

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

УДК: 618.56-005.1; 618.2-002.3-084

На правах рукописи

САЙДАЛИЗОДА ДИЛАФРУЗ АЛОВУДДИН

**ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ АКУШЕРСКИХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии (PhD),
доктора по специальности
6D110101 – Акушерство и гинекология

Душанбе – 2025

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

**Научный
руководитель:**

Додхоева Мунаввара Файзуллоевна-
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ
«Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»

**Официальные
оппоненты:**

Абдурахманова Фируза Муиновна-
доктор медицинских наук, профессор,
заместитель директора по родовспоможению
ГУ Медицинского комплекса «Истиклол»

Пулатова Азиза Пулатовна-
кандидат медицинских наук, заведующая
организационно-методического отдела ГУ
«Таджикский научно-исследовательский
институт акушерства, гинекологии и
перинатологии»

**Оппонирующая
организация:**

«Таджикский национальный университет»

Защита состоится «___» _____ 2025г в ___ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-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.tabarova@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**

Ш.Т. Муминова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. По данным ВОЗ, ежегодно во всём мире послеродовые инфекции являются прямой причиной смерти примерно 35 тысяч матерей, но они могут быть и причиной не акушерской (непрямой) летальности 100 тысяч матерей, в основном вследствие плохого доступа к медицинской помощи и задержки лечения [ВОЗ. Глобальная инициатива по материнскому и неонатальному сепсису, 2017, L.P. McKinley et al., 2018]. Эпидемиологические исследования, проведенные В.Е. Радзинским (2017) и А.С. Грунковой с соавторами (2017), демонстрируют, что инфекционные осложнения послеродового периода стабильно удерживают четвертую позицию в структуре причин материнской смертности (МС) в глобальном масштабе. Данная тенденция сохраняется на протяжении последних десяти лет [А.С. Грунская с соавт., 2017, В.Е. Радзинский, 2017].

В настоящее время, мир вступил в постантибиотиковую эру. Наряду с разработкой новых антибактериальных средств, отмечается и развитие резистентности к ним, в результате чего сформировались антибиотикорезистентные супербактерии ESKAPE - *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, которые плохо поддаются лечению [С.В. Баринов с соавт., 2017; M. Boushra, 2022].

По отчёту Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан за 2024 год, гнойно-воспалительные послеродовые заболевания занимают 3-е место в структуре МС, особенно, акушерский сепсис после операции кесарево сечение, что подтверждает данные предыдущих исследователей [Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2024].

Физиологические, иммунологические и механические изменения, возникающие в период гестации, делают беременных более восприимчивыми к инфекциям по сравнению с не беременными женщинами и могут скрывать признаки и симптомы инфекции и сепсиса, что приводит к задержке в

распознавании и лечении сепсиса [L. Chen et al., 2021]. По этой причине целесообразным является выделение среди беременных женщин группы риска возникновения септических осложнений.

По данным K. Yerba et al., (2020), наличие у беременной анемии приводит к увеличению риска развития инфекционных осложнений в послеродовом периоде. При снижении уровня гемоглобина в периферической крови наблюдается комплексное нарушение репаративных процессов, характеризующееся дефицитом оксигенации тканей и угнетением синтеза коллагеновых волокон. Данные патофизиологические изменения, сопровождающиеся редукцией функциональной активности макрофагального звена, приводят к формированию нестабильного рубцового образования с повышенным риском его расхождения и последующего инфицирования [K. Yerba et al., 2020]. Также в руководствах ВОЗ описывается, что тяжёлая анемия повышает риск инфицирования в послеродовом периоде [V. Brizuela et al., 2021].

В ходе масштабных популяционных исследований, проведенных в экономически развитых странах, группой ученых под руководством Cornelissen L. и соавторов (2019) была установлена достоверная корреляция между послеродовыми кровотечениями и последующим развитием инфекционно-воспалительных осложнений в пуэрперальном периоде [L. Cornelissen et al., 2019]. Возможно, это связано с применением инвазивных методов лечения послеродового кровотечения, таких как внутриматочная тампонада, внутриматочные манипуляции и гистерэктомия, которые могут способствовать увеличению риска развития инфекции за счёт попадания микробов в матку и брюшную полость [L. Cornelissen et al., 2019].

Таким образом, результаты изучения данных мировой литературы, в том числе отечественной, свидетельствуют о высокой частоте септических состояний, которые занимают весомое место в структуре МС, не зависят от социально-экономического уровня жизни пациенток, степени развитости страны проживания. Учитывая высокую частоту данных осложнений при

акушерском кровотечении и отсутствие соответствующих исследований, как в мире, так и в стране решено считать актуальным проведение данной научно-исследовательской работы.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы

Проведенный анализ мировой литературы показал, многообразие и чрезмерную распространённость факторов риска развития гнойно-воспалительных заболеваний послеродового периода, особенно после акушерского кровотечения, частота которой в стране не имеет тенденцию к снижению [Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. // Статистический сборник. Душанбе, 2024]. Проведено много научно-исследовательских работ по ГВЗ и акушерским кровотечениям в отдельности, но работы, посвященные развитию гнойно-воспалительных заболеваний на фоне акушерских кровотечений, нет. В работах М.А. Касимова и др., 2020, были изучены послеродовые гнойно-воспалительные заболевания [М.А. Касимова и др., 2020]. Учитывая вышеизложенное, а также высокую частоту акушерских кровотечений, следует заключить, что проблема гнойно-воспалительных послеродовых осложнений всё ещё остаётся актуальной и требует более тщательного и глубокого научно- обоснованного изучения.

На основании анализа данных литературы было установлено, что профилактические мероприятия, проведённые различными исследователями [ACOG Practice Bulletin №. 199, 2018, M. Omotayo et al., 2021, M. Knight et al., 2021], зачастую не приводили к снижению частоты развития ГВЗ, которые требуют более глубокого анализа лечебно-диагностических мероприятий, позволяющих предупредить развитие генерализованных гнойно-воспалительных патологий после родоразрешения.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.

Настоящее диссертационное исследование выполнено в рамках «Национальной стратегии здоровья населения на период до 2030 года», (Постановление Правительства Республики Таджикистан №414 от 30 сентября 2021г), «Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в

государственных медицинских учреждениях», (Постановление Правительства Республики Таджикистан под №545 от 30 декабря 2021 года), а также 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 гнойно-воспалительные инфекции послеродового периода у родильниц, перенесших акушерские кровотечения в родах и оптимизация их профилактики.

Задачи исследования:

1. Определить частоту и группу риска развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде у женщин, перенёсших патологическую кровопотерю в родах.
2. Проводить сравнительную оценку развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде у женщин, перенёсших патологическую кровопотерю с учётом вида гемостаза.
3. Оценка клинико-лабораторных исследований и микробиологического пейзажа родовых путей у родильниц в различных исследуемых группах, в том числе у родильниц, перенёсших акушерские кровотечения.
4. Разработка мероприятий по оптимизации профилактики гнойно-воспалительных заболеваний в сочетании с акушерскими кровотечениями в послеродовом периоде.

Объект исследования

Исследованию было подвергнуто всего 309 беременных и рожениц, поступивших в городской родильный дом №1 г. Душанбе в период с 2019 по включительно 6 месяцев 2024 гг. в том числе в 81 сл., были исследованы

ретроспективно, 202 – проспективно в период выполнения работы. Исследуемые были распределены на 4 группы: 80 родильниц с гнойно-воспалительными заболеваниями послеродового периода, которые в родах перенесли патологическую кровопотерю, составили основную группу, 90 – родильниц с ГВЗ послеродового периода, в родах которых не было патологической кровопотери и 113 – родильниц с кровотечением в родах, без ГВЗ послеродового периода. Эти родильницы составили группу сравнения. В 4-ю группу включены 26 здоровых родильниц. Из числа 80 пациенток основной группы, были исследованы общеклинические анализы, прокальцитонин, кровь на стерильность, лактат крови, а также бактериологические анализы содержимого полости матки в послеродовом периоде, с целью ранней диагностики и лечения ГВЗ.

Предмет исследования

Предмет исследования включал: медико-социальные особенности и факторы риска развития послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ), репродуктивный анамнез, клиника и диагностика, исходы беременности и родов, перинатальные исходы, клиничко-лабораторные показатели, а также прокальцитонин, лактат крови, кровь на стерильность и бактериологические посеы содержимого полости матки в основной группе и в других группах. На основе полученных результатов был разработан алгоритм ведения родильниц с гнойно-воспалительными заболеваниями послеродового периода, после перенесенной патологической кровопотери.

Научная новизна исследования. Впервые выполнен детальный анализ частоты и предикторов развития инфекционно-воспалительных осложнений послеродового периода у пациенток с патологической кровопотерей в родах, демонстрирующий восходящий тренд заболеваемости.

Идентифицированы ключевые социальные и медицинские детерминанты, ассоциированные с развитием гнойно-септических осложнений на фоне акушерских кровотечений. Проведен сравнительный анализ частоты возникновения и нозологической структуры инфекционно-воспалительных

заболеваний у родильниц с патологической кровопотерей в зависимости от применённого метода гемостаза. Систематизированы и проанализированы клинико-лабораторные показатели во всех исследуемых когортах пациенток. Подтверждена значимость прокальцитонина, как маркера ранней диагностики сепсиса, тяжести состояния и как критерия эффективности антибиотикотерапии. Оптимизирован алгоритм ведения женщин с ГВЗ послеродового периода с патологической кровопотерей в родах.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования

Теоретические и методологические основы исследования, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе на практических занятиях и при чтении лекций медицинских ВУЗов по теме «Акушерский сепсис». На основании проведенной работы, разработан комплекс мероприятий и оптимизирована профилактика ГВЗ послеродового периода на фоне акушерских кровотечений, которые будут способствовать снижению частоты ГВЗ, а также как материнской, так и перинатальной заболеваемости и смертности.

Положения, выносимые на защиту

1. Выявлен рост частоты гнойно-воспалительных осложнений родильниц с акушерскими кровотечениями в динамике последних 5 лет. Факторами риска развития гнойно-воспалительных послеродовых осложнений являются анамнестические факторы – высокая частота перинатальных потерь и кесарево сечение в анамнезе; низкий индекс соматического здоровья матерей; инфекции мочеполовой системы; осложненное течение родов, инвазивные вмешательства, экстренное кесарево сечение, наложение гемостатического шва по Б-Линчу.
2. Установлено, что уровень прокальцитонина является ранним маркером развития и критерием оценки эффективности антибиотикотерапии, а уровень лактата - диагностическим критерием степени тяжести течения гнойно-воспалительных заболеваний родильниц, переживших акушерские кровотечения.

3. Доказаны основные моменты оптимизации алгоритмов ведения женщин групп риска по развитию гнойно-воспалительных осложнений, включающий прегравидарный период, периоды гестации, родов, после родов, и ведения пациенток с гнойно-воспалительными осложнениями. Увеличение частоты развития гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц, перенесших акушерские кровотечения в родах, свидетельствует об увеличении частоты факторов риска, которых частично возможно предотвратить в прегравидарном периоде и в динамике беременности и родов.

Степень достоверности результатов. Обоснованы достоверность полученных результатов исследования, выводов и рекомендаций на достаточном объёме материала исследования и использования современных методов статистической обработки материалов. Результаты исследования опубликованы в 19 публикациях, в том числе в 4 журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан. Заключение и рекомендации основаны на научном анализе результатов проведенного исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования).

Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по шифру специальности 6D110101 – Акушерство и гинекология. I. Отрасль науки: медицинские науки. II. Формула специальности – Акушерство и гинекология. III. Область исследований – 3.1. Акушерство. Подпункт 3.1.8. Течение и ведение послеродового периода. Послеродовые септические заболевания: эндометриты, аднекситы, параметриты, тромбозы, перитониты, сепсис, маститы. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследовании. Автором изучены мировые и отечественные научные публикации по теме ГВЗ послеродового периода у женщин, в том числе с акушерскими кровотечениями, на основе изученного литературного обзора составлены цели и задачи,

составлены анкеты, проведен набор собственного материала для исследования, выполнен сравнительный анализ материалов из историй родов за 2019-2024 гг, участвовала в статистической обработке материала, интерпретации и обсуждения полученных результатов, научно обосновала выводы и рекомендации, участвовала на конференциях, съездах, публикациях статей, диссертации и автореферата. Теоретические и практические результаты исследования докладывались на международных, республиканских, региональных, вузовских научно-практических конференциях молодых ученых, проводившихся как в Таджикистане, так и за её пределами в 2021-2024 гг.

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), на совместном межклиническом заседании кафедры акушерства и гинекологии №1 и базовым родильным домом №1 (протокол №6 от 24 января 2025 г) и заседании Межкафедральной экспертной проблемной комиссии акушер-гинекологов и педиатров при ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» (протокол №8 от 18 марта 2025 г).

Реализация результатов работы. Результаты проведенных исследований внедрены в работу отделения мать и дитя, родильного отделения городского родильного дома № 1, родильного отделения Городского медицинского центра, в учебную программу кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 19 печатных работ, в том числе 4 в журналах, рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 182 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, общей характеристики, обзора литературы, главы материала и методов и 2 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов исследования, выводов и

практических рекомендаций, а также списка литературы. Иллюстрирована 66 таблицами и 10 рисунками. Указатель литературы включает 49 работ на русском и 120 – на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования. Соответственно поставленным цели и задачам исследованию подвергнуты всего 309 беременных и рожениц, поступивших в городской родильный дом №1 г. Душанбе в период с 2019 по 6 месяцев 2024 гг. в том числе 81 подвергнуты ретроспективному анализу, 202 – поступившие в период выполнения работы. За этот период в указанном учреждении произошли всего 36195 родов. Как было указано выше, всего обследовано 309 родильниц, из которых 81 анализированы ретроспективно и 228 – проспективно. Исследуемые были распределены на 4 группы: 80 родильниц с ГВЗ после кровотечения, которые составили основную группу, 90 – ГВЗ без кровотечения и 113 – кровотечение без ГВЗ. Эти родильницы составили группу сравнения. 4-ю группу составили 26 здоровых родильниц.

Критерии включения: в основную группу включены беременные и роженицы с патологической кровопотерей в родах, впоследствии у которых развилось ГВЗ. В 1-ю группу сравнения включены роженицы с послеродовыми гнойно-воспалительными заболеваниями, в родах у которых не было патологической кровопотери. Во 2-ю группу сравнения включены роженицы с патологическим кровотечением без ГВЗ послеродового периода. В группу контроля включены 26 здоровых родильниц.

Основная группа – 80 родильниц с гнойно-воспалительными заболеваниями после перенесенного акушерского кровотечения.

Структура перенесенных акушерских кровотечений представлена в таблице 1.

Таблица 1. - Структура причин перенесенного кровотечения, n=80

Структура	Число	%
ПОНРП	19	23,8
Предлежание плаценты	4	5,0

Гипотоническое кровотечение	55	68,8
Дефект плаценты	1	1,3
Травмы родовых путей	1	1,3

Как видно из таблицы, у большей половины рожениц было гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде – 55 сл. (68,8%), несмотря на активное ведение III-го периода родов по Национальному стандарту [Узакова, У.Д., 2018]. На втором месте была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 19 сл. (23,8%) и на третьем – предлежание плаценты – 4 (5,0%).

Были изучены методы родоразрешения пациенток основной группы, при которой произошли кровотечения. Самостоятельные роды через естественные родовые пути были у 32 сл. (40,0%) пациенток, абдоминальное родоразрешение – у 48 (60,0%) пациенток, причём у 95,8% (46 сл.) из них операция была произведена в экстренном порядке.

