном периоде - значительным развитием респираторного дистресс синдрома у 26,2% новорожденных, дыхательной недостаточности - у 15,5%, пневмонией - у 12,5% и перинатальными потерями у 24,9%, обусловленных аномалиями созревания ворсинок, ворсинчатым инфарктом и другими морфологическими нарушениями в плаценте, характерными для сосудистой материнской и плодовой мальперфузии [2-А].

6. Острое повреждение почек, связанное с акушерскими осложнениями, проявляется нарушением сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза с гиперкоагуляцией и параллельным повышением циркулирующих

эндотелиальных клеток в сыворотке крови в 3,2 раза при гипертензивных нарушениях, в 2 раза при гнойно-воспалительных заболеваниях, акушерских кровотечениях и сочетании гипертензивных нарушений с кровотечением по сравнению с его средним значением от 2 до 4 клеток $\times 10^4/\text{л}$ у женщин без ОПП и является неблагоприятным прогностическим фактором развития критических состояний и материнской смертности [3-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Факторами риска развития острого повреждения почек у женщин с гипертензивными нарушениями, акушерскими кровотечениями, сочетанием гипертензивных нарушений и акушерских кровотечений, а также с гнойно-воспалительными заболеваниями являются: многорожавшие, предстоящие первые роды, дефицит массы тела, ожирение, анемия, хронические заболевания почек, диффузное увеличение щитовидной железы.
2. Для ранней диагностики острого повреждения почек всем женщинам группы риска по гипертензивным нарушениям в третьем триместре беременности следует определять АлАТ, билирубин и его фракции, содержание тромбоцитов, креатинина, мочевины
3. Ведение пациенток с острым повреждением почек, ассоциированным с беременностью, вне зависимости от срока гестации, необходимо проводить мультидисциплинарной командой врачей, включая акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов, нефрологов, трансфузиологов для индивидуальной подготовки и выбора метода экстренного родоразрешения.
4. Повышение уровня циркулирующих эндотелиальных клеток в 2 раза и больше по сравнению с нормативными показателями (от 2 до 4 клеток $\times 10^4/\text{л}$) свидетельствует о высоком уровне повреждения эндотелия и нарушении сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза и является дополнительным ранним диагностическим маркером острого повреждения почек при гипертензивных нарушениях и неблагоприятным критерием материнской и перинатальной смертности.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах:

[1-А]. Гафурова Н.Г. Чанбаҳои тибби-биологии осебҳои шадидаи гурдаҳо дар занҳои хомила [Текст] / Н.Г. Гафурова // Авҷи Зухал. – 2023. – № 3. – С. 9-17.

[2-А]. Гафурова Н.Г. Морфологические особенности последов при тяжёлой преэклампсии, осложненной острым повреждением почек (ОПП) [Текст] / Р.А. Абдуллаева, З.К. Косимов, Н.Г. Гафурова, А.С. Джуроев // Симург. – 2024. – Т. 22, № 2. – С. 84–93.

[3-А]. Гафурова Н.Г. Эндотелиальная дисфункция при акушерских осложнениях, включая гипертензивные нарушения при развитии острого повреждения почек [Текст] / Н.Г. Гафурова, Р.А. Абдуллаева, З.К. Косимов, Ф.М. Абдурахманова // Симург. – 2024. – Т. 22, № 4. – С. 52-61.

Статьи и тезисы в сборниках конференции:

[4-А]. Гафурова Н.Г. Острый жировой гепатоз беременных как причина острого повреждения почек у беременных [Текст] / Н.Г. Гафурова // XVIII – научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием. – Душанбе. – 2023. – Т.1. – С. 222-223.

[5-А]. Гафурова Н.Г. Острый жировой гепатоз беременных в сочетании с острым повреждением почек [Текст] / Н.Г. Гафурова // Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные тренды в охране материнства и детства». – Астана. – 2023. – С. 44-45.

[6-А]. Гафурова Н.Г. Острое повреждение почек у женщин с эклампсией [Текст] / Р.А. Абдуллаева, З.К. Косимов, Н.Г. Гафурова // Научно – практическая конференция с международным участием «Инновация в медицине: от науки к практике». – Душанбе. – 2023. – Т. 1. – С. 18-20.

[7-А]. Гафурова Н.Г. Микрососудистая патология в генезе острого повреждения почек [Текст] / Н.Г. Гафурова // XIX – научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием «Молодежь и

медицинские инновации: создание будущего сегодня». – Душанбе. – 2023.– Т. 1. – С. 53.

[8-A]. Гафурова Н.Г. Особенности течения беременности у первородящих женщин с острым повреждением почек [Текст] / Н.Г. Гафурова // XIX –научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». – Душанбе. – 2023.– Т. 1. – С. 53-54.

[9-A]. Гафурова Н.Г. Факторы риска развития острого повреждения почек у первородящих женщин [Текст] / Н.Г. Гафурова // XIX – научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». – Душанбе. – 2023.– Т. 1. – С. 54.

[10-A]. Гафурова Н.Г. Анализ результатов оказания помощи при ОПП первородящим женщинам [Текст] / Р.А. Абдуллаева, Н.Г. Гафурова, С.Г. Кадырова // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино (72-я годовщина) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». – Душанбе. – 2024.– Т. 1. – С. 5.

[11-A]. Гафурова Н.Г. Социальный статус первородящих женщин с акушерскими осложнениями в сочетании с острым повреждением почек (ОПП) [Текст] / Р.А. Абдуллаева, Н.Г. Гафурова, М.Г. Шералиева // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино (72-я годовщина) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». – Душанбе.– 2024. – Т. 1. – С. 6.

[12-A]. Гафурова Н.Г. Биоценоз влагалища у женщин с острым повреждением почек акушерского генеза [Текст] / Н.Г. Гафурова, В.Ю. Цой, У.А. Каримова // Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные тренды в охране материнства и детства». – Астана. – 2024. – С. 150-153.

[13-A]. Гафурова Н.Г. Медико-биологические аспекты острых повреждений почек у женщин с гипертензивными нарушениями в сочетании с акушерскими

кровотечениями [Текст] / Н.Г. Гафурова, Р.А. Абдуллаева, З.К. Косимов // Материалы XIX Международного конгресса по репродуктивной медицине. – Москва. – 2025. – С. 49-50.

Учебное пособие

Гафурзода Н.Г. Анатомо-физиологические особенности мочевыводящей системы у беременных [Текст] / Н.Г. Гафурзода, Р.А. Абдуллоева, З.К. Косимов, У.А. Каримзода // 2025. – 92 с.

Перечень сокращений и условных обозначений

АК	акушерское кровотечение
АЛАТ	аланинаминотрансфераза
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
АП	артерия пуповины
БПР	бипариетальный размер
ГВЗ	гнойно-воспалительные заболевания
ГН	гипертензивные нарушения
ГНЦРиД	городской научный центр реанимации и детоксикации
ГОУ	государственное образовательное учреждение
ДИ	доверительный интервал
ДМТ	дефицит массы тела
ЗРП	задержка роста плода
КС	кесарево сечение
МС	материнская смертность
РД	родильный дом
ОПП	острое повреждение почек
ОШ	отношение шансов
ПР	преждевременные роды
РД	родильный дом
РДС	респираторный дистресс синдром
ТГМУ	Таджикский государственный медицинский университет
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЦЭК	циркулирующие эндотелиальные клетки
Нб	гемоглобин
HELLP	hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet (гемолиз, повышение ферментов печени, снижение уровня тромбоцитов)
KDIGO	kidney disease improving global outcomes(заболевания почек: улучшение глобальных результатов)

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

ВБД: 618.2: 616.61-002.1-008.64

Бо ҳуқуқи дастнавис

ҒАФУРЗОДА НОЗАНИН ҒАНИӢ

ҶАНБАҲОИ АКУШЕРИИ ОСЕБИ ШАДИДИ ГУРДАҲО

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиб
аз рӯйи ихтисоси 14.01.01 – Акушерӣ ва гинекологӣ

Душанбе – 2025

Таҳқиқоти илмӣ дар кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва МД «Маркази илмӣ шаҳрии реаниматсия ва детоксикатсия»-и Раёсати тандурустии ш. Душанбе иҷро карда шудааст

Роҳбари илмӣ:

Абдуллаева Раъно Абдугаппаровна – номзади илмҳои тиб, дотсент, муdiri кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Машваратчи илмӣ:

Косимов Зайниддин Каримович – номзади илмҳои тиб, дотсент, директори МД «Маркази илмӣ шаҳрии реаниматсия ва детоксикатсия»-и Раёсати тандурустии ш. Душанбе

Мукарири расмӣ:

Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна - доктор илмҳои тиб, профессор, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 ба номи Е.Н. Нарзуллаева МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Давлатзода Гулҷаҳон Қобил – номзади илмҳои тиб, дотсент, директори МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Муассисаи пешбар:

«Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Ҳимояи рисолаи илмӣ санаи «___» _____ соли 2025 соати «___» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA – 006 дар Муассисаи давлатии «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; 918 69 16 68

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

Автореферат «___» _____с. 2025 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб,

Ш.Т. Муминова

Муқаддима

Мубрами мавзу таҳқиқот. Фавти модарон (ФМ), ки бо осеб дидани узвҳои ҳаётан муҳим алоқаманд аст, дар акушерияи муосир ҳамчунон проблемаи мубрам боқӣ мемонад [С.М. Мухамадиева ва ҳаммуал., 2020; D.P. Ferreira et al., 2020]. Дар байни оризаҳои акушерӣ, ки ба ҳаёт таҳдид мекунанд, шаклҳои вазнини вайроншавии гипертензионӣ, хунравии барзиёд, сепсис ва мачмуи онҳо назаррас мебошад [W. Guled et al., 2024]. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳолатҳои номбаршуда дар сохтори сабабҳои бевоситаи ФМ бартарӣ дошта, дар мавриди сабабҳои бевоситаи фавт аз норасоии шадиди узвҳои ҳаётан муҳим мебошад. Аз ин рӯ, вазифаи афзалиятноки Ҳадафҳои рушди устувор дар кишвар паст кардани сатҳи пешгиришавандаи фавти модарон (ФМ) то 20 ҳолат ба ҳар 100000 навзоди зинда таваллудшуда мебошад [Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон “Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030”, 2016]. Заминаи назарраси ноил шудан ба ин ҳадаф идоракунии муассир ва пешгӯии ҳолатҳои фавқулода, аз ҷумла осеби шадиди гурдаҳо (ОШГ) мебошад, ки он дар бемориҳо ва фавти модарону навзодон саҳми назаррас дорад [Е.И. Прокопенко, 2018; Е.И. Барановская, 2022]. Таҳқиқотҳои зиёде ба масъалаи ФМ аз сабабҳои оризаҳои акушерӣ бахшида шудаанд. [D. Bhaduar et al., 2019; Е.И. Барановская, 2022; P. Mal et al., 2023]. С.М. Мухамадиева ва ҳаммуал., (2021), М.Ё. Камилова ва ҳаммуал., (2020), М.Ф. Додхоева ва ҳаммуал., (2024) ҷанбаҳои ташкилӣ, тиббӣ ва иҷтимоӣ ва эпидемиологии ҷанбаҳои хунравии акушерӣ (ХА) ва вайроншавии гипертензиони (ВГ) муфасссал шарҳ додаанд. Бо вучуди ин, интишороте, ки ба муайян кардани сабабҳои бевоситаи оқибати марговар бо осеби узви мушаххаси ҳаётан муҳим бахшида шуда, нокифоя аст. Дар қатори охирибуда ОШГ ҷойи махсусро доро буда, таносуби ОШГ дар ҷаҳон, умуман, коҳиш ёфта бошад ҳам, вале дар як қатор давлатҳои мутараққӣ афзоиш дорад [S. Novotny et al., 2020; R.M. Gama et al., 2021; S.S.Tripathy et al., 2022]. Аммо таҳлили таҳқиқот ва интишорот дар бораи сабабҳои ФМ, ки бо ОШГ

алоқаманданд, натиҷаҳои номукамал ошкор карда шуданд.

Ҳамин тариқ, дар ИМА дар давраи 10 сол аз соли 2006 то соли 2015 басомади бемории ОШГ аз 0,08% то 0,12% афзуда, мутаносибан, бо 3 баробар зиёд шудани ФМ баробар шуд. Чунин вазъият ҷомеаи тиббиро водор кард, ки таҳқиқоти васеъро роҳандозӣ намоянд ва натиҷаҳои он нақши назарраси бемориҳои ғайрисироятиро нишон доданд [S. Shah et al., 2020]. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқот оид ба арзёбии ҳолат ва пешгӯии ихтилоли дисфунксияи узвҳои муҳими ҳаёти дар ҳолатҳои фавқулода бо раванди ҳомилагӣ алоқамандбуда, аз ҷумла осеби шадиди гурдаҳо ОШГ ҳанӯз нокифоя аст, ки мубрамии проблемаи мазкурро муайян мекунад.

Дарачаи коркарди илмӣи проблемаи мавриди омӯзиш. Дар айни замон, аксари таҳқиқот ба муайян кардани омилҳои хавфи инкишофи ОШГ нигаронида шудаанд, ки ба ҳолатҳои марбут ба фишорбаландии шарафӣ ё бемориҳои экстрагениталӣ (БЭГ) таъсиррасон буда, синну соли репродуктивии дер, преэклампсия ва диабет қандро дар бар мегиранд. Аксари муҳаққиқон нишон медиҳанд, ки синну соли миёнаи занони гирифтори оризаҳои акушерии бо ОШГ алоқамандбуда аз 25 то 29 солро ташкил медиҳад [N. Muhammad, N. Liaqat, 2024]. A. Afzal et al. (2024) тасдиқ мекунанд, ки нигоҳубини дурусти пеш аз валодат ва банақшагирии оила дар пешгирии ОШГ нақши муҳим дорад, зеро хунравии акушерӣ дар генези ОШГ, ки дар 89% занони бисёртаваллудкардагон инкишоф меёбад, бартарӣ дорад. Муҳаққиқони дигар бартарии сепсиси акушериро исбот мекунанд [S. Sandilya, 2023]. Бо вучуди ин, аксари олимони муайян карданд, ки вайроншавии гипертензионӣ нақши асосиро мебозад [W. Ye et al., 2019; J. Szczepaniski et al., 2020]. Дар баробари ин, маркерҳои сершумори пешниҳодшудаи таҳхис ва пешгӯии ОШГ барои занони ҳомила набуда аҳамияти ҳудро дар раванди гестатсионӣ нишон надодаанд, ки оғози табобатро ба таъхир меандозад ва хатари фавтро зиёд мекунад [Е.И. Прокопенко, 2018].

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ.

Таҳқиқоти мазкур дар доираи татбиқи «Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии

Тоҷикистон дар давраи то соли 2030», ки бо Қарори Маҷлиси намояндагон ва Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон №636 аз 01. 12. соли 2016 тасдиқ шудааст, мавзӯи корҳои илмӣ - таҳқиқотии кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», «Ҳолати солимии репродуктивии занҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шароити тағйирёбии иқлим» (№-и қайди давлатӣ– 0118ТJ00942, аз 05.01.2017 с.) анҷом дода шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши ҷанбаҳои акушерӣ ва перинаталии осеби шадиди гурдаҳо ҳангоми оризаҳои марбут бо раванди ҳомилагӣ, аз ҷумла шаклҳои ҷудогона ва маҷмуии шаклҳои вазнини вайроншавиҳои гипертензионӣ, хунравӣ ва бемориҳои фасодӣ- илтиҳобӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани нақши оризаҳои акушерӣ дар рушди осеби шадиди гурдаҳо ҳангоми ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд
2. Муайян намудани омилҳои демографӣ ва тиббӣ биологии инкишофи ихтилоли функцияи гурда ҳангоми оризаҳои акушерӣ, ки фавти бевоситаи модаронро муайян мекунанд
3. Омӯзиши оқибатҳои акушерӣ дар занони гирифтори осеби шадиди гурдаҳо вобаста ба раванди ҳомилагӣ.
4. Ошкор сохтани таъсири осеби шадиди гурдаҳо дар якҷоягӣ бо вайроншавии гипертензионӣ, хунравӣ ва бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ ба оқибатҳои перинаталӣ
5. Муайян кардани имконияти пешгӯии фавти модарон ҳангоми оризаҳои акушерӣ, ки бо осеби шадиди гурдаҳо алоқамандӣ доранд

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот таҳлили ретро- ва проспективии 193 нафар занони гирифтори оризаҳои акушерии марбут ба ОШГ буд, ки ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Гурӯҳи якум ё асосӣ аз 87 нафар беморони зиндамондаи мавриди таҳлили проспективӣ қароргирифта, ки осеби шадиди

гурдахоро вобаста ба вайроншавиҳои гипертензионӣ, хунравиҳои акушерӣ, маҷмуи онҳо ва бемориҳои фасодӣ-илтиҳобиро аз сар гузаронидаанд, иборат мебошад. Натиҷаҳои ба даст овардашуда бо гурӯҳи дуюм ё гурӯҳи муқоиса, ки 106 ҳолатҳои фавти модарон аз оризаҳои дар боло зикршудаи вобаста ба ОШГ-ро дар бар мегирад, муқоиса карда шуданд.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқот нишондиҳандаҳои демографӣ, иҷтимоӣ, тиббӣ-биологӣ ва клиникаю озмоишгоҳии занони ҳомила, занони таваллудкунанда, таваллудкарда, занони навзоянда ва навзодони онҳо, ки бо осеби шадиди гурдаҳо алоқаманданд, вижагиҳои захираи гемокоагулятсияи хун ва ҳуҷайраҳои гардишкунандаи эндотелиалӣ дар робита бо тағйироти морфологӣ дар машимаро дар бар мегирад.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нахустин бор муоинаи ҳамачонибаи тиббию демографӣ, клиникаю озмоишгоҳии занони гирифтори оризаҳои акушерии алоқаманд бо ОШГ ва таҳқиқоти патоморфологии машимаҳои онҳо гузаронида шуд. Собит шудааст, ки сабабҳои асосии пайдоиши ОШГ вобаста ба раванди ҳомилагӣ вайроншавиҳои гипертензионӣ, хунравиҳои акушерӣ ва бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ мебошанд. Муқаррар гардидааст, ки занони яқумзояндаи наврас ва занони синни репродуктивӣ дер, инчунин занони бисёрзояндаи гирифтори бемориҳои экстрагениталӣ, аз ҷумла пиелонефрити музмин, гломерулонефрит ва норасоии вазнии бадан хавфи баланди инкишофи осеби шадиди гурдахоро доранд. Ошкор шудааст, ки ОШГ ба афзоиши валодати пеш аз муҳлат ва таваллуди абдоминалӣ мусоидат мекунад. Исбот шудааст, ки малперфузияи рағҳои модарӣ ва тифлии машима дар занони ҳомилаи гирифтори ОШГ сабаби таваллудшавии навзодони норасид, асфиксияи вазнин ва фавти перинаталӣ мебошад. Аҳамияти пешгӯии ҳуҷайраҳои гардишкунандаи эндотелиалии хун барои таҳлили ОШГ дар чараёни ҳомилагӣ муайян карда шудааст.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Таҳқиқоти гузаронидашуда имкон медиҳад, ки татбиқи консепсияи муносири ОШГ, ки бо оризаҳои акушерӣ алоқаманданд, муносиб гардонида шавад. Ба нигоҳдории

тандурустии амалӣ омилҳои хавфи ба вучуд омадани беморӣ, барвақт ошкор намудани патологияи мазкур, истифодаи методҳои камхарҷ барои ташҳиси барвақтии оризаҳои акушерӣ ва пешгӯии оризаҳои бавучудоянда пешниҳод карда мешавад. Нуқтаҳои асосии назариявӣ ва методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар рисолаи илмӣ пешниҳодгардида метавонанд дар донишгоҳҳо ва коллеҷҳои тиббӣ дар раванди таълимии пешаздипломӣ ва баъдидипломӣ истифода шаванд.

Нуқтаҳои барои ҳимоя пешниҳодшаванда

1. Дар сохтори сабабҳои акушерии инкишофи ОШГ мавқеи пешбарандаро намудҳои вазнини вайроншавиҳои гипертензионӣ, баъдан якҷоягии бо хунравиҳои акушерӣ ва бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ ишғол мекунанд. Хатари фавти модарон аз норасоии шадиди гурдаҳо дар ҳолатҳои марбут ба синдроми HELLP ва эклампсия баландтар аст.

2. Омилҳои иловагии пешгӯии инкишофи ОШГ ҳангоми оризаҳои бевоситаи акушерӣ валодати якум, паритети баланд, норасоии вазни бадан, фарбеҳӣ, камхунӣ, бемориҳои музмини гурда ва васеъшавии диффузии ғадуди сипаршакл мебошанд. Меъёрҳои иловагии пешгӯии фавти модарон ва перинаталӣ дар занони гирифтори ОШГ, ки бо оризаҳои акушерӣ алоқаманданд, дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои муқаррарӣ 3 маротиба зиёд шудани сатҳи ҳуҷайраҳои гардишкунандаи эндотелиалии хунро дар бар мегиранд.

3. Вижагиҳои оқибатҳои акушерии занони гирифтори норасоии шадиди гурдаҳо, ки дар натиҷаи раванди ҳомилагӣ ба вучуд омадаанд, таносуби зиёди валодати пеш аз муҳлат ва буриши қайсарӣ мебошад; вижагиҳои натиҷаҳои перинаталӣ - бемориҳо ва фавти баланди перинаталӣ, ки дар натиҷаи норасоии машина ба вучуд омадаанд, аз ҷиҳати морфологӣ бо малперфузияи рағҳои модарӣ ва тифлӣ зухур мекунанд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳои бадастомадаи диссертатсия, истиноди хулосаҳо ва тавсияҳо ба миқдори кофӣи мушоҳидаҳо, таҳлили сифатӣ ва миқдории илмии натиҷаҳои таҳқиқот асос ёфта, бо интиҳоби

намояндагӣ, равишҳои бонизом нисбат ба муолиҷа, ташҳис ва иқдомоти пешгирикунанда, истифодаи методҳои муосири коркарди омории мавод, интишорот дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия ва тавсияҳои методӣ таъмин шудаанд.

Мутобиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ихтисоси 14.01.01– Акушерӣ ва гинекология. I. Соҳаи илм: илмҳои тиббӣ. II. Формулаи ихтисос: Акушерӣ ва гинекология. III. Самти таҳқиқот – 3.1. Акушерӣ. “Ҳомилагии физиологӣ ва оризанок, валодат ва давраи баъди валодат дар занон”, “Давраи перинаталии ҳаёти кӯдак”, “Таҳия ва тақмили методҳои ташҳис ва пешгирии ҷараёни ҳомилагӣ ва валодати оризанок”. Зербанди 3.1.2. Муайян кардани ҳолати тифли дохилибатнӣ. Мубодилаи моддаҳо, нафаскашӣ ва ғизои тифли дохилибатнӣ. Инкишофи узвҳо ва системаҳои тифл. Ташҳиси тағйиротҳои инкишофи тифл. Таъсири омилҳои муҳити берунӣ ва маводи доругӣ ба тифл. 3.1.5. Тағйиротҳо дар ҷараёни ҳомилагӣ: норасид будани тифл, гестозҳои ҳомилаҳо. Клиника, табобат, профилактика. 3.1.6. Ҷараён ва мураккабии валодат. Аномалияҳои фаёолияти валодат. Хунравӣ дар валодат. Клиника, ташҳис, табобат, пешгирӣ.. Бурдани ҷараёни валодати дар муҳлат, пеш аз муҳлат ва аз муҳлат гузашта. Таваллудкунони ҷарроҳӣ: буриши қайсарӣ, ҷангакҳои акушерӣ. 3.1.8. Ҷараён ва мураккабии давраи пас аз валодат.

Саҳми шахсии доктараби дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Диссертант мустақилона шарҳи адабиёти илмӣ ҷаҳонӣ ва ватаниро бахшида ба оризаҳои ба ҳаёт таҳдидкунандаи акушерӣ, ки аз ОШГ ба вучуд омадаанд, анҷом дода, мавзӯро интихоб кардааст, ҳадаф ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян намуда, корти махсуси муоинаро таҳия кардааст. Ӯ ба таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ машғул шуда, беморонро аз лиҳози клиникӣ муоина кардааст, методҳои клиникӣро озмоишгоҳӣ, функционалӣ ва морфологиро шарҳу тафсир дода, инчунин, маълумот ва натиҷаҳои бадастомадаро аз лиҳози омории коркард ва ҷамъбаст

кардааст, ҳисобот ва чамъбасти корҳои интишори мақолаҳо, иншои диссертатсия ва авторефератро ба сомон расонидааст.