В таблице 2 приведена структура ГВЗ, которая представлена следующими осложнениями: наиболее часто наблюдались метроэндометрит (71,3%), хориоамнионит (17,5%) и нагноение швов на матке (15,0%).

Таблица 2. - Структура ГВЗ у рожениц, перенесших кровотечения

Структура	Число	%
Хориоамнионит	14	17,5
Метроэндометрит	57	71,3
Перитонит	2	2,5
Сепсис	2	2,5
Нагноение швов передней брюшной стенки	6	7,5
Несостоятельность швов на матке	1	1,3
Инфильтрация швов на матке	12	15,0
Расхождение швов на промежности	2	2,5
Тромбофлебит вен нижней конечности	1	1,3
Перикультит	4	5,0

В группу сравнения включены 90 сл. с гнойно-воспалительными заболеваниями без кровотечения. Вагинальные роды у них произошли в 28 сл. (31,1%), путем операции кесарева сечения - в 62 сл. (68,9%). Следует отметить, что в 56 сл. из 62-х (90,3%) абдоминальное родоразрешение было произведено в экстренном порядке.

Структура ГВЗ у рожениц без кровотечения в основном была представлена метроэндометритом, частота которого составила 72,2% (65 сл.), хориоамнионит выявлен в 34,4% (31 сл.), в 12,2% (11 сл.) был установлен перитонит.

Во 2-й группе сравнения – 113 сл. кровотечения без гнойно-воспалительных заболеваний. Роды через естественные родовые пути произошли в 43 сл. (38,1%), в 70 сл. (61,9%) - путем операции кесарева сечения. Из 70 сл. абдоминального родоразрешения 61 сл. (87,1%) произведено в экстренном порядке.

Методы исследования. Всем исследованным проведено комплексное клинико-лабораторное исследование в динамике: при поступлении, после родов и перед выпиской. Выполнены по общепринятым методикам в клинико-биохимической лаборатории городского родильного дома №1 г. Душанбе. Содержание прокальцитонина, лактата крови, кровь на стерильность и бактериологическое исследование содержимой матки исследованы в Национальной референс лаборатории г. Душанбе.

УЗИ исследование органов малого таза проводилось в функциональном кабинете ГРД №1 совместно с врачами высшей категории Бариевой Л.С. и Садиевой Г.Г. на аппарате УЗИ ALOCA 3500 CCD. Исследование проводилось в послеродовом периоде на 1-3 и 7-10 дни.

Методика определения прокальцитонина. Концентрацию прокальцитонина (ПКТ) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием тест-системы Прокальцитонин— ИФА — БЕСТ (А 9004) («Вектор—Бест», Россия), с чувствительностью 0,01 нг/мл. Оптическую плотность проб регистрировали на

вертикальном фотометре StatFax 4200 («Awareness», США). Для исследования прокальцитонина использовали плазму или сыворотку крови («Национальная Референс лаборатория», врач Саидов Х.Б.).

Определение лактата проводилось ферментативным методом, с помощью автоматических анализаторов лактата Stat Fax 4200, предназначенных для количественного определения концентрации лактата в пробах крови, сыворотки, мочи и других биологических жидкостях. Единицей измерения является ммоль/л. В норме в крови содержится от 0,5 до 2,2 ммоль/л лактатов («Национальная Референс лаборатория», Муродова Б.С.).

Бактериологическое и бактериоскопическое исследования крови и мазков из влагалища проводились по общепринятым методикам. Для идентификации микроорганизмов и определения чувствительности к антимикробным препаратам был использован автоматический бактериологический анализатор Vitek 2 compact (Национальная Референс лаборатория, Иноятуллоева Ш.Д.).

Статистическая обработка: Полученные данные были обработаны на ПК с применением прикладных статистических пакетов IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM, USA) и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Количественные показатели были приведены в виде медианы с нижним и верхним квартилями (Me [Q1; Q3], а качественные показатели в виде частоты или долей (%). Для множественных сравнений независимых количественных показателей применяли критерий Крускала-Уоллиса, а в качестве post-hoc анализа и для сравнения парных значений – критерий Данна. Для множественных сравнений связанных выборок применяли критерий Фридмана. Для сравнения парных связанных выборок применяли критерий Вилкоксона. Множественные сравнения независимых качественных показателей проводили по критерию χ^2 для произвольных таблиц, а при парных сравнениях использовали критерий χ^2 для таблиц 2×2. Для зависимых множественных сравнений качественных показателей использовали критерий Кохрена, а для парных зависимых качественных показателей – критерий МакНемара. Для определения факторов

влияния анализ проводили с помощью отношения шансов (Odds ratio – OR) с определением 95% доверительного интервала. Нулевая гипотеза отвергалась при уровне значимости $\alpha=0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованию подвергнуты 80 родильниц с гнойно-воспалительными осложнениями, которые находились в городском родильном доме №1 г. Душанбе, у которых беременность и роды осложнились кровотечением. За этот период всего родов было зарегистрировано 32373.

Таблица 3.- Частота ГВЗ у родильниц, перенесших акушерские кровотечения в динамике

Год	Число родов	Число ГВЗ+ Кровотечение	%
2019	7028	9	0,13
2020	7644	10	0,13
2021	6542	12	0,18
2022	5423	17	0,31
2023	5736	24	0,42
P	<0,01 (df =5)		

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между годами (по критерию Хи-квадрат для произвольных таблиц).

Частота гнойно-воспалительных заболеваний имеет тенденцию к увеличению ($p<0,01$). Если этот показатель в 2019 году составлял 0,13%, то в 2021 г увеличился до 0,18%, а в 2023 году достигла 0,42%(таблица 3).

Анализ частоты ГВЗ в основной группе и группах сравнения по месяцам и сезонам года показал, что наиболее часто гнойно-воспалительные заболевания наблюдаются весной и, особенно, в мае месяце 20,0% ($p<0,001$).

Таблица 4.- Частота ГВЗ и кровотечений у родильниц с учётом возрастной структуры

Возрастная группа	Основная группа, n=80		Группы сравнения				p (df =2)
			ГВЗ без кровотечения (n=90)		Кровотечение без ГВЗ (n=113)		
	п	%	п	%	П	%	
До 19 лет	-	-	-	-	2	1,8	
19-24	37	46,2	41	45,5	26	23,0 $p_1 < 0,001$	<0,001
25-29	17	21,2 $p_2 < 0,001$	20	22,2 $p_2 < 0,001$	34	30,1 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	>0,05
30-34	15	18,7 $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	18	20,0 $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	31	27,4 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	>0,05
35-39	9	11,2 $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$	9	10,0 $p_2 < 0,001$ $p_3 = 0,043$ $p_4 > 0,05$	17	15,0 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 = 0,007$ $p_4 = 0,023$	>0,05
40 и более	2	2,5 $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$ $p_4 = 0,003$ $p_5 > 0,05$	2	2,2 $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$ $p_4 < 0,001$ $p_5 > 0,05$	3	2,6 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$ $p_4 < 0,001$ $p_5 = 0,003$	>0,05
p_0	<0,001 (df =4)		<0,001 (df =4)		<0,01 (df =5)		

Примечание: p – статистическая значимость различия между всеми группами (по критерию Хи-квадрат для произвольных таблиц); p_0 – статистическая значимость различия показателей между всеми возрастными группами (по критерию Хи-квадрат для произвольных таблиц); post-hoc: p_1 – статистическая значимость различий по сравнению с возрастом до 19 лет; p_2 – статистическая значимость различий по сравнению с возрастом 19-24 года; p_3 – статистическая значимость различий по сравнению с возрастом 25-29 лет; p_4 – статистическая значимость различий по сравнению с возрастом 30-34 года; p_5 – статистическая значимость различий по сравнению с возрастом 35-39 лет (post-hoc анализ – по критерию Хи-квадрат для четырёхпольной таблицы).

Возраст родильниц основной группы колебался в пределах 19 - 40 лет, в среднем $26,7 \pm 6,0$. Почти половина родильниц – 46,2%, перенесших

кровотечение и впоследствии ГВЗ приходилась в возрастной группе 19-24 лет, в возрастной группе 25-29 лет частота осложнения составила 21,2% (таблица 4).

Среди указанных молодых женщин закономерным явился тот факт, что у многих родильниц, перенесших кровотечение и ГВЗ, беременность и роды оказались первыми - 46,3%.

Анализ репродуктивного анамнеза родильниц основной группы показал высокую у них частоту репродуктивных потерь как в раннем сроке беременности – у каждой 4-й (26,2%), так и в позднем – у каждой 10-й (10,0%) пациентки, у которых в прошлом была перинатальная смертность. Кроме того, в анамнезе у 9 (11,2%) из 80 исследуемых родильниц было указание на абдоминальное родоразрешение ввиду кровотечений по разным причинам. Частота была ещё выше в сравниваемых группах – 16,7% и 28,3% соответственно.

С целью дальнейшего поиска факторов риска развития гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц, перенесших акушерское кровотечение, нами изучены сопутствующие беременности заболевания. Наиболее часто сопутствующей патологией всем ГВЗ у родильниц оказался пиелонефрит, его частота была равна в основной группе 90,0%, в группах сравнения 80,0% и 80,5% соответственно ($p>0,05$). На втором месте по частоте оказалась анемия при поступлении – 45,0%, в группах сравнения с одинаковой частотой - 38,9% ($p>0,05$). Анализ распространенности йододефицитных состояний продемонстрировал сопоставимую частоту встречаемости данной патологии среди 50% обследованных родильниц, независимо от их принадлежности к той или иной группе исследования.

Достоверные межгрупповые различия были выявлены в отношении частоты гидронефроза: данная патология встречалась значительно чаще в основной группе (17,5%) по сравнению с группами сравнения, где её частота составила 7,8% и 5,3% соответственно ($p=0,014$).

Заслуживает внимания тот факт, что у каждой 4-й родильницы основной группы и группы с ГВЗ беременности сопутствовал хронический бронхит –

25,0% и 24,4% соответственно ($p>0,05$). Статистически значимым оказался гидронефроз почек различной степени – в основной группе 17,5%, в группах сравнения 7,8% и 5,3% ($p=0,014$).

У 58,7% родильниц основной группы в первом триместре беременности была диагностирована рвота беременных, у 23,7% пациенток течение настоящей беременности осложнилось угрозой прерывания беременности, в группе родильниц с кровотечением, но без ГВЗ – 12,4% ($p=0,003$). Анализ осложнений беременности показал высокую частоту обострений хронического пиелонефрита во втором и третьем триместрах, которая регистрировалась у 33,3% пациенток. Особого внимания заслуживает статистически значимое превалирование в основной группе случаев гипертензивных расстройств и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты по сравнению с группами контроля ($p<0,001$). ПОНРП была зарегистрирована у 23,8% рожениц ($p=0,003$) (таблица 5).

Таблица 5.- Осложнения настоящей беременности в сравниваемых группах

Осложнения	Основная группа n=80		Группа сравнения				P (df =2)
	n	%	ГВЗ без кровотечения n=90		Кровотечение без ГВЗ n=113		
			n	%	n	%	
Рвота беременных	47	58,7	37	41,1	61	53,9	>0,05
Угроза прерывания	19	23,7	29	32,2 $p_1 >0,05$	14	12,4 $p_1 =0,039$ $p_2 <0,001$	=0,003
ОРВИ	51	63,7	58	64,4	69	61,1	>0,05
Обострение хр. пиелонефрита	30	37,5	30	33,3	40	35,4	>0,05
Многоводие	3	3,7	3	3,3	7	7,8	>0,05
Маловодие	1	1,2	4	4,4	-		

Гипертензивные нарушения, в том числе:	19	23,7	18	20,0	22	19,5	>0,05
Гестационная гипертензия	6	31,6	8	44,4	17	77,3	>0,05
Умеренная преэклампсия	2	10,5	2	11,1	-		
Тяжёлая преэклампсия	11	57,9	8	44,4	5	22,7	>0,05
Предлежание плаценты	4	5,0	-		23	20,4 $p_1 = 0,005$	
ВЗРП	4	5,0	7	7,8	4	3,5	>0,05
Нарушение кровотока плода	7	8,7	8	8,9	6	5,3	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия между всеми группами (по критерию Хи-квадрат для произвольных таблиц); post-hoc: p₁ – статистическая значимость различий по сравнению с основной группой; p₂ – статистическая значимость различий по сравнению с группой ГВЗ без кровотечения (post-hoc анализ – по критерию Хи-квадрат для четырёхпольной таблицы).

Индукцированные роды в основной группе диагностированы в 26,2% сл., в группе родильниц с ГВЗ без кровотечения почти в 2 раза больше – 42,2% ($p_1 = 0,029$), в группе кровотечения без ГВЗ также почти в 2 раза меньше, чем в группе родильниц с ГВЗ без кровотечения – 18,6% ($p_2 < 0,001$). Родовозбуждение и родостимуляция чаще была проведена методом амниотомии в 90,5% у родильниц основной группы, 50,0% и 80,9% в группах сравнения ($p < 0,001$).

Родовозбуждение и родостимуляция окситоцином были использованы в 42,8% у рожениц основной группы и столько же в группе родильниц с ГВЗ без кровотечения, в то время как в группе родильниц с ГВЗ без кровотечения этот показатель был почти в 2 раза больше -71,0% ($p = 0,006$). Сочетанные методы индукции родов больше выявлены в основной группе - 38,1%, в группе ГВЗ без кровотечения 31,6% ($p > 0,05$), в группе кровотечения без ГВЗ в 4 раза меньше, чем в основной группе – 9,5% ($p = 0,027$).

Как было указано выше, частота кесарево сечения в основной группе составила 60,0%. Учитывая массивное кровотечение интраоперационно было

решено в 19,2% или 37 сл. произвести ампутацию или экстирпацию матки, т.е. каждой 5-й пациентке. Из указанного числа у 11 пациенток впоследствии развились гнойно-воспалительные заболевания. При гипотонии матки, которая сопровождалась кровотечением, в 59 сл. были наложены гемостатические швы по Б-Линчу, у 40,6%, которых послеоперационный период осложнился развитием ГВЗ. Из акушерских инвазивных вмешательств, в развитии ГВЗ у пациенток с кровотечением высока была доля амниотомии, которая составила 38,8%.

Таблица 6.- Средний объём кровопотери в зависимости от вида гемостаза (Me[Q1: Q3])

Группы	Вид гемостаза			p (df =2)
	Консервативный	Гемостатический шов по Б-Линчу	Ампутация/ Экстирпация	
Основная	750,0 [600,0; 950,0] (n =45)	1200,0 [800,0; 1600,0] (n =24) $p_1 = 0,002$	2000,0 [1700,0; 2800,0] (n =11) $p_1 < 0,001$ $p_2 = 0,016$	$< 0,001$
Сравнения (Кровотечение без ГВЗ)	800,0 [600,0; 1000,0] (n =55)	1000,0 [800,0; 1400,0] (n =31) $p_1 = 0,036$	1800,0 [1580,0; 2200,0] (n =27) $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$< 0,001$
p_0	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	

*Примечание: p_0 – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию Манна-Уитни); p – статистическая значимость различий показателей между всеми видами гемостаза (по критерию Крускала-Уиллиса); *post hoc*: p_1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с консервативным гемостазом; p_2 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с гемостазом Б-Линч (*post hoc* по критерию Данна).*

Самая большая продолжительность оперативного вмешательства была при кесаревом сечении, осложнившимся кровотечением и закончившемся ампутацией матки или экстирпацией матки в основной группе – 190,0 мин., в группе сравнения без ГВЗ такая же операция продолжалась 127,0 мин. У пациенток с ГВЗ на фоне кровотечения после родоразрешения через естественные родовые пути, также выяснилось продолжительное оперативное

вмешательство при лапаротомии и ампутации –150,0 мин. против 104,0 мин в группе сравнения (таблица 7).

Таблица 7.- Продолжительность оперативного вмешательства, в мин.

Оперативное вмешательство	Основная группа (n =34)	Кровотечение без ГВЗ (n =43)	p
Кесарево сечение + консервативный гемостаз	50,0 [45,0; 60,0] (n =21)	50,0 [50,0; 60,0] (n =21)	>0,05
Кесарево сечение + Б-Линч	62,5 [60,0; 80,0] (n =18)	65,0 [60,0; 77,0] (n =25)	>0,05
Кесарево сечение + ампутация матки/ экстирпация матки	190,0 [122,0; 205,0] (n =6)	127,0 [110,0; 150,0] (n =22)	>0,05
Кесарево сечение + Б-Линч + ампутация матки	120,0 [95,0; 200,0] (n =3)	125,0 [90,0; 160,0] (n =2)	>0,05
Лапаротомия+ Б-Линч	57,5 [50,0; 90,0] (n =6)	62,5 [58,0; 70,0] (n =6)	>0,05
Лапаротомия+ ампутация матки	150,0 [150,0; 150,0] (n =1)	104,0 [65,0; 120,0] (n =3)	>0,05
Релапаротомия + ампутация матки	135,0 [135,0; 135,0] (n =1)		
Релапаротомия без ампутации матки	70,0 [40,0; 90,0] (n =3)		

Примечание: p – статистическая значимость различий между основной группой и группой с кровотечением и без ГВЗ (по критерию Манна-Уитни).

Учитывая тот факт, что консервативный гемостаз проводился в основном при кровопотере до 1000,0 мл, высок был и процент развития у этих пациенток

развития ГВЗ - 95,0%. При кровопотере 1000,0-2000,0 мл высока была частота наложения швов по Б-Линчу 54,2%.

Таблица 8.- Структура ГВЗ в зависимости от вида гемостаза

Структура	Вид гемостаза						P (df =2)
	Консервативный, n=45		Б-Линч, n=24		Ампутация и экстирпация, n=11		
	п	%	п	%	п	%	
Хориоамнионит	10	22,2	1	4,2	2	18,2	>0,05
Метроэндометрит	36	80,0	20	83,3	-		
Перитонит	2	4,4	-		-		
Сепсис	-		1	4,2	2	18,2	
Нагноение швов передней брюшной стенки	1	2,2	1	4,2 $p_1 >0,05$	4	36,4 $p_1 =0,003$ $p_2 =0,045$	<0,001
Несостоятельность швов на матке	1	2,2	-		-		
Инфильтрация швов на матке	4	8,9	8	33,3 $p_1 =0,027$	-		
Расхождение швов на промежности	1	2,2	-		-		
Тромбоэмболия легочных сосудов	-		1	4,2	-		
Перикультит	-		-		4	36,4	

Примечание: Для оценки межгрупповых различий применялся критерий χ^2 (хи-квадрат) для многопольных таблиц (p). Последующий post-hoc анализ осуществлялся с использованием критерия χ^2 для четырехпольных таблиц (2x2), где p_1 отражает значимость различий в сравнении с группой консервативного гемостаза, а p_2 - в сравнении с группой, где применялся компрессионный шов по Б-Линчу.

Сравнительная оценка развития ГВЗ у родильниц, перенесших кровотечение в зависимости от объёма кровопотери и вида гемостаза приведена в таблице 8.

При всех видах гемостаза, как видно из таблицы наиболее часто развивались метроэндометрит и инфильтрация швов на матке.

Следующей задачей настоящих исследований явилась выяснение правомочности определения лактата, как показателя тканевой гипоксии,

имевшее место у рожениц при кровотечении и ГВЗ и его особенность при их сочетании.

Содержание лактата во всех группах оказалось выше, чем в норме ($N=0,5-2,2$ ммоль/л), но у пациенток основной группы его уровень был выше по сравнению с группами сравнения – 10,9 ммоль/л, в группах сравнения 8,1 и 8,7 ммоль/л соответственно, хотя статистически этот показатель был не значим ($p>0,05$). И всё же этот тест можно использовать как диагностический критерий степени тяжести течения ГВЗ на фоне кровотечения.

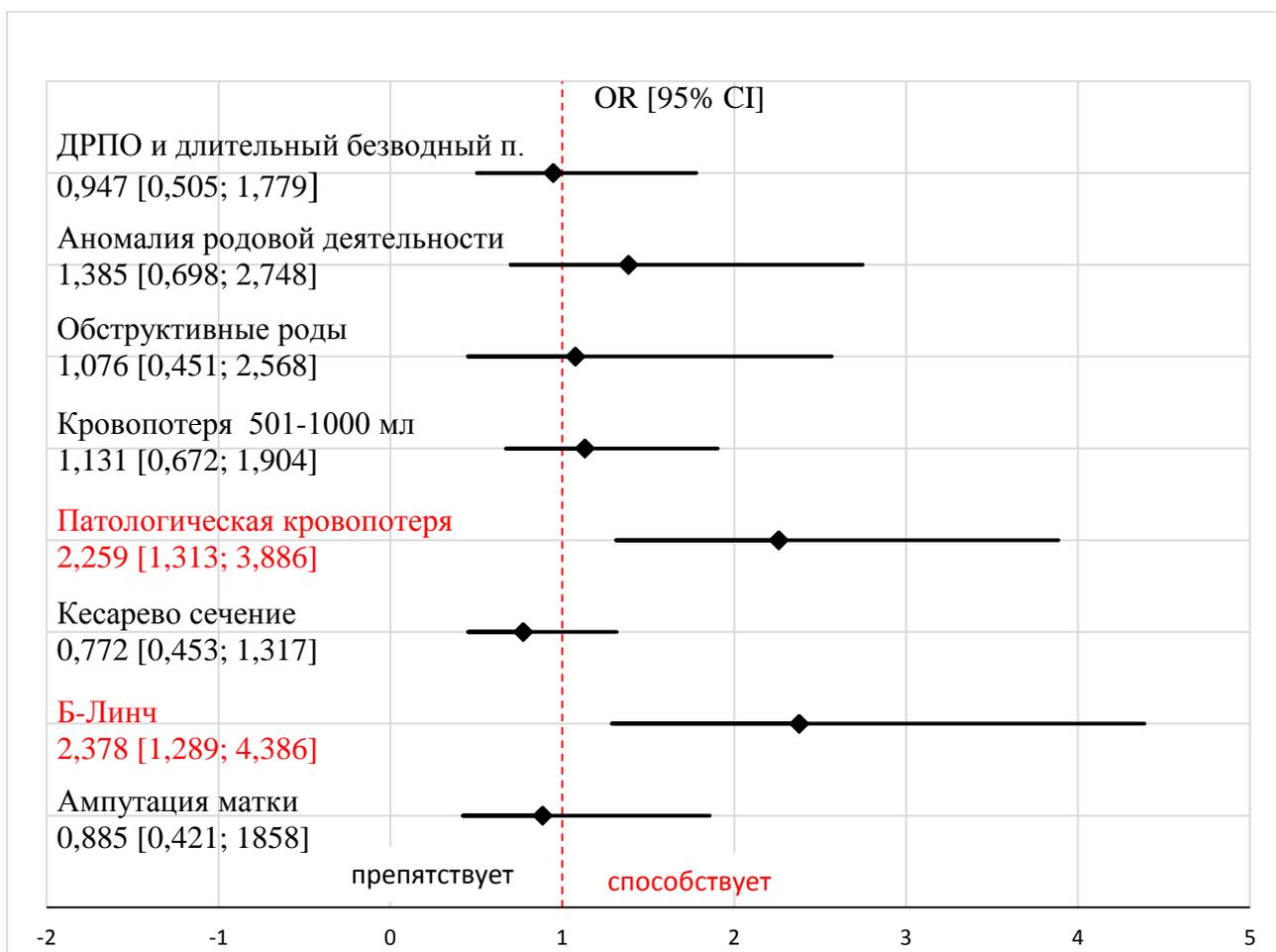


Рисунок 1. Риск (OddsRatio) влияния изучаемых факторов риска развития гнойно-воспалительных заболеваний на фоне акушерских кровотечений.

Следующим важным критерием ГВЗ является маркер сепсиса прокальцитонин, который был исследован у 50 рожениц из всех групп. Содержание прокальцитонина было повышено у рожениц основной группы и группы ГВЗ без кровотечения, т.е. в этих группах их концентрация особо не

отличалась. В группе пациенток с изолированным кровотечением уровень прокальцитонина оставался в пределах референсных значений ($N < 0,1$ нг/мл), что подтверждает диагностическую ценность данного маркера как раннего предиктора развития гнойно-воспалительных заболеваний и септических осложнений.

Из рисунка 2 видно, что уровень прокальцитонина во всех группах имеет большой разброс, но все же выше оказывается в группе ГВЗ без кровотечения. Меньше всех прокальцитонин определяется в группе родильниц кровотечения без ГВЗ.

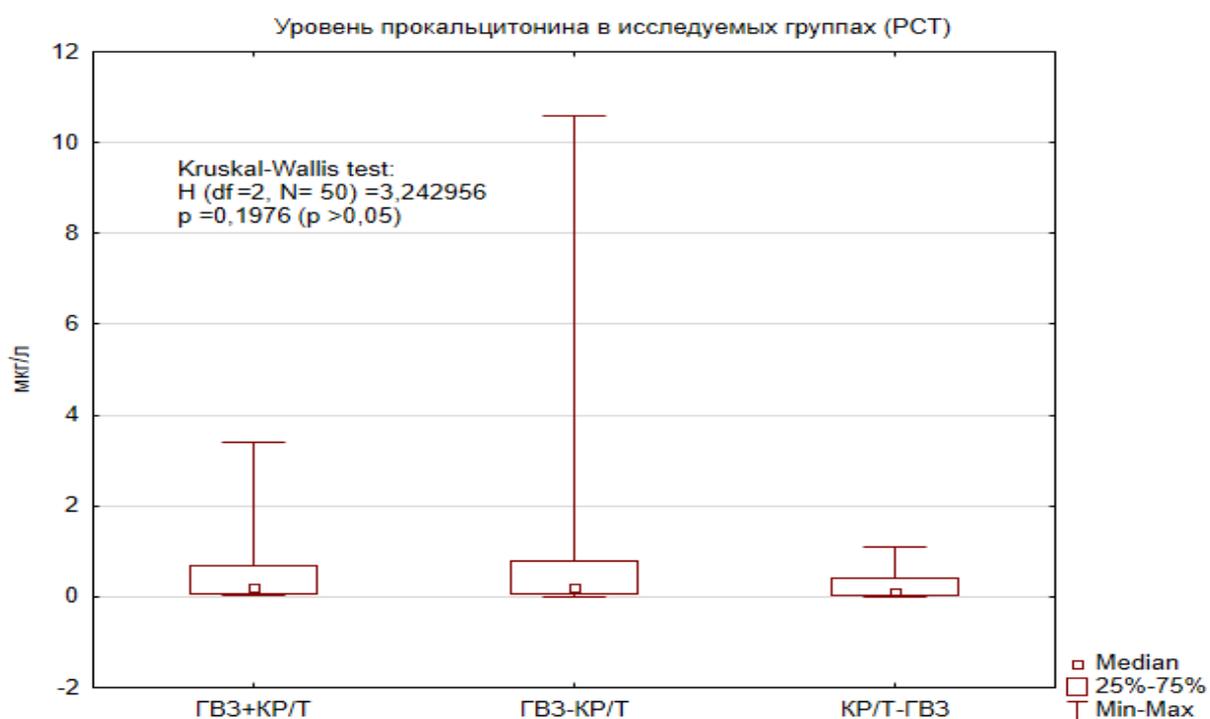


Рисунок 2. - Уровень прокальцитонина во всех группах

При изучении связи тяжести состояния родильниц и уровнем прокальцитонина, у родильниц основной группы была обнаружена умеренная корреляционная связь – $r=0,47$ (рисунок 3). Это подтверждает тот факт, что уровень прокальцитонина это не только показатель развития гнойно-воспалительного заболевания, но и оценка тяжести состояния пациентки. В одном случае у родильницы основной группы уровень данного показателя был 68,0 нг/мл – этот же случай закончился летальным исходом.

Таким образом, определение содержания прокальцитонина является достоверным критерием ранней диагностики сепсиса у родильниц в послеродовом периоде и степени тяжести этого осложнения, а также как критерия оценки эффективности антибиотикотерапии.

Патологические мазки III и IV степени влагалищной чистоты обнаружены почти одинаково у родильниц основной группы - 56,2% и группы ГВЗ без кровотечения - 54,1%. Бактериологическое исследование содержимого полости матки выявило монокультуру в 58,1% и дикультуру в 25,9% сл. Чаще всего были высеяны *Escherichia coli* 10^6 *Staphylococcus haemolyticus* 10^6 , *Staphylococcus aureus* 10^6 .

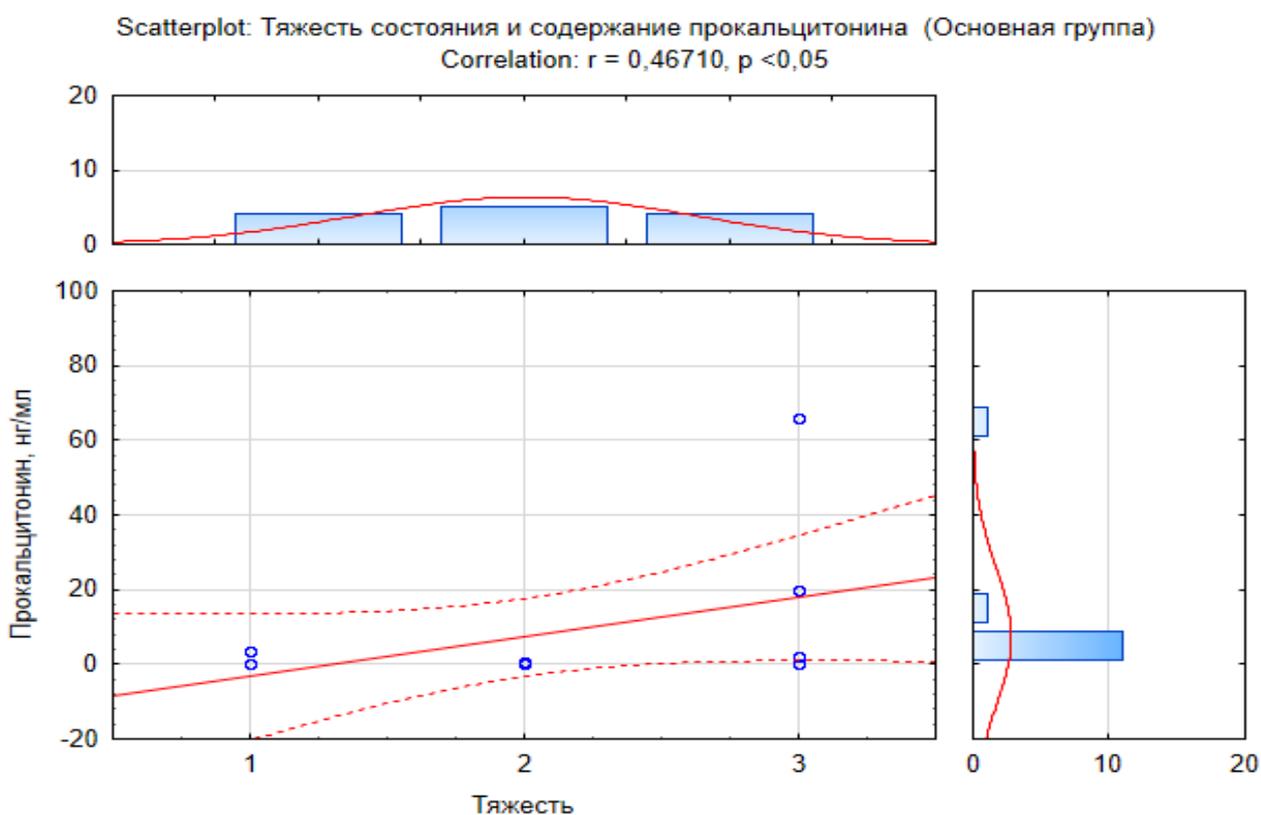


Рисунок 3. - Кореляционная связь прокальцитонина и тяжесть состояния у родильниц основной группы

Следовательно, проведенный анализ показал высокую частоту инфекций мочеполовой системы в исследуемых группах, особенно в основной, большое разнообразие и высокую частоту патогенной и сапрофитной микрофлоры у родильниц всех исследуемых групп и ещё раз доказал важность своевременного выявления инфекций и их лечения.