Тасвиб ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия. Нуктаҳои асосии натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конфронсҳои илмӣ-амалии ҳарсолаи олимони ҷавон ва донишҷӯён бо иштироки байналмилалӣ дар МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” (солҳои 2022, 2023, 2024) ва конфронси илмию амалӣ бо иштироки байналмилалӣ дар Ҷамъияти саҳомии ғайритиҷоратии “Донишгоҳи тиббии Остона” (солҳои 2022, 2024), дар ҷаласаи муштараки байниклиникии кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар пойгоҳи таваллудхонаи №1 (протоколи №5 аз 26.12.2024) ва ҷаласаи байникафедравии комиссияи экспертии проблемавии акушер–гинекологҳо ва педиатрҳои МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (протоколи №79 аз 11.02.2025) гузориш ва мавриди баррасӣ қарор гирифтаанд.

Интишори натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти амалии МД “Таваллудхонаи шаҳрии №1”-и шаҳри Душанбе ва МД “Беморхонаи марказии шаҳрӣ” ш. Конибодом татбиқ карда шуданд. Барои муайян намудан дар занони ҳомила омилҳои хавфи ОШГ дар фаъолияти тиббии МД “Маркази миллии солимии репродуктиви ВТВаҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон”, МД “Маркази шаҳрии саломатӣ”-и шаҳри Конибодом ва раванди таълимии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” ҷорӣ карда шудааст.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Доир ба мавзӯи рисолаи илмӣ 13 мақолаҳои илмӣ, аз ҷумла, 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст, ва 1 дастури таълимӣ.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 167 саҳифаи матни компютерӣ, бо забони русӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёти истифодашуда, боби мавод ва методҳои таҳқиқот, 2 боби таҳқиқоти худӣ, баррасии натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст..

Дар феҳристи адабиёт 184 сарчашма оварда шудааст, ки аз онҳо 58 - сарчашма бо забони русӣ ва 126 - сарчашма ба дигар забонҳои хориҷӣ мебошанд. Дар таҳқиқот 34 ҷадвал ва 43 расм оварда шудааст

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Маводи таҳқиқот. Таҳқиқот 193 нафар занони ҳомила ва таваллудкардаро дар бар гирифт, ки раванди ҳомилагии онҳо бо ОШГ дар заминаи ВГ, ХА, маҷмуи ВГ ва ХА ва инчунин БФИ оризанок шудааст. Аз ин шумора 106 ҳолати ғавти модарон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи аз соли 2012 то 2021 мавриди таҳлили ретроспективӣ қарор гирифт, ки омили анғезандаи ОШГ сабабҳои дар боло зикргардидаи бевоситаи акушерӣ буд. Дар солҳои 2021-2023 дар МД ТХ № 1 ш. Душанбе 87 нафар беморони бистаршуда бо оризаҳои акушерӣ мавриди таҳлили проспективӣ қарор доштанд. Беморони муоинашуда ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуд. Гурӯҳи якум ё асосӣ аз 87 нафар занони зиндамондаи гурӯҳи проспективӣ, гурӯҳи дуюм ё муқоисавӣ аз 106 нафар занон бо оқибати марговар иборат буд. Дар ҳар як гурӯҳ вобаста ба сабабҳои, ки боиси инкишофи ОШГ шудаанд, зергурӯҳҳо муайян карда шуданд: ВГ, ХА, маҷмуи ВГ бо ХА ва БФИ.

Сабаби асосии ОШГ дар тадқиқот ВГ буд, ки таносуби он аз гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавии зергурӯҳи бо якҷоягии ВГ бо ХА мутаносибан 3,7 ва 1,9 маротиба, ХА ҷудогона 6,1 ва 2,7 маротиба зиёд буд; зергурӯҳи БФИ - 6,9 ва 5,1 баробар (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.– Тақсимои занони таҳқиқшуда ба гурӯҳҳо

Зергурӯҳҳо	Гурӯҳҳои таҳқиқотӣ				p
	асосӣ (проспективӣ)		муқоисавӣ (ретроспективӣ)		
	n	%	n	%	
ВГ	55	63,2	51	48,1	=0,002
ХА	9	10,4	19	17,9	>0,05
ВГ + ХА	15	17,2	26	24,5	>0,05
БФИ	8	9,2	10	9,5	>0,05
Ҳамагӣ:	87	100	106	100	

*Эзоҳ: p – аҳамиятноки омори тафовути нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри χ^2 ; * – бо ислоҳи Йейтс).*

Меъёрҳои дохилшавӣ барои гурӯҳи асосӣ занони ҳомила, занони валодаткарда ва занони валодаткунанда буданд, ки раванди ҳомилагии онҳо бо ОШГ дар заминаи: ВГ, ХА, маҷмуи ВГ бо ХА ва БФИ оризанок шудааст. Меъёрҳои истисно аз гурӯҳи асосӣ: занони ҳомила, занони валодаткарда ва занони валодаткунанда бо ОШГ, ки бо сабабҳои нодири ОШГ вобаста, аз ҷумла норасоии дилу рағҳо, диабети қанд, эритематозаи системавӣ лупус, синдроми антифосфолипидӣ, аутоиммунӣ ва дигар бемориҳои камтаҳқиқшуда буданд.

Меъёрҳои дохилшавӣ барои гурӯҳи муқоисавӣ ҳамаи ҳолатҳои ФМ дар давраи ҳомилагӣ, таваллуд ва 42 рӯзи аввали давраи баъди валодат, ки бо оризаҳои бевоситаи акушерӣ ба вучуд омадаанд ва алоқаманд бо ОШГ буданд. Меъёрҳои истисно аз гурӯҳи муқоисавӣ: занони ҳомила, занони валодаткарда ва занони валодаткунандаи фавтида гирифтори ВГ, ХА, БФИ, ки ҳангоми ҳомилагӣ, таваллуд ва 42 рӯзи аввали давраи баъди валодат бо ҳама гуна сабабҳои ба ОШГ алоқаманднабуда фавтидаанд. Илова бар ин, ҳолатҳои ОШГ, ки бо диабети қанд, эритематозаи системавӣ лупус ва дигар бемориҳои аутоиммунӣ алоқаманданд, истисно карда шуданд.

ОШГ ҳангоми коҳишёбии суръати ихроҷи пешоб ба андозаи камтар аз 30 мл дар як соат муайян карда шуд бо тибқи таснифоти Ташаббус аз рӯи сифати натиҷаҳои бемории гурдаҳо дар соли 2002 муайян карда шудааст [KDIGO, Clinical practice Guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease, 2021]. Бемориҳои гурда аз ҷониби нефрологон ва идроршиносони РТ ш. Душанбе таҳқиқ шудааст. ВГ, БФИ мувофиқи протоколи клиникии Ҷумҳурии Тоҷикистон [Протоколи клиникӣ оид ба идоракунии вайроншавиҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерии ВТ ва ҲИАҚТ, 2015; “Сепсис. Садмаи септикӣ дар акушерия: омилҳои хатар, клиника, диагностика, принсипҳои табобат, тактикаи акушерӣ ВТ ва ҲИАҚТ, 2023”] муайян карда шудаанд. Таҳқиқи синдроми HELLP ба муайянкунии тромбоцитопения камтар аз $150 \times 10^9/\text{л}$, зиёд шудани ферментҳои ҷигар АлАТ ва АсАТ 2 маротиба ё бештар аз ҳадди болоии меъёрӣ бо ва ё бе баландшавии билирубини зардоба аз 20

ммол/л асос ёфтааст. [K.C. Janga et al., 2020].

Усулҳои таҳқиқот. Ҳамаи таҳқиқшудагон аз муоинаи ҳамаҷонибаи клиникаи озмоишгоҳӣ дар динамика гузаронида шуд: пеш аз, дар мавриди ва 1 ҳафтаи пас аз пайдоиши ОШГ то беҳтар шудани ҳолати зан ё ғавти беморон. Методҳои умумиклиникӣ аз муоинаи соматикӣ ва акушерӣ, таҳлили хуни қанорӣ ва таҳлили умумии пешоб иборатанд. Барои муайян кардани сатҳи креатинин реагентҳои ширкати ВИТАЛ (Федератсияи Россия) асосёфта ба вокуниши Яффе истифода шуданд. Барои муайян кардани таркиби мочевина методи уреазӣ-глутаматдегидрогеназӣ UV-усул бо реактивҳои ширкати “HUMAN” (Олмон) истифода шуданд. Андозагирии муҳтавои креатинин ва мочевина бо истифода аз анализатори биохимиявии Stat Fax 1904 Plus (истеҳсолкунанда: ширкати Awareness Technology, ИМА) анҷом дода шуд. Функсияи ҷигарро аз рӯйи миқдори умумии билирубин ва фраксияҳои он, ферментҳои ҷигар, аз ҷумла муайян кардани АлАТ ва АсАТ ва ташҳиси ултрасадо (ТУС) арзёбӣ карда шуд.

Арзёбии захираи коагулятсионии хун тавассути муайянкунии фибрин, фибриноген, комплекси протромбин, муносибати муътадилшудаи байналмилалӣ (ММБ) ва вақти қисман ғаволшудаи тромбопластин (ВФҚТ) бо истифода аз анализатори нимахудкори Human Clod Duo Plus (истеҳсоли Олмон) роҳандозӣ гардид. Ғаволнокии омили фон Виллебранд бо истифода аз маҷмуаи реагентҳои ширкати “Ренам” (Россия) анҷом дода шуд. Нишондиҳандаҳои гемостаз дар озмоишгоҳи МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ хун”-и ВТ ва ҶИАҚТ (директор – д.и.т., А.А. Одиназода) муайян карда шуданд.

УЗИ ва ҷенкунии доплерӣ дар дастгоҳи “Mindray Cristal”, ки дар Ҷумҳурии Халқии Хитой истеҳсол карда шудааст, дар речаи вақти воқеӣ тибқи методикаи маъмул гузаронда шуд. Арзёбии фетометрияи тифл, бо муайян кардани ҷараёни гардиши хун дар артерияи ноф (АН), артерияи мобайнии мағзи сарӣ (АММС) ва артерияи бачадонӣ (АБ) (таҳқиқот аз тарафи табиби ТХШ №1-и ш. Душанбе, н.и.т., Ф.Х. Хоҷаева) гузаронида шуд.

Таҳқиқоти бактериологии муҳтавои канали сервикалӣ ва пешоб пас аз

пешакӣ муайян кардани бактериурия дар муҳити интиҳобӣ ва элективӣ гузаронида шуд.

Функсияи эндотелиалӣ бо роҳи муайян кардани шумораи хучайраҳои гардишкунандаи эндотелиалӣ (ХГЭ) дар хуни канорӣ пас аз чудо кардани хучайраҳои эндотелиалии дескваматсияшуда якҷо бо тромбоситҳо ва таҳшиншавии минбаъдаи тромбоситҳо бо истифода аз дифосфати аденозин (АДФ) мувофиқи методи J. Hladovec (1978) бо дигаргуниҳо аз ҷониби Н. Петришева ва ҳаммуаллифон (2001) арзёбӣ гардид. Таҳқиқот дар озмоишгоҳи кафедраи физиологияи патологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»-и н.и.т. Хочаева М. гузаронида шуд.

Методҳои таҳқиқоти морфологӣ таҳқиқоти макро-микроскопии 20 ҷамроҳак гузаронида шуд, ки 12-тои онҳо дар занони гирифтори ОШГ дар давраи ҳомилагӣ ва таваллуд ва 8 –то ба занони бидуни ОШГ бо презклампсияи вазнин таваллуд карда (таҳқиқоти макроскопӣ аз тарафи муаллиф ва микроскопӣ аз тарафи патологоанатоми муттасадии ВТ ва ҲИАҚТ А.С. Ҷӯраев иҷро шудааст). Маълумоти бофташиносӣ мувофиқи таснифоти Федератсияи байналмилалӣ машина барои тағйирёбии рағҳои тифлӣ, тағйирёбии рағҳои модарӣ ва бемориҳои илтиҳобӣ, ки дар изҳорот оид ба консенсуси гурӯҳи Амстердамии семинар оид ба машина оварда шудааст, тасниф гардид [Redline R. W., 2015; Khong T.Y. et. al ., 2016]. Таҳлили малперфузияи модарӣ ва тифлӣ ва сирояти дохилибатнӣ гузаронида шуд.

Коркарди маълумоти оморӣ. Натиҷаҳои ба даст оварда дар компютери фардӣ бо истифода аз барномаҳои амалии Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA) анҷом дода шуд. Маълумоти миқдорӣ ҳамчун инҳирофоти миёна ва стандартӣ ($M \pm SD$) ва маълумоти сифатӣ ҳамчун басомад ё фоиз (%) муайян карда шуданд. Барои таҳлили арзишҳои миқдорӣ бо истифода аз усули Крускал-Уоллис, ва барои муқоисаи ҷуфтӣ – санҷиши Манн-Уитни ки барои онҳо таҳлили post-hoc истифода шудааст. Муқоисаи нишондиҳандаҳои сифатӣ бо истифода аз χ^2 Пирсон ва дар ҳолате, ки ҳадди аққал як арзиш дар майдони 4-и ҷадвал аз 10 камтар буд, ислоҳи Йейтс ё санҷиши дақиқи Фишер истифода шудааст. Барои

муайян кардани таъсири омилҳои гуногуни хавф ба фавт, моделсозии оморӣ бо истифода аз таносуби эҳтимолият (ТЭ) ва фосилаи эътимодӣ 95% (ФЭ) анҷом дода шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ ВА МУҲОКИМАИ ОНҲО

Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки ОШГ бо раванди ҳомилагӣ алоқаманд дар давраи баъди валодат бештар инкишоф ёфта, ба 63,7% расид, дар давраи ҳомилагӣ 2,6 ва 8,5 маротиба камтар буда, мутаносибан ба 26,5% ва 9,8% ба вучуд омад. Таносуби ОШГ дар семоҳаи якум ва дуҷуми ҳомилагӣ пасттарин буд ва 2,1% -ро ташкил дод, дар семоҳаи III он ба таври назаррас -24,4%. баланд буд.

Сабабҳои ОШГ дар муҳлати ҳомилагии 11-17 ҳафта сепсиси пас аз исқоти ҳамл (1 ҳолат) ва хунравии барзиёд ҳангоми исқоти ҳамли худсарона (3 ҳолат) буданд. Муҳлати миёнаи ҳомилагӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ бо ОШГ, ки дар семоҳаи сеюм ба вучуд омадаанд, фарқ надошт ва $34,8 \pm 5,4$ ва $35,6 \pm 4,7$ ҳафтаро ташкил дод. Сатҳи баланди ОШГ-и аз ҷониби ВГ ба вучуд омада асосан бо HELLP синдром алоқаманд буд, ки нисфи таҳқиқшудагон ин зергурӯҳро ташкил медод ва сабаби ФМ дар 74,5% занони гурӯҳи муқоисавӣ дар муҳлати ҳомилагии 35-ҳафта ва боло буд. Презклампсияи вазнин ва эклампсия мутаносибан 35,8% ва 14,2%-ро аз шумораи умумии занони гирифтори ВГ ташкил кард ва ФМ дар онҳо асосан дар муҳлати 26-28 ва 29-34 ҳафтаи ҳомилагӣ рух дод. Сабаби пайдоиши ОШГ дар заминаи ХА ин хунравии гипотоникӣ буд, ки дар гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ мутаносибан 44,4% ва 47,3%, камтар аз он пеш аз муҳлат ҷудошавии машинаи дуруст ҷойгир шуда, ки мутаносибан 33,3% ва 15,8% ва омезиши онҳо дар шумораи умумии таҳқиқшудагон 31%-ро ташкил карданд.

Ҳама ҳолатҳои БФИ дар наҷотёфтагон бо оризаҳои буриши қайсарӣ (БҚ), аз ҷумла сирояти захмҳо, эндометрити пас аз валодат ва перитонитҳои марбут ба ноустувории кукҳо дар бачадон алоқаманд буданд.

Сабаби оқибати фавтӣ дар БФИ эндометрити пас аз таваллуд ва садмаи

септикий буд.

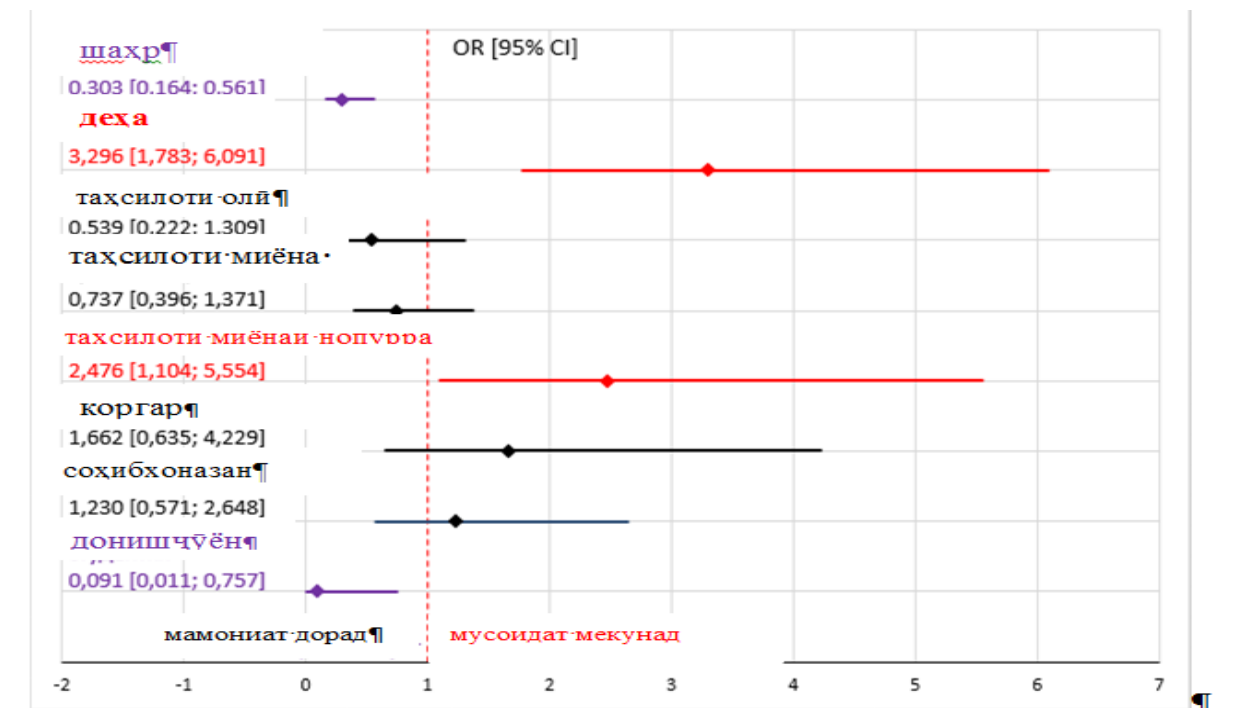
Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки дар ҳолатҳои ОШГ вобаста ба ҳомилагӣ занони зиндамонда нисбат ба беморони ғавтида 1,9 сол ҷавонтар буда, синну солашон мутаносибан $27,1 \pm 6,4$ ва $29,0 \pm 6,2$ солро ташкил карданд ($p=0,022$).

Синну соли миёна дар гурӯҳи асосӣ ва муқоисавӣ дар ВГ низ 1,9 сол фарқ мекард, чунин буд: $26,3 \pm 6,7$ сол ва $28,2 \pm 5,8$ сол ($p=0,038$), омезиши ВГ бо ХА ва БФИ, фарқият 3,3 солро ташкил кард: $25,6 \pm 5,8$ сол ва $28,9 \pm 5,25$ сол, ва $25,6 \pm 5,5$ сол ва $28,9 \pm 6,5$ сол мутаносибан ва ҳангоми ХА тақрибан якхела буданд: мутаносибан $29 \pm 5,2$ сол ва $30,5 \pm 6,5$ сол.

Таҳлили муқоисавии хатари инкишофи ФМ вобаста ба ҷойи истиқомат тафовутҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимро ошкор намуд. Дар гурӯҳи асосӣ занони деҳот нисбат ба занони шаҳрӣ 1,3 маротиба зиёд буданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ онҳо аз ҷиҳати оморӣ 4,6 маротиба бартарӣ дошта, 55,1 % ва 44,4 % ва мутаносибан 82,1% ва 17,9% ($p<0,001$) ташкил доданд.

Вобастагии зиндамони занҳо аз сатҳи маълумоташон зич вобастагӣ дошт. Дар байни наҷотёфтагон 12,6% ва 78,1% занон маълумоти олӣ ва миёнаи пурра доштанд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ ин рақамҳо мутаносибан 1,5 ва 1,2 маротиба камтар буданд: 8,5% ва 65,1% ($p=0,034$).

Аксарияти таҳқиқшудагон хонашин буда, дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 7,7 маротиба бештар духтарони донишҷу буданд: мутаносибан 6,9% ва 0,9% ($p=0,042$), дар ҳоле ки занони бо кори вазнини ҷисмонӣ машғул буда 1,6 маротиба камтар буданд (расми 1).

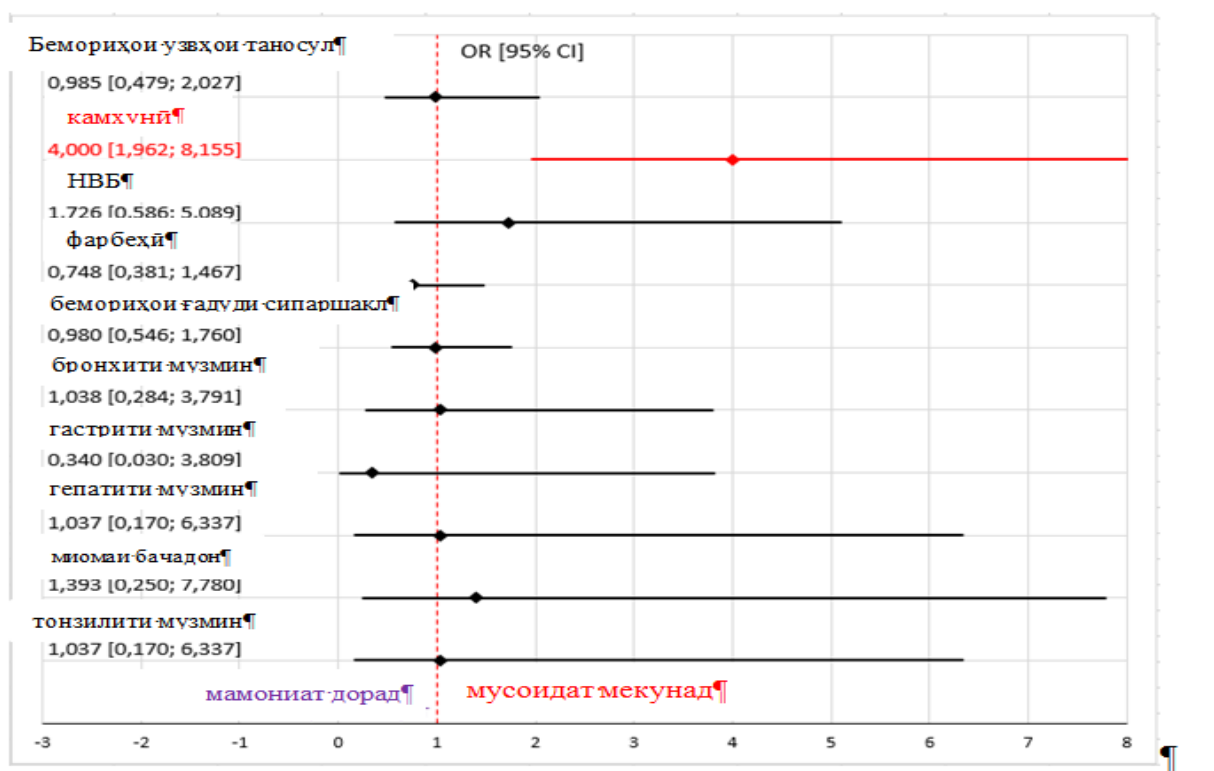


Расми 1. – Таъсири омилҳои иҷтимоӣ ба фавти модарон (Баҳодиҳии таносуби эҳтимолият бо 95%ФЭ)

Ҳангоми таҳлили робитаи байни паритет ва инкишофи ОШГ маълум гардид, ки занони нахустзояндагон ва такрорзояндагон дар гурӯҳи умумӣ бо ОШГ баробар буда, 34,7%, такрорзояндагон - 30,6%-ро ташкил доданд. Ҳангоми муқоисаи натиҷаи фавт бо паритет маълум шуд, ки барои зергурӯҳҳои бо ВГ ва БФИ бештар осебпазир занони нахустзоянда буданд, ки ҳиссаи онҳо дар гурӯҳи муқоисавӣ бартарӣ дошта, 39,2% ва 40% -ро ташкил дод. Паритети баланд омили хавф барои ФМ дар зергурӯҳҳои дорои ОШГ бо ХА, бисёрзояндаҳо бо ХА ва маҷмуи он бо ВГ 42,1% ва 42,4% -ро ташкил доданд (ТЭ 1,6; ФЭ 0,87-2,95).