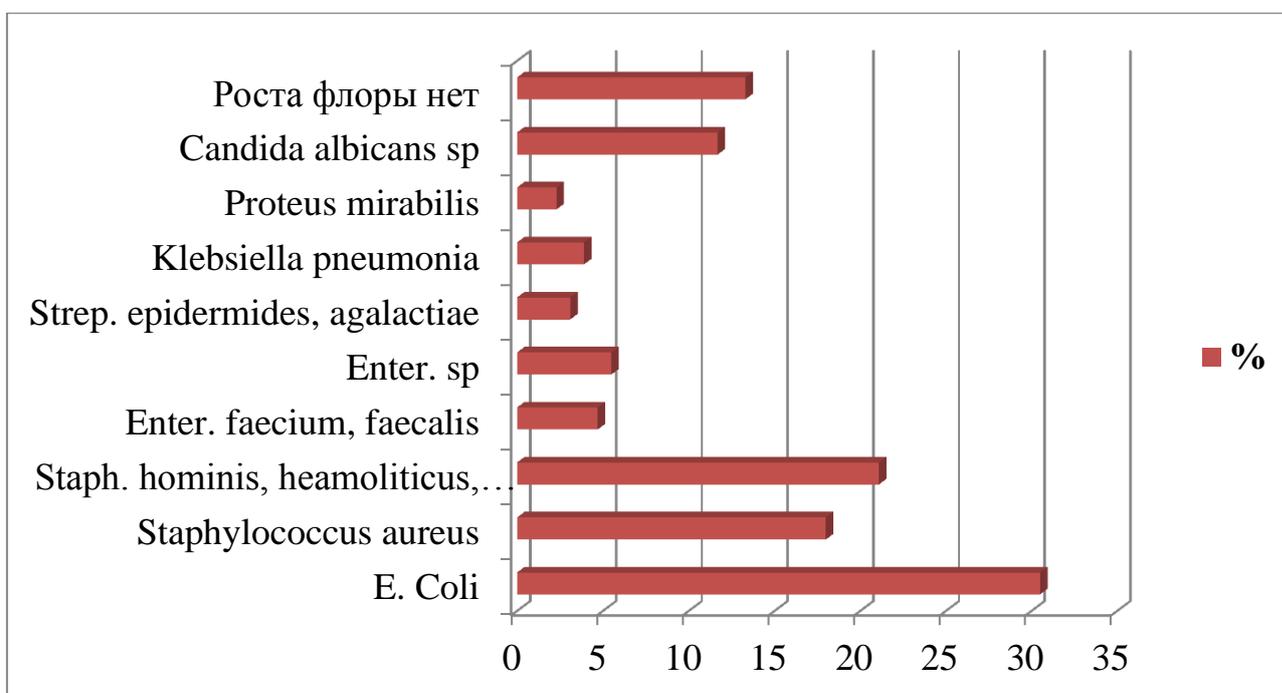


Рисунок 4.- Бактериологическая картина родильниц исследуемых групп
Оптимизация профилактических мероприятий при сочетании гнойно-воспалительных заболеваний и акушерских кровотечений в послеродовом периоде. Анализ послеродовых гнойно-воспалительных осложнений, сочетающихся с акушерскими кровотечениями, позволил выявить их ключевые характеристики. Наибольшая заболеваемость регистрируется в весенне-летний период, при этом отмечается устойчивый рост частоты данной патологии. К категории повышенного риска относятся женщины активного репродуктивного возраста, особенно 19-24 лет, с отягощенным соматическим анамнезом в виде анемии и воспалительных заболеваний почек, на фоне которых развиваются гипертензивные нарушения. Выявленные нами факторы риска стали основой для составления мероприятий по профилактике гнойно-воспалительных заболеваний у женщин, перенесших акушерские кровотечения.

В связи с вышеуказанным, нами составлена группа риска по развитию ГВЗ на фоне кровотечения, к которой входит следующее: весенне-летний период, АРВ, особенно 19-24 лет, первородящие, кесарево сечение в анамнезе, невынашивание в анамнезе, воспалительные заболевания почек, анемии, рвота беременных, длительность безводного периода более 12 часов, обструктивные/затянувшиеся роды, гипертензивные нарушения,

индуцированные роды, экстренное абдоминальное родоразрешение, кровопотеря свыше 1000,0мл, наложение гемостатического шва по Б-Линчу, особенно если проведено после естественных родов в ранний послеродовый период.

Мероприятия:

1. В связи с выявленной сезонностью ГВЗ в сочетании с акушерскими кровотечениями, с пиком заболеваемости в весенне-летний период (преимущественно май), рекомендуется усиление мониторинга на этапе антенатального наблюдения. Особое внимание следует уделять пациенткам раннего репродуктивного возраста в указанные периоды года.

2. На основании выявленной высокой частоты неблагоприятных исходов беременности в анамнезе (самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, перинатальные потери) у пациенток с ГВЗ, рекомендуется их включение в целевую группу по профилактике гнойно-воспалительных осложнений с проведением тщательной прегравидарной подготовки.

3. Учитывая значимую роль сопутствующих заболеваний (анемия, патология почек, йододефицитные состояния, заболевания ЛОР-органов и их сочетания) в развитии ГВЗ с послеродовыми кровотечениями, необходимо проведение комплексного обследования и санации очагов хронической инфекции на этапе прегравидарной подготовки или в ранние сроки гестации.

4. Учитывая высокий уровень прокальцитонина у пациенток основной группы, по сравнению с другими группами и имеющую умеренную корреляционную связь уровня прокальцитонина и тяжестью состояния пациенток, включить в обязательный объем исследования при данном осложнении.

5. По уровню прокальцитонина можно судить не только тяжесть состояния пациенток, но и шансы на выживаемость. Чем выше уровень прокальцитонина, тем высока вероятность летального исхода. Кроме того, по уровню прокальцитонина можно оценить эффективность антибиотикотерапии.

6. Антибиотикотерапию проводить по результатам бактериологического исследования содержимого полости матки и родового канала и с учётом чувствительности выявленного микроорганизма, т.е. при установлении диагноза начать эмпирическую антибактериальную терапию, после получения результата бактериологического исследования - по чувствительности к антибиотикам.

7. При хирургическом гемостазе, при наложении шва по Б-Линчу и патологической кровопотери больше 1000,0 мл проводить антибиотикопрофилактику комбинациями антибиотиков.

Группы антибиотиков	Название антибиотиков	Чувствительность (S) %	Резистентность (R) %
Пенициллины	Ампициллин	16,7	83,3
	Бензилпенициллин	25,6	74,4
	Амоксициллин	36,2	63,8
	Амоксициллин клавулановая кислота	35,7	64,3
	Пиперациллин тазобактам	80,4	19,6
Цефалоспорины	Цефазолин	35,0	65,0
	Цефокситин	39,3	60,7
	Цефтриаксон	35,7	64,1
	Цефтазидим	30,4	69,6
	Цефотаксим	40,6	59,4
Карбапенемы	Эртапенем	100,0	-
	Имепенем	98,0	2,0
	Меропенем	63,0	37,0
Аминогликозиды	Амикацин	91,1	8,9
	Гентамицин	75,8	24,2
Фторхинолоны	Ципрофлоксацин	52,2	47,8
	Офлоксацин	37,5	62,5
	Моксифлоксацин	67,6	32,4
	Левифлоксацин	58,8	41,2
Оксазолидиноны	Линезолид	100,0	-

Амфениколы	Хлорамфеникол	56,4	43,6
Макролиды	Эритромицин	-	100,0
Полимиксины	Колистин	75,7	24,3
Фузидины	Фузидиевая кислота	83,8	16,2
Рифампицины	Рифампицин	100,0	-
Разные	Мупироцин	100,0	-

Рисунок 5.- Антибиотикограмма у родильниц исследуемых групп

При изучении антибиотикограммы выявлено, что высокочувствительной осталась флора к антибиотикам III и IV поколения, к которым относятся Мупироцин, Линезолид, Рифампицин, Амикацин, Эртапенем, Меропенем, Имепенем, и др. Из широко используемых антибиотиков, которые входят в золотой стандарт, более эффективным остаётся гентамицин, а резистентным - ампициллин. Антибиотики цефалоспоринового ряда также оказались малоэффективными, поэтому, нет смысла их назначения для профилактики и лечения.

ВЫВОДЫ

1. Частота ГВЗ на фоне акушерских кровотечений с 2019 года по 2023 года увеличивалась с 0,13% по отношению к общему числу родов до 0,42%, отличие показателей которых было статистически значимо ($p < 0,001$). Анализ медико-социальных аспектов пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями на фоне кровотечения свидетельствует о том, что это осложнение наиболее часто развивается в весенне-летнее время года (75,6%), наблюдается у молодых женщин раннего активного репродуктивного возраста - 19-24 года (46,2%), соответственно у первородящих женщин (46,3%), а также у женщин с высокой частотой перинатальных потерь (10,0%) и оперативных родоразрешений (11,2%) в анамнезе [1-А, 2-А, 15-А, 18-А, 19-А].

2. Факторами риска развития ГВЗ у пациенток в послеродовом периоде на фоне кровотечения наиболее часто были отмечены: во время беременности - заболевания почек (пиелонефрит 90,0% - и гидронефроз – 17,5%), анемии

различной степени (45,0%), хронический бронхит (25,0%), йоддефицитные заболевания (47,5%), а из осложнений беременности - ранний токсикоз (58,7%), обострение хронического пиелонефрита (37,5%), избыточная масса тела и ожирение (36,2%) и гипертензивные нарушения (23,7%), в том числе тяжёлая преэклампсия - 57,9%. В родах длительный безводный период (20,0%) и развитие ПОНРП; из инвазивных вмешательств, в группе ГВЗ на фоне кровотечения наиболее часто было применено индуцирование родов амниотомией (23,8%), абдоминальное родоразрешение путём кесарево сечения в 95,8% сл. в экстренном порядке, продолжительность родов до операции кесарево сечения, общая кровопотеря более 1000 мл; из методов гемостаза развитие ГВЗ достоверно выше наблюдалось при наложении гемостатического шва по Б-Линчу (40,6%) [4-А, 7-А, 8-А, 9-А, 11-А, 13-А, 18-А, 19-А].

3. Полученные результаты лабораторного, бактериоскопического и бактериологического исследований выявили высокую частоту инфекции мочеполовой системы, особенно в группе родильниц с ГВЗ на фоне кровотечения, достоверно отличающихся от групп сравнения, что требует обязательного их лечения на прегравидарном уровне и ранние сроки беременности [3-А, 12-А, 14-А, 16-А, 17-А, 19-А].

4. Исследование прокальцитонина крови оказалось правомочным не только для раннего выявления сепсиса, но и явилось критерием оценки эффективности антибиотикотерапии у родильниц с ГВЗ после кровотечения [17-А].

5. Для профилактики и лечения ГВЗ в целом, и особенно при его развитии на фоне кровотечения, следует использовать предложенный алгоритм, с включением антибиотикопрофилактики и терапии с учётом чувствительности микрофлоры к антибиотикам [3-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Выявление и лечение генитальной и экстрагенитальной патологии, и особенно анемии и инфекционных заболеваний мочеполовой системы, в

последнем случае с учётом бактериоскопических и бактериологических исследований мазков на флору и определения их чувствительности к антибиотикам, всем пациенткам, планирующих беременность.

2. Ведение беременных строго по Национальному стандарту, а группу риска по развитию ГВЗ по предложенному алгоритму ведения беременности и родов указанного контингента.

3. Учитывая тот факт, что само кровотечение является основным фактором, способствующим развитию ГВЗ, всесторонне предупредить развитие факторов риска у этого контингента с раннего срока беременности, в родах по возможности предупреждение кровотечения путём проведения правильной тактики ведения всех периодов родов, своевременного оказания неотложной помощи при кровотечении, соблюдения асептических мероприятий и, в том числе мытья рук при проведении акушерских осмотров и манипуляций.

4. Всем пациенткам с началом кровотечения проводить бактериологическое исследование содержимого родовых путей на наличие микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, а профилактически до получения результата начать комплексную антибиотикотерапию с препаратами широкого спектра действия.

5. Исследование прокальцитонина проводить как критерия развития септической инфекции, так и оценки эффективности антибактериальной терапии.

Алгоритм ведения женщин группы риска по возможному развитию ГВЗ

Прегавитарный период:

1. Полное клиническое обследование.
2. Выявление генитальной и экстрагенитальной патологии, в том числе выявление инфекции мочевыводящих путей путем общего анализа мочи, бактериосокопическое и бактериологическое исследование мазков на флору с определением чувствительности к антибиотикам.
3. Лечение выявленных патологий с привлечением соответствующих специалистов.

I триместр беременности

При отсутствии прегавитарной подготовки:

1. Полное клиническое обследование.
2. Выявление генитальной и экстрагенитальной патологии, в том числе выявление инфекции мочевыводящих путей путем общего анализа мочи, бактериосокопическое и бактериологическое исследование мазков на флору с определением чувствительности к антибиотикам.
3. Лечение выявленных патологий.
4. Консультация специалистов.
5. Динамическое наблюдение по Национальному стандарту.

III триместр беременности

1. Тщательное наблюдение пациенток из группы риска по кровотечению и развитию ГВЗ*.
2. Консультирование их по опасным симптомам кровотечения и ГВЗ. Общий анализ мочи пациенток из группы риска.
3. Мазки на флору и чувствительность к антибиотикам из родовых путей пациенток группы риска

В родах:

1. при несвоевременном отхождении вод, особенно при длительном безводном периоде, взять мазок на флору и бакпосев из родовых путей до начала приема антибиотиков;
2. при обструктивных/затянувшихся родах - бакпосевы и антибиотикопрофилактика;
3. при акушерском кровотечении ранее начало профилактики ГВЗ антибиотиками широкого спектра действия;
4. при абдоминальном родоразрешении, особенно в экстренных случаях, в случае кровотечения - бакпосевы и антибиотикопрофилактика;
5. при появлении первых признаков ГВЗ на фоне кровотечения
 - комплексное лечение комбинацией антибиотиков широкого спектра действия с последующей заменой на чувствительный антибиотик
 - определение прокальцитонина в динамике, на 5-й день
 - кровь на стерильность до начала антибиотиков

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А]. Сайдалиева Д.А. Эпидемиология и факторы риска развития материнского сепсиса [Текст]/ С.Д. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллоева // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2023. – №25(2). – С. 248-259.
- [2-А]. Салимова З.Д. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты [Текст]/ З.Д. Салимова, М.Ф. Додхоева, Д.А. Сайдалиева // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2023. - №25(4). – С. 527-540.
- [3-А]. Сайдалиева Д.А. Послеродовой эндометрит [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Ж. «Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана». – Душанбе. – 2024. Т.ХІІІ – №2 – С.81-89.
- [4-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания пуэрперия после различного вида гемостаза [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева // Ж. «Мать и дитя». – Душанбе. – 2024. – №2. – С. 56-61.

Статьи и тезисы в нерецензируемых журналах

- [5-А]. Салимова З.Д. Медико - социальные аспекты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты [Текст]/ З.Д. Салимова, Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева // Тезисы XXIII Всероссийский научно - образовательного форума «Мать и Дитя» – 2022, Москва, 28 сентября 2022, С.77-78
- [6-А]. Салимова З.Д. Исходы родов при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты [Текст]/ З.Д. Салимова, Д.А. Сайдалиева // Тезисы международной научно-практической конференции молодых ученых ТГМУ «Актуальные вопросы современных научных исследований», Душанбе, 29 апреля 2022, С. 330.
- [7-А]. Сайдалиева Д.А. Факторы риска развития послеродовых гнойновоспалительных инфекций [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева, Р. Нуъмонова // Тезисы XVI Международный конгресс ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ. Министерство здравоохранения Российской Федерации ФГБУ

«Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова». Москва, 17–20 января, 2023, С. 194-195.

[8-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания после гемостатического шва на матке [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, З.Д. Салимова // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. Душанбе. 28 апреля, 2023г. Стр. 330-331. 182

[9-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания после ампутации матки вследствие кровотечения в родах [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. Душанбе. 28 апреля, 2023г. Стр. 331.

[10-А]. Салимова З.Д. Акушерские и перинатальные исходы у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты [Текст]/ З.Д. Салимова, Д.А. Сайдалиева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием «Наука и инновация в медицине». – Душанбе. – 2023. – С. 335.

[11-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания после консервативного и хирургического гемостаза гипотонических кровотечений [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. Душанбе. 28 апреля, 2023г. Стр. 329-330.

[12-А]. Сайдалиева Д.А. Результаты бактериологического исследования полости матки у родильниц с гнойно-воспалительными заболеваниями [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной)

«Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием. Душанбе 01.12.2023. С. 86-87.

[13-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания при различной тактике гемостаза гипотонических кровотечений [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // 183 Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные тренды в охране материнства и детства» 22-23 июня 2023 года – Астана: НАО «Медицинский университет Астана», 2023. – 219 стр. УДК 618.71.Стр. 134-135.

[14-А]. Сайдалиева Д.А. Бактериологическая картина полости матки у родильниц, перенёвших кровотечение [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Тезисы XXIV Всероссийский научно-образовательный форум – «Мать и Дитя» – 2023, Москва, 27-29 сентября 2023, С.48-49.

[15-А]. Сайдалиева Д.А. Частота и структура послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний в течение года [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. Душанбе 3.05.2024. С. 168-169.

[16-А]. Сайдалиева Д.А. Прокальцитонин – ранний маркер гнойновоспалительных заболеваний [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. Душанбе 3.05.2024. С. 167.

[17-А]. Сайдалиева Д.А. Перинатальные исходы у родильниц с гнойновоспалительными заболеваниями [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, Н.З. Шодиева, Ш.Ш. Шокирова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. Душанбе 3.05.2024. С. 167-168.

[18-А]. Сайдалиева Д.А. Медико- социальные аспекты гнойно-воспалительных заболеваний родильниц, перенесших акушерские кровотечения [Текст]/ Д.А.

Сайдалиева, Н.К. Мансурова // Тезисы XXV Всероссийский научно-образовательный форум—«Мать и Дитя» – 2024, Москва, 1-3 октября 2024, С.71-72.

[19-А]. Сайдалиева Д.А. Факторы риска развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде на фоне акушерских кровотечений [Текст] / Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева, М.Г. Шералиева // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (72-ой годичной) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и 184 практике», с международным участием, посвященной 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе 01.11.2024. С. 153.

Перечень сокращений, условных обозначений

ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГВЗ	гнойно-воспалительные заболевания
ДРПО	дородовый разрыв плодных оболочек
КР	кровотечение
МС	материнская смертность
ОПН	острая почечная недостаточность
ОЦК	объем циркулирующей крови
ПЭ	послеродовый эндометрит
ПП	предлежание плаценты
ПОНРП	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПЭ	преэклампсия
ПКТ	прокальцитонин
EWS	Early warning systems (система раннего предупреждения)
ESKAPE	Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter spp.
FIGO	Международная федерация акушеров-гинекологов (International Federation of Gynecology and Obstetrics)
Hb	гемоглобин
GLOSS	Global Maternal Sepsis Study
MEOWS	Modified Early Obstetric Warning System
qSOFA	quick Sepsis Related Organ Failure Assessment
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SOFA	шкала оценки недостаточности функции органов

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

УДК: 618.56-005.1; 618.2-002.3-084

Бо ҳуқуқи дастнавис

САЙДАЛИЗОДА ДИЛАФРӢЗ АЛОВУДДИН

**ПЕШГИРИИ СИРОЯТИ ЧИРКУ ИЛТИҶОБӢ ДАР ДАВРАИ БАӢДИ
ВАЛОДАТ ДАР ЗАМИНАИ ХУНРАВИҶОИ АКУШЕРӢ**

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи
илмии доктори фалсафа (PhD), доктор аз рӯи ихтисос
6D110101 – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Душанбе – 2025

Таҳқиқоти илмӣ дар кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «Донишгоҳи давлати тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Додхоева Мунаввара Файзуллоевна-
доктори илмҳои тиб, профессори
кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1
МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризони
расмӣ:**

Абдурахманова Фируза Муиновна-
доктори илмҳои тиб, профессор, муовини
директор оид ба соҳаи таваллудии МД
Маҷмааи тандурустии «Истиқлол»

Пулатова Азиза Пулатовна-
номзади илмҳои тиб, мудири баҳши
ташкили-методи МД «Пажӯҳишгоҳи
акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии
Тоҷикистон»

**Муассисаи
пешбар:**

«Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия санаи «___» _____соли 2025 соати «___»
дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-006- и назди МД
«Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»- и
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
(шаҳри Душанбе. кӯчаи Мирзо Турсунзода, 31, sh.tabarova@mail.ru; телефон–
918 69 16 68). баргузор мегардад.

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

Автореферат «___» _____соли 2025 ирсол гардид.

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

Ш.Т. Муминова

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Мувофиқи маълумоти ТУТ, ҳар сол сироятҳои пас аз таваллуд сабаби бевоситаи ғавти тақрибан 35 000 модар дар саросари ҷаҳон мегарданд, аммо онҳо метавонанд сабаби маргҳои ғайриакusherӣ (ғайримустақим)-и 100 000 модар ҳам бошанд, ки асосан дар оқибати дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ ва таъхир дар таболат рӯй медиҳанд [ТУТ. Ташаббуси глобалӣ оид ба сепсиси модарон ва навзодон, 2017; L.P. McKinley et al., 2018]. Мувофиқи маълумоти А.С. Грунская ва ҳаммуал. (2017), В.Е. Радзинский (2017) дар даҳсолаи охир сироятҳои пас аз таваллуд дар байни ҳамаи сабабҳои ғавти модарон (ФМ) дар ҷаҳон устуворона ҷойи 4-умро ишғол мекунанд [А.С. Грунская ва дигарон., 2017; В.Е. Радзинский, 2017].

Дар айни замон ҷаҳон ба давраи постантибиотикӣ ворид шудааст. Дар баробари коркарду таҳияи воситаҳои нави зиддибактериявӣ вусъат ёфтани муқовимат ба онҳо низ қайд мешавад, ки дар натиҷаи ин супербактерияҳои ба антибиотик тобовари ESKAPE - *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, ки бо душворӣ таболат мешаванд, инкишоф меёбанд. [С.В. Баринов ва дигарон., 2017; M. Boushra, 2022].

Мувофиқи ҳисоботи Агентии омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои соли 2024, бемориҳои чирку илтиҳобии (БЧИ) пас аз таваллуд ҷойи 3-юмро дар сохтори ғавти модари ишғол мекунанд ва миёни онҳо сепсиси акушерии пас аз ҷарроҳии қайсарӣ мавқеи махсус дорад [Агентии омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2024]. Ахбори мазкур маълумоти муҳаққиқони пешинро тасдиқ мекунад.

Тағйироти физиологӣ, иммунологӣ ва механикӣ, ки дар давраи ҳомилагӣ рух медиҳанд, занони ҳомиларо нисбат ба занони ноҳоилага бештар ба сироятҳо ҳассос мекунанд ва метавонанд нишонаю симптомҳои сироят ва сепсисро пинҳон намоянд, ки боиси таъхир дар шинохту таболати сепсис

мегардад [L. Chen et al., 2021]. Аз ин сабаб чудо намудани гурӯҳи хавфи инкишофи оризаҳои септикӣ дар байни занони ҳомила ба мақсад мувофиқ мебошад.

Мувофиқи маълумоти K. Yerba et al., (2020), мавҷудияти камхунӣ дар зани ҳомила боиси афзоиши хатари пайдоиши мушкилоти сироятӣ дар давраи пас аз таваллуд мегардад. Дар заминаи коҳиши концентратсияи гемоглобин дар хун нишондиҳандаи шиддати оксиген ва ҳосилкунии коллаген кам мешаванд. Дар ин ҳолат дар баробари паст шудани фаъолияти функционалии макрофагҳо устувории ҳадшаи ташаккулёфта ҳалал ёфта, хатари кушодашавӣ ва сироят ёфтани он меафзояд [K. Yerba et al., 2020]. Дар дастурҳои ТУТ инчунин оварда шудааст, ки камхунӣ шадид хатари сироятёбиро дар давраи пас аз таваллуд зиёд мекунад [V. Brizuela et al., 2021].

L. Cornelissen et al., (2019) дар мақолаи худ хабар медиҳанд, ки таҳқиқот дар гурӯҳҳои аҳолии кишварҳои дорои даромади баланд афзудани хатари пайдоиши оризаҳои чирку илтиҳобиро дар давраи пас аз таваллуд ҳангоми хунравии пас аз таваллуд ошкор кардаанд. Эҳтимол, ин ба истифодаи усулҳои табобати инвазивии хунравии пас аз таваллуд, ба монанди тампонадаи дохилибатнӣ, амалҳои дохилибатнӣ ва гистерэктомия алоқаманд бошад, ки метавонанд хавфи сироят ёфтано аз ҳисоби воридшавии микробҳо ба бачадон ва холигоҳи шикам зиёд кунанд [L. Cornelissen et al., 2019].

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои омӯзиши маълумоти адабиёти ҷаҳонӣ, аз ҷумла адабиёти ватанӣ, аз басомади баланди ҳолатҳои септикӣ шаҳодат медиҳанд, ки дар сохтори ҚҚ мавқеи муҳимро ишғол карда, аз сатҳи иҷтимоию иқтисодии зиндагии беморон, дараҷаи рушди кишвари иқомат вобаста нестанд. Бо дарназардошти басомади баланди мушкилоти мазкур ҳангоми хунравии акушерӣ ва мавҷуд набудани таҳқиқотҳои дахлдор чи дар ҷаҳон ва чи дар кишвар, қарор шуд, ки гузаронидани ин кори таҳқиқотӣ мубрам доништа шавад.

Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Таҳлили адабиёти ҷаҳонӣ гуногунрангӣ ва паҳншавии аз ҳад зиёди омилҳои хавфи инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобии давраи баъди таваллудро, махсусан пас аз хунравии акушерӣ, нишон дод ва басомади он дар ҷумҳурии тамоюли камшавӣ надорад [Агентии омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон. // Маҷмуаи оморӣ. Душанбе, 2024]. Оид ба бемориҳои чирку илтиҳобӣ ва хунравии акушерӣ қорҳои илмӣ-таҳқиқотии зиёде анҷом дода шудаанд, аммо ба инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар заминаи хунравии акушерӣ таҳқиқоти алоҳидае бахшида нашудааст. Дар таълифоти Қосимов М.А. ва диг., 2020, бемориҳои чирку илтиҳобии пас аз таваллуд омӯхта шудаанд [М.А. Қосимова ва диг., 2020]. Гуфтаҳои боло ва басомади баланди хунравии акушерӣ ҳулосаеро тақозо мекунад, ки проблемаи оризаҳои чирку илтиҳобии баъди таваллуд то ҳол мубрам боқӣ монда, омӯзиши бештар ва амиқтари илман асоснокро тақозо мекунад.

Дар асоси таҳлили маълумоти адабиёт муайян карда шуд, ки тадбирҳои пешгирикунанда, ки муҳаққиқони гуногун амалӣ кардаанд [ACOG Practice Bulletin №. 199, 2018; M. Omotayo et al., 2021; M. Knight et al., 2021], бисёр вақт ба коҳиши басомади рушди БЧИ боис намешуданд. Вазъи мазкур таҳлили амиқтари тадбирҳои таъбабу ташхисиро талаб мекунад, ки барои пешгирӣ аз инкишофи патологияҳои чирку илтиҳобии паҳншуда пас аз таваллуд имкон фароҳам меоранд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи «Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030» (Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 414 аз 30 сентябри соли 2021), «Дар бораи тартиби ба занҳо расонидани кумаки тиббӣ дар давраи ҳомиладорӣ, ҳангоми таваллуд ва баъди таваллуд дар ташкилотҳои низоми давлатии тандурустӣ» (Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №545 аз 30 декабри соли 2021), ҳамчунин дар мувофиқа бо мавзӯи қорҳои илмӣ - таҳқиқотии кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи

Абуалӣ ибни Сино», «Ҳолати солимии репродуктиви 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 сироятҳои чирку илтиҳобии давраи баъдивалодати дар занҳои таваллудкарда, ки ҳангоми таваллуд ба хунравии акушерӣ дучор шудаанд ва оптималӣ кардани профилактикаи онҳо.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани басомад ва гурӯҳи хавфи инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар давраи баъди таваллуд дар қонун, ки ҳангоми таваллуд ба талафоти патологӣ хун гирифтагӣ будаанд.

2. Гузаронидани арзёбии муқоисавӣ инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар давраи баъди таваллуд дар қонун, ки ба талафоти патологӣ хун гирифтагӣ будаанд, бо назардошти намуди гемостаз.

3. Арзёбии таҳқиқотҳои клиникӣ лабораторӣ ва манзара (пейзаж)-и микробиологӣ роҳи таваллуд дар қонун таваллудкардаи мансуб ба гурӯҳҳои гуногуни мавриди таҳқиқ, аз ҷумла дар қонун, ки хунравии акушерӣ доштаанд.

4. Таҳияи тадбирҳои оптималикунӣ пешгирии бемориҳои чирку илтиҳобии ҳамроҳ ба хунравии акушерӣ дар давраи пас аз таваллуд.