Дар байни патологияҳои соматикӣ басомади баландтаринро пиелонефрити музмин, гломерулонефрит ва авҷгирии онҳо доштанд, ки дар беморони гирифтори ВГ ва БФИ бо оқибати фавт дар маҷмӯъ ба 100% расида, аз ҷиҳати оморӣ аз наҷотёфтагон 14,6% ва ба 25% баробар фарқ мекард ($p < 0,001$), вале ба ФМ таъсири баробар дошт. Омили баланди хавф барои тарафоти модарӣ камхунӣ буд, ки дар гурӯҳи муқоисавӣ дар ҳама зергурӯҳҳо бартарӣ дошт. Омили камтари хатар барои ФМ бо НВБ алоқаманд буд, ки он дар 6,7% аз

шумораи умумии шахсони муоинашудагон ошкор шуда, дар ҳоле ки аз ҷиҳати омори дар натиҷаи фавт нисбат ба начотёфтагон ба таври назаррас зиёдтар буд: 4,1% ва 2,6%. Ҳиссаи баландтарини НВБ дар гурӯҳи асосии БФИ мушоҳида шудааст, ки аз зергурӯҳи ВГ 4,6 маротиба зиёд буда, мутаносибан 16,7% ва 4,7% ташкил дод. Фарбеҳӣ ва бемориҳои ғадуди сипаршакл дар сеяки беморони гирифтори БФИ ва ВГ ва дар 17-20% дар зергурӯҳҳои дигар бидуни таъсир ба ФМ вучуд доштанд. Дар байни бемориҳои гинекологӣ омили хавфи ФМ миомии бачадон буд, ки дар байни начотёфтагон 12,5% ва дар байни фавтидагон 2 маротиба зиёдтар буд (расми 2).



Расми 2. – Таъсири бемориҳои ҳамроҳ ба фавти занони бо ОШГ-алоқаманд (таносуби эҳтимолият (Odds Ratio))

Таҳлили муқоисавӣ як қатор вижагиҳои натиҷаҳои таҳқиқоти озмоишгоҳӣ дар зергурӯҳҳо дар динамикаи назорат ошкор намуд. Дар зергурӯҳи бо ХА ОШГ дар сатҳи гемоглобини (Hb) дар беморони начотёфта $54,5 \pm 2,1$ г/л ва дар гурӯҳи муқоисавӣ $58 \pm 5,2$ г/л инкишоф ёфт.

Пешгӯии фавт дар камхунии вазнин ба таври назаррас афзоиш ёфт. Ҳамин тариқ, дар гурӯҳи асосӣ бо ХА Нб 1,8 маротиба зиёд шуда, $95,6 \pm 4,9$ г/л-ро ташкил дод, дар гурӯҳи муқоиса - $69,3 \pm 4,8$ г/л.

Омили муҳими муайянкунандаи ФМ лейкоцитоз дар БФИ буд, ки дар ҳолатҳои фавт аз $17,3 \times 10^{12}/л$ то $23,7 \times 10^{12}/л$ зиёд шуда, дар наҷотёфтагон аз $9,1 \times 10^{12}/л$ то $6,91 \times 10^{12}/л$ коҳиш ёфтааст.

Гипербилирубинемия барои зергурӯҳҳои дорои ВГ ва БФИ хос буд, ки арзиши миёнаи ибтидоии он дар наҷотёфтагон $29,5 \pm 11,6$ ммол/л ва $17,9 \pm 3,8$ ммол/л ва мутаносибан $177,3 \pm 79,9$ ммол/л ва $128,9 \pm 53,9$ ммол/л дар ҳолатҳои фавтида ($p < 0,001$) буд. Дар гурӯҳи асосӣ таркиби ибтидоии АлАТ дар ВГ ва БФИ ба тағйирёбии миқдори билирубин мувофиқ буда, $52,8 \pm 25,6$ Ад/л; $27,3 \pm 4,5$ Ад/л-ро ташкил дод, дар фавтидагон $230,3 \pm 98,2$ Ад/л; $75,8 \pm 28,8$ Ад/л. Дар занони зиндамонда, новобаста аз аворизҳои акушерӣ, арзиши миёнаи креатинин ҳангоми ВГ то $177,9 \pm 73,3$ мкмол/л зиёд шуд; ХА – $333,4 \pm 84,3$ мкмол/л; дар якҷоягии онҳо – $288,9 \pm 80,1$ мкмол/л; бо БФИ – $251,9 \pm 81,2$ мкмол/л ва дар гурӯҳи муқоисавӣ 2,8; 1,9; 1,8 ва 1,3 маротиба зиёд буд ($p < 0,001$).

Миқдори мочевина дар ҳолатҳои фавт ба 9,3-10,5 ммол/л, дар ҳоле ки дар наҷотёфтагон 7-7,8 ммол/л дар як шабонарӯз, дар ҳама зергурӯҳҳо афзоиш ёфт. Дар гуруҳи асосӣ аз рӯзҳои пас аз фарорасии нишонаҳои клиникии ОШГ, миқдори мочевина дар сатҳи баланд боқӣ монда, тадриҷан коҳиш ёфт ва ба арзишҳои муқаррарӣ аз $13,4 \pm 0,9$ ммол/л то $7,9 \pm 2,1$ ммол/л паст шуд.

Дар гуруҳи муқоиса, баръакс, якбора аз $14,9 \pm 2,3$ ммол/л ба $23,1 \pm 2,9$ ммол/л зиёд шуд.

Натиҷаҳои акушерӣ дар гурӯҳи тадқиқотӣ бо ҳиссаи баланди валодати пеш аз муҳлат тавсиф карда шуданд, ки дар гурӯҳи асосӣ 47,1% ва дар гурӯҳи муқоисавӣ 42,3%-ро ташкил кард, валодат дар муҳлат мутаносубан дар 52,9% ва 57,7% ва вучуд омад (ХН 1,13; ФЭ 0,65-1,9 ва ХН 0,86; ФЭ 0,49-1,5).

Ҳиссаи баландтарини валодати пеш аз муҳлат бо якҷоягии ВГ ва ХА муқаррар шуда, 58,5% -ро ташкил дод, дар зургуруҳҳои бо ВГ алоҳида, ХА ва БФИ мутаносибан - 41,5%; 32,1% ва 38,9%-ро ташкил доданд.

Сабаби муҳими сатҳи баланди валодати пеш аз муҳлат, паҳншавӣ дар микробиотаи пешоб ва канали гарданаки бачадон *Escherichia coli* буд, ки дар ҳар панҷумин ҳолати валодати маҳбалӣ бо то валодат даридани пардаҳои

наздитифӣ мусоидат кардааст. Дар 14,5% занон валодат ориза ёфт бо тулкашии фаъолияти валодат ва 43,6% - бо хунравии гипотоникӣ. Дар таваллудкунандагони бо ОШГ, ки бо ҳомилагӣ алоқаманданд, сатҳи баланди валодати абдоминалӣ муайян карда шуд, ки дар таҳқиқшудагон аз шумораи валодати маҳбалӣ 2,4 маротиба зиёд аст ($p=0,009$). Ба ҳамин монанд, дар гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ буриши қайсарӣ (БҚ) нисбат ба валодати маҳбалӣ 2,5 ва 2,4 маротиба зиёдтар гузаронида шуданд ($p = 0,003$), бо зиёд шудани хавфи ФМ бо БҚ нисбат ба валодати маҳбалӣ (ТЭ 0,69, ФЭ 0,39-1,24; ТЭ 1,5; ФЭ 0,83 - 1,24). Таносуби шабеҳ дар ҳама зергурӯҳҳо бо дараҷаҳои гуногуни шиддат мавҷуд дошт (ҷадвали 2).

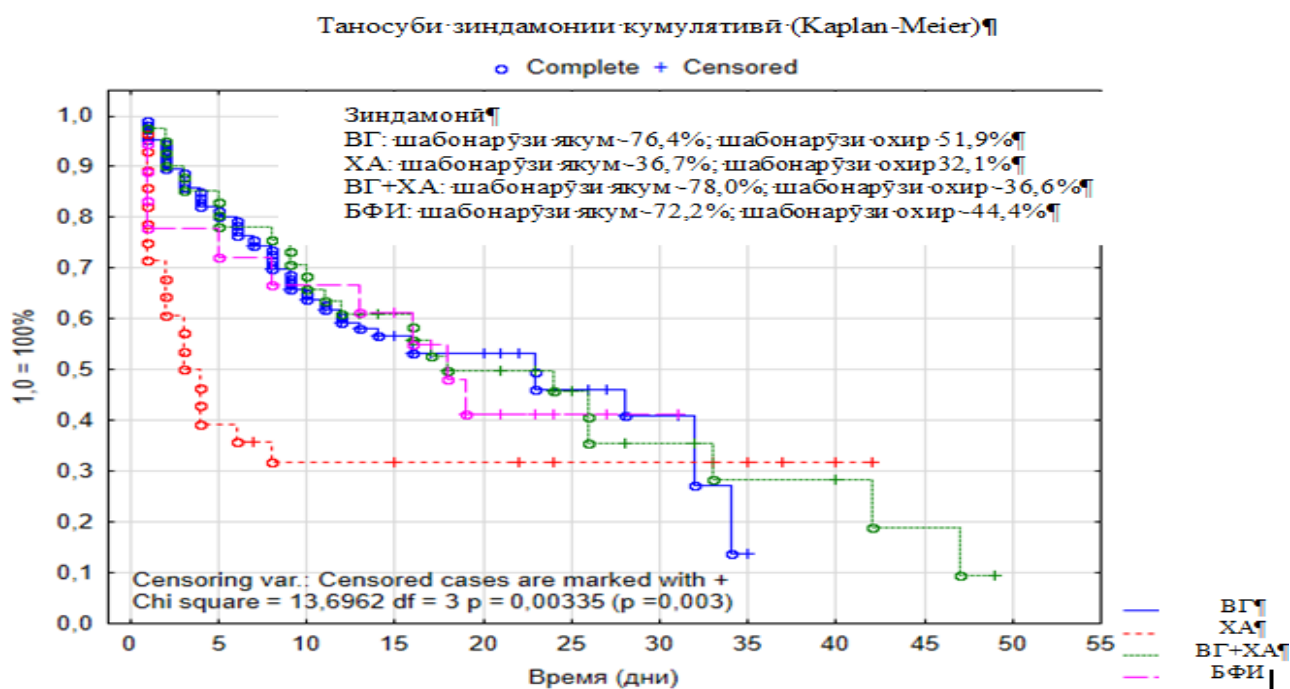
Ҷадвали 2. – Усулҳои валодаткунонӣ дар занони гирифтори ОШГ бо аворизҳои акушерӣ алоқаманд буда

Усул	Гурухҳо	Зергурухҳо								p
		ВГ		ХА		ВГ+ХА		БФИ		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Валодати маҳбалӣ	умумӣ	28	26,4	13	52	9	22	5	29,4	>0,05
	асосӣ	17	30,9	3	42,9	4	26,7	0	0	
	муқоисавӣ	11	21,6	10	55,6 p ₁ =0,026	5	19,3 p ₁ >0,05 p ₂ =0,043	5	55,6 p _{1,3} <0,05	=0,021
Буриши қайсарӣ	умумӣ	78	73,6	12	48 p ₁ =0,003	32	78 p ₁ >0,05 p ₂ =0,007	12	70,6 p _{1,3} >0,05	=0,009
	асосӣ	38	69,1	4	57,1	11	73,3	8	100	>0,05
	муқоисавӣ	40	78,4	8	44,4	21	80,7	4	44,4	=0,003

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳо дар байни гурӯҳи асосӣ ва зергурӯҳҳои гурӯҳи муқоисавӣ (мувофиқи критерияи χ^2 барои ҷадвалҳои озод); post-hoc: p_1 – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо нисбат ба гурӯҳи ВГ; p_2 – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо нисбат ба гурӯҳи ХА; аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо нисбат ба гурӯҳи ВГ+ХА (post-hoc – тибқи критерияи χ^2 , барои ҷадвалҳои чор майдона)

Таҳлили муқоисавии зиндамонӣ ва фавт, ки аз лаҳзаи пайдоиши ОШГ то ҷавобшавӣ ё марг гузаронида шуда, нишон дод, ки фавт дар рӯзи аввал дар ХА номусоидтарин буд, ки ҳиссаи зиндамондагон ҳамагӣ 35,7% ташкил кард.

Натиҷаҳои номусоидтарин аз ҷиҳати таносуби кумулятивӣ (Kaplan-Meier) ҳангоми омезиши ВГ ва ХА пайдо шуданд, ки дар он фарқият дар зиндамонӣ 41,4% буд (расми 3).



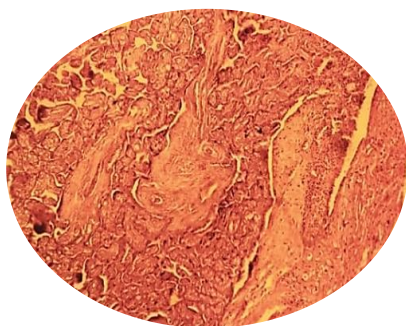
Расми 3. – Таносуби зиндамони кумулятивӣ (Каплан-Майер)

Дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда 198 тифли навод, аз ҷумла 108 наводи расида ва 90 наводи норасида, 9 дугоник таваллуд шудаанд. Дар гурӯҳи асосӣ 91, дар гурӯҳи муқоисавӣ 107 навод ба дунё омадаанд. Қобили қайд аст, ки сатҳи баланди боздошти инкишофи тифл (БИТ), ки дар 41 наводон дар гурӯҳи умумӣ ҷой дошт ва 20,7%- ро ташкил кард. Басомади БИТ дар наводоне, ки дар модарони аз гурӯҳи асосӣ таваллудшудагон - 20,9%; дар гуруҳи муқоиса – 11,5 % аз шумораи умумии таҳқиқшудагон ташкил кард. Ҳиссаи бештари наводон бо БИТ ҳангоми ВГ ва омезиши он бо ХА ошкор карда шуда, 20,9% (19 ҳолат) - ро ташкил дод; дар байни наҷотёфтагон бо ВГ 9,9% (9 аз 29 навод), бо маҷмӯи ВГ бо ХА - 10,9% (10 аз 17 навод), дар ХА ва БФИ набуданд. Таҳлили БИТ дар гурӯҳи проспективӣ аз руи натиҷаҳои фетометрияи ултрасадо муқаррар карда шуд. Дар 29-32 ҳафтаи ҳомилагӣ АБП чунин буд: $78,1 \pm 9,9$ ва ДШ - $85,1 \pm 9,1$ мм; дар 33-34 ҳафта – $87 \pm 7,8$ мм ва $97 \pm 7,8$ мм; дар 35-36 ҳафта: $89,1 \pm 11,4$ мм. Қараёни хун дар ҳафтаҳои 29-32 дар АММС $5,9 \pm 1,8$ ва артерияи ноф – $2,65 \pm 0,94$; дар 33-34 ҳафта - $6,1 \pm 1,8$ ва $2,65 \pm 0,98$; дар 35-36 ҳафта: - $5,9 \pm 1,5$ ва $2,38 \pm 0,79$ -ро мутаносубан ташкил дод. Қараёни хун дар шараёнҳои бачадон аз ҳарду тараф аз нишондиҳандаҳои меъерӣ тафовут намекард.

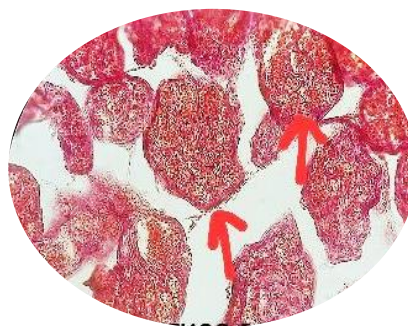
Вазни миёнаи навзодоне, ки аз модарони оқибати марговар дошта таваллуд шудаанд, дар зергурӯҳҳои ХА ва БФИ аз ҷиҳати оморӣ ба таври назаррас зиёд буда, $2442,0 \pm 97,7$ г ва $2637,4 \pm 85,9$ г ($p=0,006$); $2656,3 \pm 14,2$ г ва $3147 \pm 43,8$ г ($p=0,026$) ташкил кард. Дар баробари ин, бо ВГ вазни миёнаи навзодон бо оқибатҳои марговар аз вазни зиндамондаҳо фарқ надошт ва $2330,6 \pm 79$ г ва $2300 \pm 12,5$ г ва бо омезиши онҳо бо ХА фарқиятҳои назаррас набуда, $2189 \pm 34,4$ г дар гурӯҳи муқоисавӣ ва дар гурӯҳи асосӣ $2225,9 \pm 71,8$ г-ро ташкил дод. Дар байни таҳқиқшудагон бо асфиксияи вазнин - 41,9% навзодон таваллуд шуданд, давраи неонаталӣ барбаҳал бо рушди назарраси синдроми дистресси респираторӣ (СДР) дар 26,2% навзодон, норасоии нафас (НН) – дар 15,5%, пневмония - дар 12,5% авориз ёфт. Дар доираи таҳқиқшудагон бо асфиксияи вазнин (0-3 ҳол) бо омезиши ВГ ва ХА таваллуд шудаанд, ки 62% -ро ташкил дод, дар ҳоле ки бо ВГ-и ҷудогона 2,1 маротиба камтар: 29,7% ($p<0,001$) ва бо ХА – 56% ($p=0,013$) таваллуд шудаанд. Дар навзодони аз зергурӯҳи бо ВГ ва омезиши он бо ХА, ҷараёни давраи бармаҳали неонаталӣ бо СДР авориз ёфт, ки 26,2% ва 26,7%; норасоии нафас (НН) - 15,8% ва 13,3%; энцефалопатия - 5,3% ва 6,7%; пневмония - 10,2% ва 13,3%- ро ташкил карданд. Дар зергурӯҳи гирифтори БФИ таносуби энцефалопатия ва пневмония ба 12,5% расид; бо ХА - 11,1% ва 22,2%, мутаносибан буд. Дар сохтори ғавти перинаталӣ талафот дар давраи антенаталӣ ҷойи аввалро ишғол кардааст, ки дар 38 (80,9%) аз 47 ҳолати тасдиқшуда, аз он ҷумла дар гурӯҳи асосӣ- дар 4,3%, дар гурӯҳи муқоисавӣ – 76,6% ҳолатро дар бар гирифт. Ғавти интранаталӣ дар 6,4%, дар давраи бармаҳали неонаталӣ 12,7% ба қайд гирифта шудааст. Ғавти перинаталӣ 24,9%- ро аз шумораи умумии 198 навзодон ташкил карданд.

Дар таҳлили муқоисавии морфологӣ бо сатҳи дескваматсияи эндотелия, муайян карда шуд, ки дар 42,7% ҳолатҳо массаи пласенталӣ дар ОШГ дар категорияи 10-уми сентилӣ буд ва бо баландтарин нишондиҳандаи ХЭГ мувофиқат мекард. Машинаҳои заноне валодаткарда бо ОШГ ба ҳомилагӣ алоқаманд, бо атероз тавсиф карда шудаанд, ки дар беморони гирифтори ОШГ ва бидуни он мутаносибан 72,7% ва 33,3% ташкил кард. Аломатҳои хоси

ихтилолоти рағҳои қисми модарии машина дар ҳама ҳолатҳо ошкор гардид. Ҳангоми муқоисаи машинаҳои занони валодаткарда бо ва бидуни ОШГ бо гематомаҳои дохилимашинавӣ: 83,3% ва 37,5%; калсинатҳо: 25% ва 62,5% ($p<0,05$)-ро ташкил карданд. Васкулопатияи детсидуалӣ аз лиҳози омӯрӣ ба таври назаррас бо суръатбахшии камолоти мӯякҳо ва сакта дар 90,9% ва 27,2% ($p<0,05$) бо ОШГ ва 50% ва 66,7% бидуни ОШГ зоҳир шуд (расми 4). Зухуроти малперфузияи тифлӣ дар шакли гиперваскуляризацияи ҳангоми ОШГ нисбат ба набудани осеби гурдаҳо бештар ошкор карда шуда, 66,7% ва 42,8% -ро ташкил дод (расми 5).



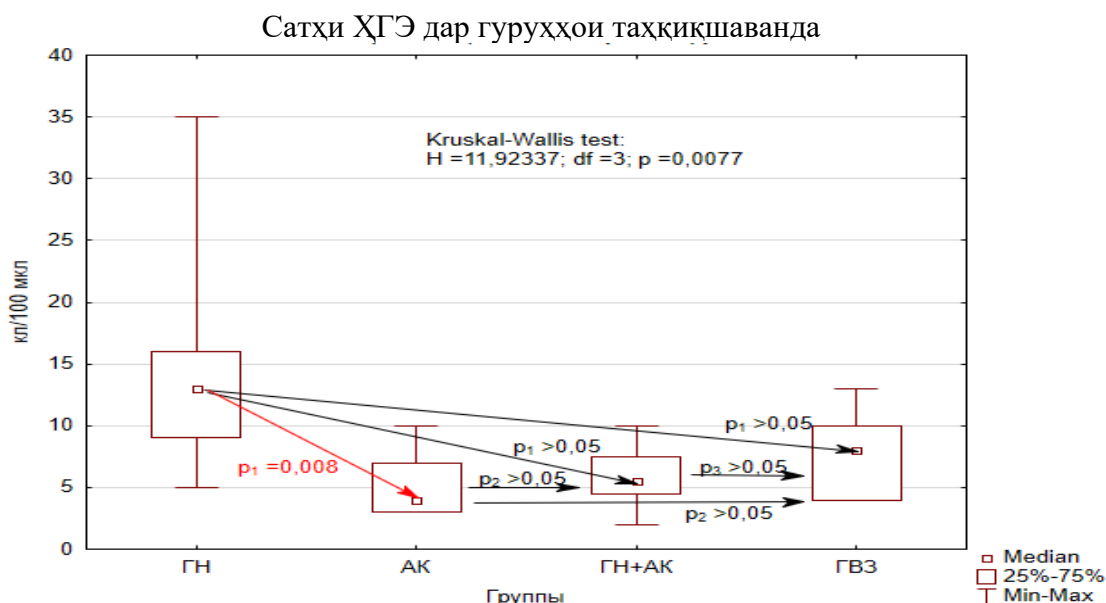
Расми 4. – Минтақаи сактаи мӯяки хорион бо тромбози рағҳои таҷағоҳӣ



Расми 5. – Минтақаҳои хорангиози рағҳо (ангиоматозҳои рағҳо).