Объекти таҳқиқот. Мавриди таҳқиқ 309 зани ҳомила ва таваллудкарда қарор гирифтанд, ки дар давраи аз соли 2019 то 6 моҳи аввали соли 2024 ба таваллудхонаи шаҳрии № 1-и ш. Душанбе қабул карда шуданд. Аз ин ҷумла 81 ҳолат ба таври ретроспективӣ, 202 ҳолат проспективӣ дар давраи иҷрои кор омӯхта шуданд. Таҳқиқшудагон ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд: 80 зани таваллудкарда бо бемориҳои чирку илтиҳобии давраи пас аз таваллуд, ки ҳангоми таваллуд талафоти патологӣ хунро аз сар гузарондаанд, гурӯҳи асосиро ташкил доданд; 90 зани таваллудкарда бо БЧИ-и давраи пас аз таваллуд, ки ҳангоми таваллуд талафоти патологӣ хунро аз сар нагузарондаанд ва 113 зани таваллудкарда бо хунравӣ ҳангоми таваллуд бе

БЧИ-и дар давраи пас аз таваллуд. Занҳои мазкур гурӯҳи муқоисавиро ташкил доданд. Ба гурӯҳи 4-ум 26 зан таваллудкардаи солим дохил карда шуданд. Дар 80 зан гурӯҳи асосӣ таҳлилҳои умумиклиникӣ, прокалситонин, таҳлили тамйизии (стерилӣ будани) хун, инчунин таҳлилҳои бактериологӣ таркиби холиғоҳи бачадон дар давраи пас аз таваллуд бо мақсади ташхис ва табобати саривақтии БЧИ.

Мавзӯи (предмети) таҳқиқот. Предмети таҳқиқот иборат буд аз: хусусиятҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва омилҳои хавфи инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобии пас аз таваллуд, анамнези репродуктивӣ, тасвири клиникӣ ва ташхис, натиҷаҳои ҳомилагӣ ва таваллуд, натиҷаҳои перинаталӣ, нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ, инчунин прокалситонин, лактати хун, таҳлили уфунати хун ва киштҳои бактериологӣ таркиби холиғии бачадон дар гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳҳои дигар. Дар асоси натиҷаҳои бадастомада алгоритми идоракунии занони ҳомила бо бемориҳои чирку илтиҳобии давраи пас аз таваллуд баъди талафоти патологӣ хун тартиб дода шуд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Бори аввал басомад ва омилҳои хавфи бемориҳои чирку илтиҳобии давраи пас аз таваллуд дар заминаи хунравии акушери ҳангоми таваллуд дар асоси маводи таваллудхонаи шаҳрии №1 омӯхта шуданд, ки тамоюл ба афзоиш дорад. Ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоии БЧИ дар заминаи хунравӣ муқаррар карда шудаанд. Арзёбии муқоисавӣ инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар давраи пас аз таваллуд ва сохтори онҳо дар занони таваллудкарда, ки ба талафоти патологӣ хун гирифта шудаанд, вобаста ба намуди гемостаз гузаронида шуд. Арзёбии маълумоти клиникӣ-лабораторӣ ҳамаи гурӯҳҳои таҳқиқшаванда гузаронида шуд. Аҳамияти прокалситонин ҳамчун маркер барои ташхиси барвақти сепсис, вазнинии ҳолат ва ҳамчун меъёри самаранокии муолиҷа бо антибиотикҳо тасдиқ карда шуд. Алгоритми идоракунии занон бо БЧИ-и давраи пас аз таваллуд, ки ҳангоми таваллудкунӣ ба талафоти патологӣ хун дучор гардидаанд, оптималӣ карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот, хулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашуда метавонанд дар раванди таълим дар дарсҳои амалӣ ва ҳангоми хондани лексияҳо дар донишгоҳҳои тиббӣ дар мавзӯи «Сепсиси акушерӣ» истифода шаванд. Дар асоси таҳқиқоти иҷрошуда маҷмуи тадбирҳо таҳия гардид ва пешгирии БЧИ-и пас аз таваллуд дар заминаи хунравии акушерӣ оптималӣ карда шуд, ки ин ба коҳишёбии басомади БЧИ, инчунин беморшавӣ ва ҳам фавти перинаталии модарон мусоидат хоҳад кард.

Нуқтаҳои ба Ҳимоя пешниҳодшаванда

1. Дар давоми 5 соли охир афзоиши оризаҳои чирку илтиҳобӣ дар занони таваллудкарда бо хунравии акушерӣ муайян карда шудааст. Омилҳои хавфи инкишофи оризаҳои чирку илтиҳобии баъди таваллуд анамнезӣ – басомади баланди талафоти перинаталӣ ва ҷарроҳии қайсарӣ дар анамнез; индекси пасти солимии соматикӣ модарон; сироятҳои системаи пешобу таносул; ҷараёни оризадори таваллудкунӣ, даҳолатҳои инвазивӣ, ҷарроҳии қайсарии фаврӣ, гузоштани кӯки гемостазӣ мувофиқи Б-Линч мебошанд.

2. Муқаррар карда шудааст, ки сатҳи прокалситонин нишонҳои барвақти инкишоф ва меъёри арзёбии самаранокии муолиҷа бо антибиотикҳо буда, сатҳи лактат меъёри ташҳиси дараҷаи вазнинии бемориҳои чиркию илтиҳобии занони таваллудкардае мебошад, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд.

3. Нуқтаҳои асосии оптималикунонии алгоритмҳои идоракунии занони гурӯҳҳои зерини хавфи пайдоиши оризаҳои чирку илтиҳобӣ, ки давраи прегравидарӣ (то ҳомилашавӣ), гестатсия, таваллуд, пас аз таваллудро дар бар мегиранд ва идоракунии беморони гирифтори оризаҳои чирку илтиҳобӣ исбот карда шудаанд. Афзоиши басомади инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар таваллудкардагон, ки ҳангоми таваллуд хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, аз афзоиши басомади омилҳои хавфе шаҳодат медиҳад, ки дар давраи прегравидарӣ ва дар динамикаи ҳомилагӣ ва таваллуд қисман пешгирӣ кардан мумкин аст.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо ва тавсияҳоро дар асоси ҳаҷми кофии маводи таҳқиқотӣ ҳосил шудани онҳо ва истифодаи усулҳои муосири коркарди омории маводҳо асоснок мекунад. Натиҷаҳои таҳқиқот дар 19 таълифот, аз ҷумла дар 4 маҷаллаи аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тақризшаванда ба таъб расидаанд. Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмии натиҷаҳои таҳқиқоти иҷрошуда асос ёфтаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Диссертатсия ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи шифри ихтисоси 6D110101 – Акушерӣ ва гинекология мувофиқат мекунад. I. Соҳаи илм: илмҳои тиббӣ. II. Формулаи ихтисос - Акушерӣ ва гинекология. III. Соҳаи тадқиқот – 3.1. Акушерӣ. Зербанди 3.1.8. Ҷараён ва бурдани давраи баъди таваллуд. Бемориҳои уфунатии баъд аз таваллуд: илтиҳоби эндометрия, аднексит, параметрит, тромбофлебит, илтиҳоби сифок, уфунат ва илтиҳоби ғадуди ширӣ. Нишонаҳои клиникӣ, таъхис, муолиқа ва пешгирӣ.

Саҳми шахсии доғалаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот Муаллиф нашрияҳои илмии байналмилалӣ ва ватаниро дар мавзӯи БҶИ-и баъди таваллуд дар замон, аз ҷумла бо хунравии акушерӣ, омӯхт, дар асоси таҳлили адабиёт ҳадаф ва вазифаҳоро тартиб дод, саволномаҳоро таҳия намуд, махсус барои таҳқиқоти худ мавод ҷамъоварӣ кард, таҳлили муқоисавии мавод аз таърихи таваллудҳои солҳои 2019-22-ро анҷом дод, дар коркарди оморӣ, шарҳу тафсир ва баррасии натиҷаҳои бадастомада ширкат варзид, хулосаю тавсияҳоро аз ҷиҳати илмӣ асоснок намуд, дар конференсияҳо, ҷамоишҳо, наشري мақолаҳо, диссертатсия ва автореферат иштирок дошт. Натиҷаҳои назариявӣ ва амалии таҳқиқот дар конферонсҳои илмию амалии байналмилалӣ, ҷумҳуриявӣ, минтақавӣ, донишгоҳии олимони ҷавон, ки солҳои 2021-2024 дар Тоҷикистон ва ҳам берун аз он баргузор гардидаанд, муаррифӣ карда шуданд.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Муқаррароти асосии натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конференсиҳои илмӣ амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ (с.2022, 2023, 2024), дар ҷаласаи муштаракӣ байни клиникаи кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ва таваллудхонаи пойгоҳии №1 (протоколи №6 аз 24 январи с. 2025) ва ҷаласаи Комиссияи байникафедравии экспертии проблемавии акушер-гинекологҳо ва педиатрҳо дар назди МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баррасӣ ва муҳокима карда шуданд (протоколи №8 аз 18 март с.2025).

Интишори натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқотҳои баргузоршуда ба қори шуъбаи модар ва кӯдак, шуъбаи таваллуди таваллудхонаи шаҳрии №1, барномаи кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» қорӣ карда шуданд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Дар мавзӯи диссертатсия 19 таълифоти ҷопӣ, аз ҷумла 4 адад дар маҷаллаҳои тақризишавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таърифи расонда шуданд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 182 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шудааст. Он аз муқаддима, тавсифи умумӣ, шарҳи адабиёт, боб оид ба мавод ва усулҳо ва 2 боб оид ба таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ, инчунин рӯйхати адабиёт иборат аст. Бо 66 ҷадвал ва 10 расм тафсир ёфтааст. Ба рӯйхати адабиёт 49 асар ба забони русӣ ва 120 асар ба забонҳои хориҷӣ дохил карда шудааст.

МУНДАРИҶАИ ДИССЕРТАТСИЯ

Маводи таҳқиқот. Тибқи ҳадафу вазифаҳои гузошташуда, дар маҷмуъ 309 зани ҳомила ва таваллудкунанда, ки дар давраи аз соли 2019 то 6 моҳи соли 2024 ба таваллудхонаи шаҳрии №1-и ш.Душанбе қабул гардиданд, омӯхта шуданд. Аз ин ҷумла 81 нафар мавриди таҳлили ретроспективӣ қарор дода шуданд, 202 нафар дар давраи иҷрои қор қабул шуда буданд. Дар ин давра дар муассисаи зикршуда ҳамагӣ 36195 кӯдак таваллуд шуд. Тавре дар

боло зикр гардид, дар маҷмуъ 309 нафар зан, аз ин шумора 81 нафарашон ба таври ретроспективӣ ва 228 нафар проспективӣ таҳлил карда шуданд. Таҳқиқшавандагон ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд: 80 зани таваллудкунанда бо БЧИ пас аз хунравӣ, ки гурӯҳи асосиро ташкил доданд, 90 нафар бо БЧИ бидуни хунравӣ ва 113 нафар бо хунравӣ бидуни БЧИ. Ин таваллудкардаҳо гурӯҳи муқоисавиро ташкил доданд. Гурӯҳи 4-ум аз 26 таваллудкунандаи солим иборат буд.

Меъёрҳои дохилнамоӣ: ба гурӯҳи асосӣ занони ҳомила ва таваллудкунандае дохил карда шуданд, ки ҳангоми таваллуд талафоти патологӣ хунро аз сар гузаронданд ва баъдан дар онҳо БЧИ инкишоф ёфт. Ба гурӯҳи муқоисавии 1-ум занон бо БЧИ-и пас аз таваллуд дохил шуданд, ки ҳангоми таваллуд талафоти патологӣ хун надоштанд. Ба гурӯҳи 2-юми муқоисавӣ занон бо хунравии патологӣ, аммо бе БЧИ-и пас аз таваллуд дохил карда шуданд. Ба гурӯҳи назоратӣ 26 зани таваллудкардаи солим дохил карда шуданд. Ба гурӯҳи асосӣ 80 нафар занони гирифтори бемориҳои чирку илтиҳобӣ баъди хунравии акушерӣ дохил шуданд.

Сохтори хунравии акушерии азсаргузаронда дар чадвали 1 оварда шудааст. Чунон ки аз чадвал дида мешавад, бештар аз нисфи таваллудкардагон — 55 ҳолат (68,8%) дар давраи аввали баъди таваллуд хунравии гипотонӣ доштанд, сарфи назар аз он ки идоракунии фаъолонаи давраи сеюми таваллудкунӣ тибқи Стандарти миллий татбиқ гардид [Узакова, У.Д., 2018].

Чадвали 1. – Сохтори сабабҳои хунравӣ, n=80

Сохтор	Миқдор	%
<i>ПМЧМДЧ</i>	19	23,8
Пешҳобии машина	4	5,0
Хунравии гипотонӣ	55	68,8
Нуқсонии машина	1	1,3
Осеби роҳҳои таваллуд	1	1,3

Эзоҳ: ПМЧМДЧ – пеш аз муҳлат ҷудошавии машинаи дуруст ҷойгиришуда

Чунон ки аз чадвал дида мешавад, бештар аз нисфи таваллудкардагон — 55 ҳолат (68,8%) дар давраи аввали баъди таваллуд хунравии гипотонӣ

доштан, сарфи назар аз он ки идоракунии фаъолонаи давраи сеюми таваллудкунӣ тибқи Стандарти милли татбиқ гардид [Узакова, У.Д., 2018].

Дар ҷадвали 2 сохтори БЧИ оварда шудааст, ки оризаҳои зерин дошт: бештар метроэндометрит (71,3%), хориоамнионит (17,5%) ва фасодгирии кӯкҳо дар бачадон (15,0%) мушоҳида мешуданд. Усулҳои таваллуд кардани беморони гуруҳи асосӣ, ки дар онҳо хунравӣ ба амал омадааст, омӯхта шуданд. Валодат бо роҳҳои табиӣ дар 32 ҳолат мушоҳида шудааст (40,0%). Таваллуд бо усули буриши кайсарӣ дар 48 зан (60,0%) ва дар 95,8% (46 ҳолат) дар ҳолати таъҷилӣ ҷарроҳӣ анҷом дода шудааст.

Ҷадвали 2. - Сохтори БЧИ дар занҳои таваллудкардае, ки хунравӣ доштан

Сохтор	Миқдор	%
Хориоамнионит	14	17,5
Метроэндометрит	57	71,3
Перитонит	2	2,5
Сепсис	2	2,5
Фасодгирии кӯкҳои девори пеши шикампарда	6	7,5
Ноустувории хатча дар бачадон	1	1,3
Инфилтратсияи кӯкҳо дар бачадон	12	15,0
Ҷудо шудани кӯкҳо дар ҷатан	2	2,5
Тромбофлебити варидҳои андоми поёни	1	1,3
Перикулит	4	5,0

Гуруҳи муқоисавӣ 90 ҳолатро бо бемориҳои чирку илтиҳобии баъди валодати бе хунравӣ дар бар гирифт. Валодат бо роҳҳои табиӣ дар занҳои ин гуруҳ дар 28 ҳолат рух додааст (31,1%), бо усули буриши кайсарӣ – дар 62 ҳол. (68,9%). Бояд гуфт, ки дар 56% таваллуди абдоминалӣ дар 62 зан (90,3%) ба таври таъҷилӣ анҷом дода шуд.

Сохтори бемориҳои чирку илтиҳобӣ бидуни хунравии акушерӣ дар занони пас аз таваллуд бидуни хунравӣ асосан бо метроэндометрит ифода

ёфтааст, ки басомади он 72,2% (65 ҳолат), хориоамнионит дар 34,4% (31 ҳолат) ва перитонит дар 12,2% (11 ҳолат) ташхис шудааст.

Дар гурӯҳи 2-юми мукоисавӣ – 113 зани валодаткардае, ки бо хунравихоии патологӣ бе беморихоии чирку илтиҳобӣ баъдивалодатӣ дохил шуданд. Таваллуд тавассути роҳҳои табиӣ дар 43 ҳолат ба амал омадааст (38,1%), дар 70 (61,9%) зан бошад - бо усули ҷарроҳии буриши кайсарӣ.

Усулҳои таҳқиқот. Дар ҳамаи занони таваллудкарда таҳлилҳои умумиклиникӣ дар динамика: ҳангоми воридшави, баъди валодат ва пеш аз ҷавобшава, бо усулҳои қабули умум дар Озмоишгоҳи клиникӣ биохимиявии таваллудхонаи шаҳрии №1-и ш. Душанбе гузаронида шуд. Миқдори прокалситонин, лактати хун, таҳлили хун барои муайян кардани тамйизӣ ва таҳқиқи бактериологӣ таркиби бачадон дар Озмоишгоҳи миллии референсӣ дар шаҳри Душанбе омӯхта шудааст.

Ташхиси ултрасадоии узвҳои коси хурд дар утоқи функционалии ТШ №1 дар ҳамдастӣ бо табибони категорияи олий Бариева Л.С. ва Саъдиева Г.Г. дар дастгоҳи ултрасадо ALOCA 3500 CCD гузаронида шуд. Таҳқиқот дар рӯзҳои 1-3-юм ва 7-10-уми давраи баъди таваллуд анҷом дода шуд.

Усули муайян кардани прокалситонин. Концентратсияи прокалситонин (ПКТ) бо усули таҳлили иммуноферментӣ сахтмарҳила (ИФС) бо истифода аз системаи санҷиши Прокалситонин-ИФС-БЕСТ(А 9004) ("Вектор-Бест", Россия) бо ҳассосияти 0,01 нг/мл муайян карда шуд. Зичии оптикӣ намунаҳо бо ёрии фотометри амудии StatFax 4200 (Awareness, ИМА) сабт шудааст. Барои омӯзиши прокалситонин плазма ё хуноба истифода шуданд (Озмоишгоҳи миллии референсӣ, табиб Саидов Х.Б.).

Муайянкунии лактат бо усули ферментативӣ бо истифода аз таҳлилқунандаҳои автоматӣ лактат Stat Fax 4200 иҷро гардид, ки барои бо андозаҳои миқдорӣ муайян кардани концентратсияи лактат дар намунаҳои хун, хуноба, пешоб ва дигар моеъҳои биологӣ пешбинӣ шудаанд. Воҳиди ченак ммол/л аст. Дар меъёр дар таркиби хун аз 0,5 то 2,2 ммол/л лактат мавҷуд аст (Озмоишгоҳи миллии референсӣ, Б.С. Муродов).

Таҳқиқи бактериологӣ ва бактериоскопии хун ва молишакҳо аз маҳбал тибқи усулҳои мақбули умум гузаронида шуданд. Барои мушаххас кардани микроорганизмҳо ва муайян намудани хассосӣ ба препаратҳои зиддимикробӣ таҳлилкунандаи бактериологии автоматии Vitek 2 compact истифода шуд (Озмоишгоҳи миллии референсӣ, Иноятуллоева Ш.Д.).

Коркарди оморӣ. Маълумоте, ки ба даст оварда шуд, дар компютер бо истифода аз бастаҳои омории амалии IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM, USA) ва Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) коркард шуд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар шакли медиана бо кватиляҳои поёнӣ ва болоӣ (Me [Q1; Q3], нишондиҳандаҳои сифатӣ дар шакли басомад ё ҳиссаҳо (%)) оварда шуданд. Барои муқоисаҳои сершумори нишондиҳандаҳои мустакли миқдорӣ меъёри Крускал-Уоллис ба кор бурда шуд, ҳамчун таҳлили post-hoc ва барои муқоисаи киматҳои чуфт - меъёри Данн. Барои муқоисаҳои сершумори намунаҳои интихобшудаи ба ҳам вобаста меъёри Фридман истифода гардид. Барои муқоисаи намунаҳои вобастаи чуфт - меъёри Вилкоксон. Муқоисаҳои сершумори нишондиҳандаҳои сифатии новобаста тибқи меъёри χ^2 барои чадвалҳои сохти озод гузаронда шуданд ва дар ҳолати муқоисаҳои чуфт меъёри χ^2 барои чадвалҳои 2x2 истифода шуд. Барои муқоисаҳои сершумори нишондиҳандаҳои сифатии вобаста меъёри Кохрен татбиқ гардид, дар мавриди нишондиҳандаҳои сифатии чуфти вобаста - меъёри МакНемар. Барои муайян кардани омилҳои таъсир таҳлил бо ёрии таносуби эҳтимолият (Odds ratio – OR) бо муайяннамоии 95% фосилаи эътимодноқӣ гузаронида шуд. Гипотезаи сифрӣ ҳангоми $\alpha=0,05$ будани сатҳи муҳимият рад мешуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Таҳқиқот 80 зани таваллудкардари бо оризаҳои чирку илтиҳобӣ, ки дар таваллудхонаи шаҳрии №1-и ш. Душанбе қарор доштанд ва ҳомилагияи таваллудкунии онҳо бо хунравӣ алоқаманд буд, фаро гирифт. Дар ин давра ҳамагӣ 32373 таваллуд ба қайд гирифта шуд.

Чадвали 3. – Басомади БЧИ дар занҳои таваллудкарда, ки дар динамика хунравии аушериро аз сар гузарондаанд

Сол	Миқдори таваллудҳо	Миқдори БЧИ+ Хунравӣ	%
2019	7028	9	0,13
2020	7644	10	0,13
2021	6542	12	0,18
2022	5423	17	0,31
2023	5736	24	0,42
p	<0,01 (df =5)		

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар солҳои гуногун (мувофиқи меъёри Хи-квадрат барои чадвалҳои сохти озод)

Басомади бемориҳои чирку илтиҳобӣ майл ба афзоиш дорад ($p < 0,01$). Агар ин нишондиҳанда дар соли 2019 0,13%-ро ташкил дода бошад, соли 2021 он ба 0,18% ва соли 2023 ба 0,42% расид (чадвали 3).

Чадвали 4. - Басомади БЧИ ва хунравихо дар занони таваллудкарда бо дарназардошти сохтори синнусолӣ

Гурӯҳи синнусолӣ	Гурӯҳи асосӣ, n=80		Гурӯҳҳои муқоисавӣ				p (df =2)
			БЧИ бе хунравӣ, (n=90)		Хунравӣ бе БЧИ, n=113		
	п	%	п	%	п	%	
то 19-сола	-	-	-	-	2	1,8	
19-24	37	46,2	41	45,5	26	23,0 $p_1 < 0,001$	$< 0,001$
25-29	17	21,2 $p_2 < 0,001$	20	22,2 $p_2 < 0,001$	34	30,1 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	$> 0,05$
30-34	15	18,7 $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	18	20,0 $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	31	27,4 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	$> 0,05$
35-39	9	11,2	9	10,0	17	15,0 $p_1 < 0,001$	$> 0,05$

		$p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$		$p_2 < 0,001$ $p_3 = 0,043$ $p_4 > 0,05$		$p_2 > 0,05$ $p_3 = 0,007$ $p_4 = 0,023$	
40-сола ва калонт ар	2	2,5 $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$ $p_4 = 0,003$ $p_5 > 0,05$	2	2,2 $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$ $p_4 < 0,001$ $p_5 > 0,05$	3	2,6 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$ $p_4 < 0,001$ $p_5 = 0,003$	>0,05
p_0	<0,001 (df =4)		<0,001 (df =4)		<0,01 (df =5)		

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри Хи-квадрат барои ҷадвалҳои сохти озод); p_0 – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи синну солҳо (мувофиқи меъёри Хи-квадрат барои ҷадвалҳои сохти озод); *post-hoc*: p_1 – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо синни то 19-сола; p_2 – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо синни 19-24-сола; p_3 – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо синни 25-29-сола; p_4 – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо синни 30-34-сола; p_5 – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо синни 35-39-сола (таҳлили *post*— мувофиқи меъёри Хи-квадрат барои ҷадвали чорсутуна).

Синну соли модарони гурӯҳи асосӣ аз 19 то 40-сола буда, ба ҳисоби миёна $26,7 \pm 6,0$ -ро ташкил дод. Қариб нисфи занони таваллудкарда – 46,2%, ки ба хунравӣ ва баъдан ба БЧИ гирифтанд, ба гурӯҳи 19-24-солаҳо тааллуқ доштанд, дар гурӯҳи 25-29-солаҳо басомади ориза 21,2%-ро ташкил дод (ҷадвали 4).

Табиист, ки барои бисёр аз ҷавонзанони мазкур, ки хунравӣ ва БЧИ-ро аз сар гузарондаанд, ҳомилагӣ ва таваллуд нахустин буданд - 46,3%.

Таҳлили анамнези репродуктивии модарони гурӯҳи асосӣ басомади баланди талафоти репродуктивиро ҳам дар марҳилаҳои аввали ҳомилагӣ – дар ҳар зани 4-ум (26,2%) ва дар марҳилаҳои дер – дар ҳар зани 10-ум (10,0%) нишон дод, Инҳо дар гузашта фавти перинаталӣ доштанд. Ғайр аз ин, дар анамнези 9 нафар (11,2%) аз 80 модаре, ки мавриди омӯзиш қарор гирифтанд, ба таваллуди абдоминалӣ аз боиси хунравиҳо бо сабабҳои гуногун ишора шудааст. Дар гурӯҳҳои муқоисашуда басомад боз ҳам баландтар буд - мутаносибан 16,7% ва 28,3%.

Бо мақсади чуствучӯйи минбаъдаи омилҳои хавфи инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар занони таваллудкарда, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, мо бемориҳои ҳамрави ҳомилагиро омӯхтем, ки аз ҳама зиёд ба БЧИ дар занони таваллудкарда ҳамроҳ мешуд, пиелонефрит буда, басомади он дар гурӯҳи асосӣ 90,0%, дар гурӯҳҳои муқоисавӣ мутаносибан 80,0% ва 80,5% буд ($p > 0,05$). Қойи дуҷумро камхунӣ ҳангоми қабул ишғол мекард – 45,0%. Дар гурӯҳҳои муқоисавӣ басомади он баробар буд – 38,9% ($p > 0,05$). Басомади тақрибан яксонии бемориҳои вобаста ба норасоии йод дар нисфи занони таҳқиқшудаи ҳамаи гурӯҳҳо ошкор шуд.

Гидронефрози гурдаҳои дараҷаҳои гуногун аз ҷиҳати омор аҳамиятнок буданд: 17,5% дар гурӯҳи асосӣ, 7,8% ва 5,3% дар гурӯҳҳои муқоисавӣ ($p = 0,014$).

Дар семоҳаи аввали ҳомилагӣ дар 58,7% занони гурӯҳи асосӣ қайқунии ҳоси ин ҳолат муайян карда шуд, дар 23,7% ба рафти ҳомилагии ҷорӣ қатъи ҳомилагӣ таҳдид мекард, дар гурӯҳи занони ҳомилаи бо хунравӣ, вале бе БЧИ - дар 12,4% ($p = 0,003$).

Дар ҳар зени сеюм дар семоҳаҳои II ва III ҳомилагӣ шиддат гирифтани пиелонефрити музмин мушоҳида мешуд. Ихтилолҳои гипертензивӣ ва пеш аз муҳлат ҷудошавии машинаи дурустҷойгиршуда (ПМҚМДҚ) қобили тавачҷух буданд. Нишондиҳандаҳои онҳо ба таври эътимоднок дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳҳои муқоисавӣ баландтар ба назар расиданд ($p < 0,001$). ПМҚМДҚ - дар 23,8% ($p = 0,003$) таъхирот гирифт (ҷадвали 5).

Таваллуд бо индуксия дар гурӯҳи асосӣ дар 26,2% ҳолатҳо, дар гурӯҳи занони гирифтори БЧИ бе хунравӣ қариб 2 маротиба зиёдтар - дар 42,2% ($p_1 = 0,029$), дар гурӯҳ бо хунравӣ, амо бе БЧИ қариб 2 маротиба камтар нисбат ба гурӯҳи занони гирифтори БЧИ бе хунравӣ - дар 18,6% ҳолатҳо ($p_2 < 0,001$) таъхирот шудааст. Ангезиши оғози таваллуд (индуксияи таваллуд) ва бозангезиши раванди таваллуд (стимулятсияи таваллуд) аксар вақт бо усули амниотомия анҷом дода шудаанд - дар 90,5% занони гурӯҳи асосӣ, 50,0% ва 80,9% занони гурӯҳҳои муқоисавӣ ($p < 0,001$).

Индуксияи таваллуд ва стимулятсияи таваллуд бо окситотсин дар 42,8% занони гурӯҳи асосӣ ва ҳамин миқдор дар гурӯҳи занони гирифтори БЧИ бе хунравӣ истифода шуд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи занони гирифтори БЧИ бо хунравӣ ин нишондод қариб 2 маротиба зиёд - 71,0% ($p=006$) буд.

Усулҳои омехтаи индуксияи таваллуд бештар дар гурӯҳи асосӣ - дар 38,1% истифода шуданд, дар гурӯҳ бо БЧИ бидуни хунравӣ ин усулҳо дар 31,6% ($p>0,05$), дар гурӯҳи гирифтори хунравӣ бе БЧИ 4 маротиба камтар нисбат ба гурӯҳи асосӣ - дар 9,5% ҳолатҳо ($p=0,027$) ҷой доштанд.

Тавре дар боло зикр гардид, басомади ҷарроҳии қайсарӣ дар гурӯҳи асосӣ 60,0% -ро ташкил дод. Бо дарназардошти хунравии фаровон дар 19,2% ё 37 ҳолат, яъне ба ҳар зани 5-ум, қарор шуд ампутатсия ё экстирпатсияи бачадон анҷом дода шавад. Аз ин шумора 11 нафар баъдан ба бемориҳои цирку илтиҳобӣ гирифтор шудаанд.

Ҷадвали 5. – Оризаҳои ҳамин ҳомилагӣ дар гуруҳҳо

Оризаҳо	Гурӯҳи асосӣ n=80		Гурӯҳи муқоисавӣ				P (df =2)
	n	%	БЧИ бе хунравӣ n=90		Хунравӣ бе БЧИ n=113		
			n	%	n	%	
Қайунии ҳомилаҳо	47	58,7	37	41,1	61	53,9	>0,05
Таҳдиди қатъ	19	23,7	29	32,2 $p_1 >0,05$	14	12,4 $p_1 =0,039$ $p_2 <0,001$	=0,003
СВШР	51	63,7	58	64,4	69	61,1	>0,05
Шадидшавии пиелонефрити музмин	30	37,5	30	33,3	40	35,4	>0,05
Бисёробӣ	3	3,7	3	3,3	7	7,8	>0,05
Камобӣ	1	1,2	4	4,4	-		
Ихтилолоҳои	19	23,7	18	20,0	22	19,5	>0,05

гипертензивӣ, ваз чумла:							
Гипертензияи гестатсионӣ	6	31,6	8	44,4	17	77,3	>0,05
Презкламписияи муътадил	2	10,5	2	11,1	-		
Презкламписияи вазнин	11	57,9	8	44,4	5	22,7	>0,05
Пешомади машина	4	5,0	-		23	20,4	$p_1 = 0,005$
ТДИҲ	4	5,0	7	7,8	4	3,5	>0,05
Ихтилоли хунгардиш дар ҳамл	7	8,7	8	8,9	6	5,3	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри Хи-квадрат барои чадвалҳои сохти озод); *post-hoc*: p_1 – аҳамиятнокии омории тафовут дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ; p_2 – аҳамиятнокии омории тафовут дар муқоиса бо гурӯҳи БЧИ бе хунравӣ (таҳлили *post-hoc* - тибқи меъёри Хи-квадрат барои чадвалҳои чорсутуна).