Потенсиали коагулятсионии хун ҳангоми ОШГ, ки бо оризаҳои акушерӣ алоқаманд аст, ба тағирот дар эндотелияи рағҳои машинавӣ ва шумораи ХЭГ мувофиқат мекард ва бо тамоюли ташаккули тромб хос буда ва он дар ВГ бештар зоҳир шуд. Нишондиҳандаҳои маҷмуии тромбинӣ дар зергурӯҳҳо тамоюли гиперкоагулятсия ва хатари тромбозро дар ВГ зиёд кард, дар тафовут бо ХА, вақти тромбинӣ ва протомбинӣ $14,8\pm0,8$ сония; $16,6\pm0,9$ сония ва $17,8\pm5,0$ сония $14,3\pm0,5$ сонияро мутаносубан ташкил кард. Ҳангоми якҷояшавии ВГ бо ХА ва ХА ҷудогона дар муқоиса бо ВГ дарозшавии аз ҷиҳати омӯрӣ назаррас вақти қисман фаъолшудаи тромбопластин то $28,1\pm6,1$ сония ва $35,8\pm9,1$ сония ҷой дошт. Маҷмӯи омилҳои VIII ва IX ё омилҳои теназӣ аз арзишҳои стандартӣ зиёд буда, дар ВГ 180% ва 162% -ро ташкил дод ва дар зергурӯҳҳои дигар аз 154,2% то 162% тағйир ёфт. Мухтавои миёнаи хеле пасти

тромбоситҳо ҳангоми ВГ муйян шуд, ки нисбат ба зергурӯҳи ХА ва маҷмуи онҳо, инчунин БФИ ва $144,3 \pm 91,2 \times 10^9/\text{л}$, $193 \pm 60,8 \times 10^9/\text{л}$; $212,1 \pm 26,4 \times 10^9/\text{л}$; $254,2 \pm 55,5 \times 10^9/\text{л}$ - ро ташкил доданд. Муҳтавои тромбоситҳо ҳангоми ВГ дар занони зиндамонда тамоюли возеҳи зиёдшавӣ ба андозаи $200 \times 10^9/\text{л}$ ва бештар аз он дар охири рӯзи сеюми баъди ташҳиси ОШГ-ро дошта ва баръакс то $88,5 \times 10^9/\text{л}$ дар гурӯҳи муқоисавӣ коҳиш ёфт. Муқаррар карда шуд, ки десквamatсияи ҳучайраҳои эндотелӣ дар ҳамаи зергурӯҳҳо ба амал омад, махсусан дар занони гирифтори ВГ, ки дар онҳо ХЭГ 13 ҳучайра $\times 10^4/\text{л}$ буда, нисбат ба зергурӯҳҳои ХА 3,2 маротиба зиёд буд. Бо омезиши ХА ва ВГ, онҳо аз ХА алоҳида 2,3 маротиба ва БФИ 1,6 маротиба зиёдтар буданд ($p=0,008$). Дар занони гирифтори хунравии акушерӣ сатҳи ХГЭ аз нишондиҳандаҳои меъёрии физиологӣ каме зиёд буда, ба ҳисоби миёна $5 \pm 2,5$ ҳучайра $\times 10^4/\text{л}$ -ро ташкил дод. Десквamatсияи шадидтарини ҳучайраҳои эндотелия дар занони гирифтори HELLP синдром ба қайд гирифта шудааст, ки дар он сатҳи десквamatсия аз нишондиҳандаҳои меъёрӣ тақрибан се маротиба зиёдтар аст, ки сатҳи баланди осеби бофтаи эндотелиалӣ дар байни занони гирифтори ВГ шаҳодат медиҳад (расми 6).



Расми 6. – Сатҳи ХГЭ дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

Ҳамин тариқ, муайян карда шуд, ки сабаби асосии ОШГ, ки бо раванди

хомилагӣ алоқаманд, ВГ мебошад, ки аз бозёфтҳои X. Li et al. (2021) фарқ мекунад ва мувофиқат бо S.S. Tripathy et al. (2022) мекунад. Муайян карда шуд, ки омилҳои хавфи ОШГ дар акушерӣ сатҳи пасти маълумот, зиндагӣ дар деҳот, паритети баланд дар ХА ва якҷоягии он бо ВГ мебошад. Баръакси M. Muhammad (2024), мо ақида дорем, ки валодати аввал ҳангоми ВГ омили хатар барои ФМ мебошад. Талафи модарон асосан бо басомади баланди бемории гурда ва камхунӣ дар рушди аворизҳои акушерӣ алоқаманд аст. Натиҷаҳои тадқиқот бо маълумотҳои W. Guled et al. (2024) мувофиқ мебошанд оиди барзиёдшавии талафоти перинаталӣ дар давраи антенаталӣ ҳангоми ОШГ.

Дар ин тадқиқот бар хилофи R.S. Shemies et al. (2021) исбот шуд, ки муайянкунии Нб, билирубин, баландшавии креатинин ва мочевина дар динамикаи пеш аз, дар мавриди ва дар ҳафтаи аввали ОШГ вазнинии беморию инъикос мекунад ва натиҷаи ҳаёти модарро муайян мекунад. Вайрон шудани капиллярогенез ва гиперваскуляризатсияи виллҳо бо рушди ангиоматоз ё хорангиоз ба маҳкамшавии тромботикии рағҳои бачадонӣ-машимаӣ ва дисфунксияи эндотелиалӣ дар ОШГ мусоидат мекунад, ки бо вайрон кардани сатҳи рагӣ-тромбоситарии гемостази хун зоҳир мешавад.

Ихтилоли зикршуда бо афзоиши ХГЭ зоҳир мешавад, ки муайян кардани онҳо дар 89% шахсони таҳқиқшуда ба ташҳиси бармаҳали ОШГ мусоидат кардааст.

Хулосаҳо

1. Дар инкишофи осеби шадиди гурдаҳо, ки бо оризаҳои акушерӣ алоқаманд, сабабҳои пешбаранда вайроншавиҳои гипертензионӣ, ки 54,9% ҳолатро ташкил дод, 14,5% - хунравии акушерӣ, дар 21,2% - маҷмуи онҳо, дар 9,2% ҳолатҳо бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ мебошанд. Хавфи баландтаринро шаклҳои вазнини ВГ, аз ҷумла преэклампсия, эклампсия ва HELLP синдром ташкил доданд, ки дар муқоиса бо дигар омилҳо 1,5 маротиба бештар ба фавти модаронро мусоидат мекунанд [1-М, 6-М, 7-М].
2. Омилҳои хавфи демографӣ ва тиббӣ-ичтимоӣ, ки бо вайроншавии

фаолияти гурдаҳо дар чараёни ҳомилагӣ алоқаманданд, сатҳи пасти маълумот (ТЭ 2.476; ФЭ: 1.104; 5.554; $p = 0.042$), зист дар деҳот (ТЭ 3.296; ФЭ 1.783 - 6.091; $p < 0.001$), меҳнати вазнини ҷисмонӣ (ТЭ 1,230; ФЭ 0,635 - 4,229; $p < 0,05$) ва бемориҳои экстрагениталии ба ғавти модарон мусоидаткунанда, аз он ҷумла- бемориҳои гурдаҳо ҳангоми вайроншавиҳои гипертензионӣ ва бемории фасодӣ-илтиҳоб; камхунӣ ва норасоии вазнини бадан ҳангоми хунравиҳои акушерӣ ва дар ҳолати маҷмуи вайроншавиҳои гипертензионӣ ва хунравиҳои акушерӣ - ҳама гуфтаҳои болозикр ва фарбеҳӣ мебошанд **[4-М, 5-М, 10-М, 11-М, 13-М]**.

3. Оқибатҳои акушерии занони гирифтори осеби шадиди гурдаҳо, ки вобаста ба раванди ҳомилагӣ ба вучуд омадаанд, дар занҳои зиндамонда ва дар мавриди ғавти модарӣ, бо басомади баланди валодати пеш аз муҳлат ва таваллуди абдоминалӣ хос мебошад, ва 47,1% ва 71,8%; 42,3 ва 70,2% мутаносибан ташкил додаанд, ва дар ҳар панҷумин ҳолати валодати маҳбалӣ бо то валодат даридаи пардаҳои наздитифӣ, дар 14,5%- тулкашии ғаволияти валодат, хунравии гипотоникӣ дар 43,6% ҳолатҳо авориз ёфтаанд **[8-М, 9-М, 12-М]**.

4. Оқибатҳои перинаталӣ ҳангоми оризаҳои акушерӣ бо осеби шадиди гурдаҳо алоқаманд, дар 20,7% ҳолатҳо бо зиёд таваллудшавии боздошти инкишофи тифл; асфиксияи вазнин дар 41,9% ҳолатҳо, дар давраи неонаталии барбаҳал бо рушди назарраси синдроми дистресси респираторӣ дар 26,2% наводон, норасоии нафас дар 15,5%, пневмония- дар 12,5% ва ғавти перинаталӣ - 24,9%, вобаста ба аномалияи камолоти мӯякҳо, сактаи мӯякӣ ва дигар ихтилолоти морфологии машина, ки ба малперфузияи рағҳои модарӣ ва тифлӣ хос мебошад **[2-М]**.

5. Осеби шадиди гурдаҳо бо оризаҳои акушерӣ алоқаманд, бо вайроншавии сатҳи рағ-тромбоситарӣ бо гиперкоагулятсия бо зиёдшавии параллелии ҳуҷайраҳои гардишкунандаи эндотелиалӣ дар плазмаи хун 3,2 маротиба ҳангоми вайроншавиҳои гипертензионӣ, 2 маротиба дар бемории фасодӣ-илтиҳобӣ, хунравиҳои акушерӣ ва бо якҷояги вайроншавиҳои гипертензионӣ бо арзиши миёнаи он аз 2 то 4 ҳуҷайра $\times 10^4/\text{л}$ дар занони бидуни осеби шадиди

гурдаҳо ва омили номусоиди пешгӯии инкишофи ҳолатҳои фавқулода ва фавти модарон мебошад [3-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Омилҳои ҳатари пайдоиши осеби шадиди гурдаҳо дар заъонҳои гирифтори вайроншавии гипертензионӣ, хунравии акушерӣ, маҷмуи ҳолатҳои гипертензионӣ ва хунравии акушерӣ, инчунин бо бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ: валодати якум, бисёрзод, норасоии вазни бадан, фарбеҳӣ, камхунӣ, бемориҳои музмини гурдаҳо, васеъшавии диффузии ғадуди сипаршакл мебошанд.
2. Барои таъхиси саривақтии осеби шадиди гурдаҳо ба ҳамаи заъони аз гурӯҳи хавф оиди вайроншавии гипертензионӣ дар сеюм семоҳаи ҳомилагӣ АлАТ, билирубин ва фраксияҳои он, сатҳи тромбоситҳо, мочевина, креатинин муайян карда шавад.
3. Бурди беморони бо осеби шадиди гурдаҳо, бо ҳомилагӣ алоқаманд, новобаста аз муҳлати ҳомилагӣ бо гурӯҳи табибони бисёртаҳассусии иборат аз акушер-гинекологҳо, анестезиологҳо, неонатологҳо, нефрологҳо ва трансфузиологҳо барои тайёрии индивидуалӣ ва интиҳоби усули валодаткунии таъҷилий бурда шавад.
4. Зиёд шудани сатҳи ҳуҷайраҳои гардишкунандаи эндотелиалӣ 2 маротиба ва зиёд дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои меъёрӣ (аз 2 то 4 ҳуҷайра $\times 10^4/\text{л}$) аз вазнинии беморӣ ва сатҳи баланди осеби эндотелиалӣ ва вайроншавии сатҳи рагӣ-тромбоситарии гемостаз шаҳодат медиҳад ва меъёри иловагии таъхиси бармаҳали осеби шадиди гурдаҳо ҳангоми вайроншавии гипертензионӣ ва критерияҳои номусоиди фавти модарӣ ва тифлӣ мебошад.

ИНТИШОРОТ АЗ РЀИИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Ғафурова Н.Ғ. Ҷанбаҳои тиббӣ-биологии осебҳои шадиди гурдаҳо дар заъонҳои ҳомила [Матн] / Н.Ғ. Ғафурова // Авҷи Зухал. – 2023. – № 3. – С. 9-17.

[2-М]. Ғафурова Н.Ғ. Морфологические особенности последов при тяжёлой преэклампсии, осложненной острым повреждением почек (ОПП)

[Текст] / Р.А. Абдуллаева, З.К. Косимов, Н.Г. Фафурова, А.С. Джураев // Симург. – 2024. – Т. 22, № 2. – С. 84–93.

[3-М]. Фафурова Н.Г. Эндотелиальная дисфункция при акушерских осложнениях, включая гипертензивные нарушения при развитии острого повреждения почек [Текст] / Н.Г. Фафурова, Р.А. Абдуллаева, З.К. Косимов, Ф.М. Абдурахманова // Симург. – 2024. – Т. 22, № 4. – С. 52-61.

Мақолаҳо ва фишурдаи дар маҷмуаҳои конференсияҳо

[4-М]. Фафурова Н.Г. Острый жировой гепатоз беременных как причина острого повреждения почек у беременных [Текст] / Н.Г. Фафурова // XVIII – научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием. – Душанбе. – 2023. – Т.1. – С. 222-223.

[5-М]. Фафурова Н.Г. Острый жировой гепатоз беременных в сочетании с острым повреждением почек [Текст] / Н.Г. Фафурова // Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные тренды в охране материнства и детства». – Астана. – 2023. – С. 44-45.

[6-М]. Фафурова Н.Г. Острое повреждение почек у женщин с эклампсией [Текст] / Р.А. Абдуллаева, З.К. Косимов, Н.Г. Фафурова // Научно – практическая конференция с международным участием «Инновация в медицине: от науки к практике». – Душанбе. – 2023. – Т. 1. – С. 18-20.

[7-М]. Фафурова Н.Г. Микрососудистая патология в генезе острого повреждения почек [Текст] / Н.Г. Фафурова // XIX – научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». – Душанбе. – 2023. – Т. 1. – С. 53.

[8-М]. Фафурова Н.Г. Особенности течения беременности у первородящих женщин с острым повреждением почек [Текст] / Н.Г. Фафурова // XIX –научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня».

– Душанбе. – 2023. – Т. 1. – С. 53-54.

[9-М]. Гафурова Н.Г. Факторы риска развития острого повреждения почек у первородящих женщин [Текст] / Н.Г. Гафурова // XIX – научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». – Душанбе. – 2023. – Т. 1. – С. 54.

[10-М]. Гафурова Н.Г. Анализ результатов оказания помощи при ОПП первородящим женщинам [Текст] / Р.А. Абдуллаева, Н.Г. Гафурова, С.Г. Кадырова // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино (72-я годовщина) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». – Душанбе. – 2024. – Т. 1. – С. 5.

[11-М]. Гафурова Н.Г. Социальный статус первородящих женщин с акушерскими осложнениями в сочетании с острым повреждением почек (ОПП) [Текст] / Р.А. Абдуллаева, Н.Г. Гафурова, М.Г. Шералиева // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино (72-я годовщина) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». – Душанбе. – 2024. – Т. 1. – С. 6.

[12-М]. Гафурова Н.Г. Биоценоз влагалища у женщин с острым повреждением почек акушерского генеза [Текст] / Н.Г. Гафурова, В.Ю. Цой, У.А. Каримова // Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные тренды в охране материнства и детства». – Астана. – 2024. – С. 150-153.

[13-М]. Гафурова Н.Г. Медико-биологические аспекты острых повреждений почек у женщин с гипертензивными нарушениями в сочетании с акушерскими кровотечениями [Текст] / Н.Г. Гафурова, Р.А. Абдуллаева, З.К. Косымов // Материалы XIX Международного конгресса по репродуктивной медицине. – Москва. – 2025. – С. 49-50.

Дастури таълимӣ

Гафурзода Н.Г. Анатомо-физиологические особенности мочевыводящей системы у беременных [Текст] / Н.Г. Гафурзода, Р.А. Абдуллоева, З.К.

Фехристи ихтисораҳо аломатҳои шартӣ

АБП	андозаи бипариеталӣ
АН	артерияи ноф
АММ	артерияи мобайни мағзисарӣ
АЛАТ	аланинаминотрансфераза
АсАт	аспартатаминотрансфераза
БҚ	буриши қайсарӣ
БИФ	бемориҳои илтиҳобию фассодӣ
БИТ	боздошти инкишофи тифл
БЭГ	бемориҳои экстрагениталӣ
ВГ	вайроншавиҳои гипертензионӣ
ДДТТ	Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
МДТ	муассисаи давлатии таҳсилотӣ
МИШР ва	Маркази илмӣ шаҳрии реаниматсия ва детоксикатсия
Д	
НВЗ	норасогии вазни бадан
ОШГ	осеби шадиди гурдаҳо
СДР	синдроми дистресси респиратори
ТУС	таҳқиқи ултрасадо
ТХ	таваллудхона
ТЭ	таносуби эҳтимолият
ФМ	фавти модарон
ФЭ	фосилаи эътимод
ХА	хунравиҳои акушерӣ
ҲГЭ	ҳуҷайраҳои гардишкунандаи эндотелиалӣ
Нб	гемоглобин
	hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet (гемолиз,
HELLP	баландшавии ферментҳои чигар, пастшавии сатҳи
	тромбоситҳо)
KDIGO	kidney disease:improving global outcomes (бемории
	гурдаҳо:беҳтаршавии натиҷаҳои глобалӣ)

АННОТАЦИЯ
Гафурзода Нозанин Гани
Акушерские аспекты острого повреждения почек

Ключевые слова: беременность, ОПП, гипертензивные нарушения, акушерские кровотечения, гнойно-воспалительные заболевания, эндотелиальная дисфункция, циркулирующие эндотелиальные клетки (ЦЭК).

Цель исследования. Изучить акушерские и перинатальные аспекты острого повреждения почек при осложнениях, связанных с гестационным процессом, включая изолированные формы и сочетания тяжелых форм гипертензивных нарушений, кровотечений и гнойно-воспалительные заболевания.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 193 беременных и родильниц гестационный процесс которых осложнился ОПП на фоне ГН, АК, сочетания ГН и АК, а также ГВЗ. Проспективный анализ проведен у 87 пациенток, госпитализированных в ГРД №1 г. Душанбе в 2021-2023 гг.; ретроспективный анализ включал 106 случаев материнской смертности в Республике Таджикистан за период с 2012 по 2021 гг., где триггерным фактором ОПП явились указанные выше прямые акушерские причины. Обследованный контингент был разделен на 2 группы. Первую или основную группу составили 87 выживших женщин – проспективная группа, вторую или группу сравнения – 106 женщин с фатальным исходом. В каждой группе выделяли подгруппы, в зависимости от причин, которые привели к развитию ОПП: ГН, АК, сочетание ГН с АК, ГВЗ.

Полученные результаты и их новизна. В Республике Таджикистан впервые проведено комплексное медико-демографическое, клинико-лабораторное обследование женщин с акушерскими осложнениями, ассоциированных с ОПП и пато-морфологическое исследование их плацент

Доказано, что основной причиной ОПП, обусловленным гестационным процессом, являются гипертензивные нарушения; акушерские кровотечения и гнойно-воспалительное заболевания. Установлено, что первородящие подросткового и позднего репродуктивного возраста, а также многорожавшие с хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом и дефицит массы тела представляют высокий риск развития острого повреждения почек. Выявлено, что острое повреждение почек способствует увеличению преждевременных родов и абдоминального родоразрешения.

Рекомендации по исследованию. Проведенные исследования позволят осуществить раннюю диагностику ОПП с использованием простых и доступных методов и внедрить современную концепцию по сокращению материнской смертности

Область применения: акушерство.

АННОТАТСИЯИ

Ғафурзода Нозанин Ғанӣ

Чанбаҳои акушерии осеби шадиди гурдаҳо

Калимаҳои калидӣ: ҳомилагӣ, ОШГ, вайроншавии фишорбаландӣ, хунравии акушерӣ, бемориҳои фасодию илтиҳобӣ, дисфунксияи эндотелий, ҳучайраҳои гардишкунандаи эндотелиалӣ (ХГЭ).

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши чанбаҳои акушерӣ ва перинаталии осеби шадиди гурдаҳо ҳангоми оризаҳои бо раванди ҳомилагӣ алоқамандбуда, аз ҷумла шаклҳои ҷудогона ва маҷмуии шаклҳои вазнини ихтилолоти фишорбаландӣ, хунравиҳо ва бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот, истифодаи таҷҳизот: таҳқиқот 193 нафар занони ҳомиладор ва таваллудкардари дар бар гирифт, ки раванди ҳомиладории онҳо бо ОШГ дар заминаи ИФ, ХА, маҷмуи ИФ ва ХА, инчунин БФИ оризанок шудааст. Аз ин шумора 106 ҳолати ғавти модарон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи аз соли 2012 то 2021 мавриди таҳлили ретроспективӣ қарор гирифт, ки омили ангезандаи ОШГ сабабҳои дар боло зикргардидаи бевоситаи акушерӣ буд. Солҳои 2021-2023 дар ТХШ №1-и ш. Душанбе бо 87 нафар беморони бо оризаҳои акушерӣ бистаришуда таҳлили проспективӣ гузаронида шуд. Гурӯҳи беморони таҳқиқшаванда ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуд. Гурӯҳи якум ё асосӣ аз 87 нафар занони зиндамонда иборат буд, гурӯҳи дуюм ё муқоисавӣ аз 106 нафар занон ба оқибати марговар иборат буд. Дар ҳар як гурӯҳ зергурӯҳҳо вобаста ба сабабҳои, ки боиси инкишофи ОШГ шудаанд: ВГ, ХА, маҷмуи ВГ ва ХА, инчунин БИФ муайян карда шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва навогонии онҳо. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нахустин бор таҳқиқоти ҳамаҷонибаи тиббӣ демографӣ, клиникӣ, озмоишгоҳӣ занони гирифтори оризаҳои акушерӣ бо ОШГ ва омӯзиши патоморфологии машинаҳои онҳо гузаронида шуд. Исбот гардид, ки сабаби асосии ОШГ, ки вобаста ба раванди ҳомилагӣ ба вучуд меояд, вайроншавии гипертензионӣ; хунравиҳои акушерӣ ва бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ мебошанд. Муқаррар карда шуд, ки занони навозяндаи наврас ва синни репродуктивии дер, инчунин занони бисёртаваллудкардаи гирифтори бемориҳои экстрагениталӣ, аз ҷумла пиелонефрити музмин, гломерулонефрит ва камбудии вазни бадан хавфи баланди инкишофи осеби шадиди гурдахоро доранд. Ошкор гардид, ки ОШГ ба афзоиши валодати пеш аз муҳлат ва валодатҳои абдоминалӣ мусоидат мекунад. Исбот шудааст, ки малперфузияи рағҳои модарӣ ва тифлӣ дар занони ҳомилаи гирифтори ОШГ сабаби пеш аз муҳлат таваллуд шудан, асфиксияи вазнин ва ғавти перинаталӣ мебошад. Аҳамияти пешгӯии ҳучайраҳои гардишкунандаи эндотелиалӣ барои осеби шадиди гурдаҳо дар давраи ҳомилагӣ муайян карда шуд.

Тавсияҳо аз рӯи таҳқиқот. Таҳқиқоти гузаронидашуда имкон медиҳанд, ки таъхиси барвақти ОШГ бо истифода аз ҳисобкунии ХГЭ ва ҷорӣ намудани концепсияи муосири коҳиш додани ғавти модарон аз ОШГ вобаста ба оризаҳои акушерӣ амалӣ карда шавад. Ба тандурустии амалӣ омилҳои хавфи беморӣ, методҳои содда ва дастраси таъхиси барвақти ОШГ пешниҳод карда шудаанд.

Соҳаи татбиқ: акушерӣ.

ANNATATION
Gafurzoda Nozanin Gani
Obstetric aspects of acute kidney injury

Keywords: pregnancy, AKI, hypertensive disorders, obstetric bleeding, purulent-inflammatory diseases, endothelial dysfunction, circulating endothelial cells (CEC).

The purpose of the study. To study the obstetric and perinatal aspects of acute kidney injury in complications associated with the gestational process, including isolated forms and combinations of severe forms of hypertensive disorders, bleeding and purulent-inflammatory diseases.

Material and methods of research. The study included 193 pregnant and parturient women whose gestational process was complicated by AKI against the background of HD, OB, a combination of HD and OB, as well as PID. A prospective analysis was performed in 87 patients hospitalized in the Maternal house No. 1 of Dushanbe in 2021-2023; a retrospective analysis included 106 cases of maternal mortality in the Republic of Tajikistan for the period from 2012 to 2021, where the trigger factor for AKI was the above-mentioned direct obstetric causes. The surveyed contingent was divided into 2 groups. The first or main group consisted of 87 surviving women - a prospective group, the second or comparison group - 106 women with a fatal outcome. In each group, subgroups were distinguished depending on the causes that led to the development of AKI: HD, OB, a combination of HD with OB, PID.

The results obtained and their novelty. In the Republic of Tajikistan, for the first time, a comprehensive medical-demographic, clinical and laboratory examination of women with obstetric complications associated with AKI and a pathomorphological study of their placentas were carried out

It has been proven that the main cause of AKI caused by the gestational process is hypertensive disorders; obstetric bleeding and purulent-inflammatory diseases. It has been established that primiparous adolescents and late reproductive age women, as well as multiparous women with chronic pyelonephritis, glomerulonephritis and body weight deficiency pose a high risk of developing acute kidney injury. It has been revealed that acute kidney injury contributes to an increase in premature births and abdominal deliveries.

Recommendations for use. The conducted studies will allow for early diagnosis of AKI using simple and accessible methods and the introduction of a modern concept for reducing maternal mortality

Application: obstetrics.