Ҳангоми гипотонияи бачадон, ки ба он хунравӣ ҳамроҳӣ мекард, дар 59 ҳолат кӯкҳои гемостатикӣ мувофиқи Б-Линч гузошта шуданд, дар 40,6% онҳо дар давраи пас аз ҷарроҳӣ БЧИ инкишоф ёфт. Дар байни ҳолатҳои алоқаманд ба мудохилаҳои инвазивии акушерӣ, дар рушди БЧИ дар занони гирифтори хунравӣ амниотомия ҳиссаи баланд дошта, 38,8% ташкил дод.

Чадвали 6. - Ҳаҷми миёнаи талафоти хун вобаста ба намуди гемостаз(Ме[Q1: Q3])

Гурӯҳҳо	Намуди гемостаз			p (df =2)
	Консервативӣ	Кӯкҳои гемостазӣ мувофиқи Б-Линч	Ампутатсия/ Экстирпатсия	
Асосӣ	750,0 [600,0; 950,0] (n =45)	1200,0 [800,0; 1600,0] (n =24) $p_1 = 0,002$	2000,0 [1700,0; 2800,0] (n =11) $p_1 < 0,001$ $p_2 = 0,016$	$< 0,001$

Муқоисавӣ (хунравӣ бе БЧИ)	800,0 [600,0; 1000,0] (n =55)	1000,0 [800,0; 1400,0] (n =31) $p_1 = 0,036$	1800,0 [1580,0; 2200,0] (n =27) $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$< 0,001$
p_0	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	

Эзоҳ: p_0 – аҳамиятнокии омори тафовути нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри Манн-Уитни); p – аҳамиятнокии омори тафовути нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи намудҳои гемостаз (тибқи меъёри Крускал-Уиллис); *post-hoc*: p_1 – аҳамиятнокии омори тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гемостази консервативӣ; p_2 - аҳамиятнокии омори тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гемостази Б-Линч (*post-hoc* аз рӯи меъёри Данн)

Давомнокии дарозтарини мудохилаи ҷарроҳӣ хангоми буриши қайсарии бо хунравӣ мушқилшуда ва бо ампутатсияи бачадон ё хориҷ кардани бачадон анҷомёфта ба мушоҳида расид: дар гурӯҳи асосӣ – 190,0 дақиқа, дар гурӯҳи муқоисавӣ бидуни БЧИ - 127,0 дақиқа. Дар заводи гирифтори БЧИ дар заминаи хунравии пас аз таваллуд тавассути роҳи табиӣ таваллуд даҳолати тӯлонии ҷарроҳӣ ҳамчунин хангоми лапаротомия ва ампутатсия муайян карда шудааст - 150,0 дақ. дар муқоиса бо 104,0 дақиқа дар гурӯҳи муқоисавӣ (ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. - Давомнокии мудохилаи ҷарроҳӣ, дақ.

Мудохилаи ҷарроҳӣ	Гурӯҳи асосӣ (n =34)	Хунравӣ бе БЧИ (n =43)	p
Буриши қайсарӣ + гемостази консервативӣ	50,0 [45,0; 60,0] (n =21)	50,0 [50,0; 60,0] (n =21)	$> 0,05$
Кесарево сечение + Б-Линч	62,5 [60,0; 80,0] (n =18)	65,0 [60,0; 77,0] (n =25)	$> 0,05$
Буриши қайсарӣ + ампутатсияи бачадон/ экстирпатсияи бачадон	190,0 [122,0; 205,0] (n =6)	127,0 [110,0; 150,0] (n =22)	$> 0,05$
Буриши қайсарӣ + Б-Линч + ампутатсияи бачадон	120,0 [95,0; 200,0] (n =3)	125,0 [90,0; 160,0] (n =2)	$> 0,05$

Лапаротомия+ Б-Линч	57,5 [50,0; 90,0] (n =6)	62,5 [58,0; 70,0] (n =6)	>0,05
Лапаротомия+ ампутатсияи бачадон	150,0 [150,0; 150,0] (n =1)	104,0 [65,0; 120,0] (n =3)	>0,05
Релапаротомия + ампутатсияи бачадон	135,0 [135,0; 135,0] (n =1)		
Релапаротомия бе ампутатсияи бачадон	70,0 [40,0; 90,0] (n =3)		

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии омории тафовутҳои байни гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳ бо хунравӣ ва бе БЧИ (тибқи меъёри Манн-Уитни).

Бо дарназардошти он, ки гемостази консервативӣ асосан ҳангоми то 1000,0 мл будани талафоти хун гузаронида мешуд, фоизи инкишофи БЧИ низ дар ин беморон баланд - 95,0% буд. Ҳангоми 1000,0-2000,0 мл-ро ташкил додани талафоти хун басомади кӯкгузорӣ тибқи Б-Линч баланд буд - 54,2%.

Сохтори беморҳои чирку илтиҳобӣ вобаста ба намуди гемостаз дар ҷадвали 8 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 8. - Сохтори БЧИ вобаста ба намуди гемостаз

Сохтор	Намуди гемостаз						P (df =2)
	Консервативӣ, n=45		Б-Линч, n=24		Ампутатсия ва экстирпатсия, n=11		
	п	%	п	%	п	%	
Хориоамнионит	10	22,2	1	4,2	2	18,2	>0,05
Метроэндометрит	36	80,0	20	83,3	-		
Перитонит	2	4,4	-		-		
Сепсис	-		1	4,2	2	18,2	
Фасодгирии кӯкҳои девораи пеши шикам	1	2,2	1	4,2 $p_1 >0,05$	4	36,4 $p_1 =0,003$ $p_2 =0,045$	<0,001
Ноустувории хатча дар бачадон	1	2,2	-		-		
Инфилтратсияи кӯкҳо дар бачадон	4	8,9	8	33,3 $p_1 =0,027$	-		

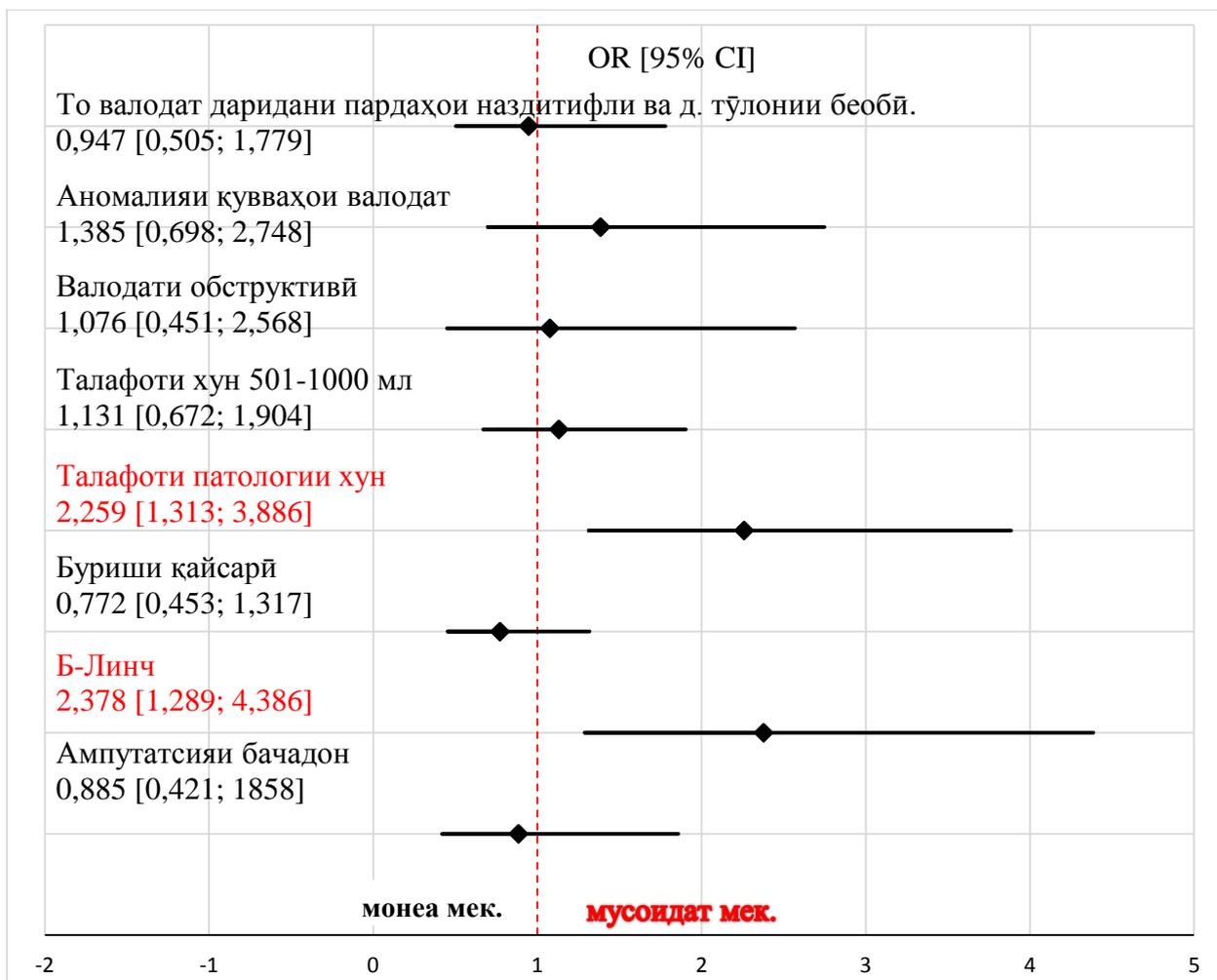
Кандашавии кӯкҳо дар чатан	1	2,2	-		-		
Тромбоэмболияи рағҳои шуш	-		1	4,2	-		
Перикултит	-		-		4	36,4	

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии омории тафовути нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри Хи-квадрат барои ҷадвалҳои сохти озод); $post-hoc$: p_1 – аҳамиятнокии омории тафовутҳо дар муқоиса бо гемостази консервативӣ; p_2 – аҳамиятнокии омории тафовутҳо дар муқоиса бо Б-Линч (таҳлили $post-hoc$ - тибқи меъёри Хи-квадрат барои ҷадвали чорсутуна).

Тавре аз ҷадвал дида мешавад, ҳангоми корбурди ҳама намудҳои гемостаз бештар аз ҳама метроэндоцитрит ва инфилтратсияи кӯкҳо дар бачадон инкишоф меёфтанд.

Вазифаи навбатии таҳқиқоти мазкур равшанӣ андохтан ба дурустии муайяннамоии лактат ҳамчун нишондиҳандаи гипоксияи бофтаҳо, ки дар занони таваллудкарда ҳангоми хунравӣ ва БЧИ вучуд дошт ва хусусияти хоси он ҳангоми якҷоя омадани онҳо буд. Миқдори лактат дар ҳамаи гурӯҳҳо аз меъёр зиёд буд ($N=0,5-2,2$ ммол/л), вале дар беморони гурӯҳи асосӣ сатҳи он нисбат ба гурӯҳҳои муқоисашаванда баландтар ба қайд расид – 10,9 ммол/л, дар гурӯҳҳои муқоисавӣ - мутаносибан 8,1 ва 8,7 ммол/л, ҳарчанд аз диди омор ин нишондиҳанда аҳамиятнок набуд ($p>0,05$). Бо вучуди ин, санҷиши мазкурро ҳамчун меъёри ташхисии дараҷаи вазнинии БЧИ дар заминаи хунравӣ истифода кардан мумкин аст.

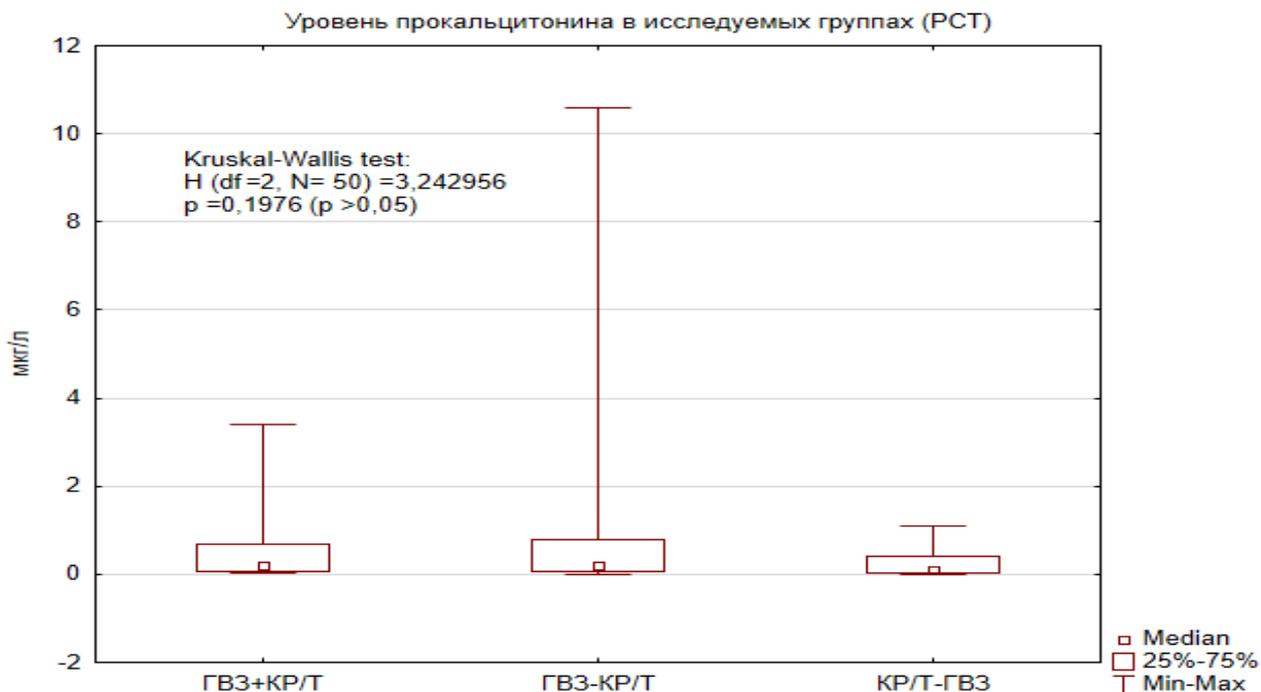
Меъёри муҳими навбатии БЧИ маркёри сепсис прокалситонин мебошад, ки дар 50 зан аз ҳама гурӯҳҳо омӯхта шуд. Миқдори прокалситонин дар занони гурӯҳи асосӣ ва ҳам дар занони гурӯҳи гирифтори БЧИ бидуни хунравӣ баланд буд, яъне дар ин гурӯҳҳо консентратсияи онҳо зиёд фарқ намекард. Дар гурӯҳи заноне, ки хунравии бе БЧИ доштанд, он хеле пасттар, дар доираи меъёр ($N<0,1$ нг/мл) буд. Ин далели он аст, ки прокалситонин маркёри барвақтии инкишофи БЧИ ва сепсис мебошад.



Расми 1. – Хатари (OddsRatio) таъсири омилҳои омӯхташудаи хатари инкишофи бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар заминаи хунравии акушерӣ

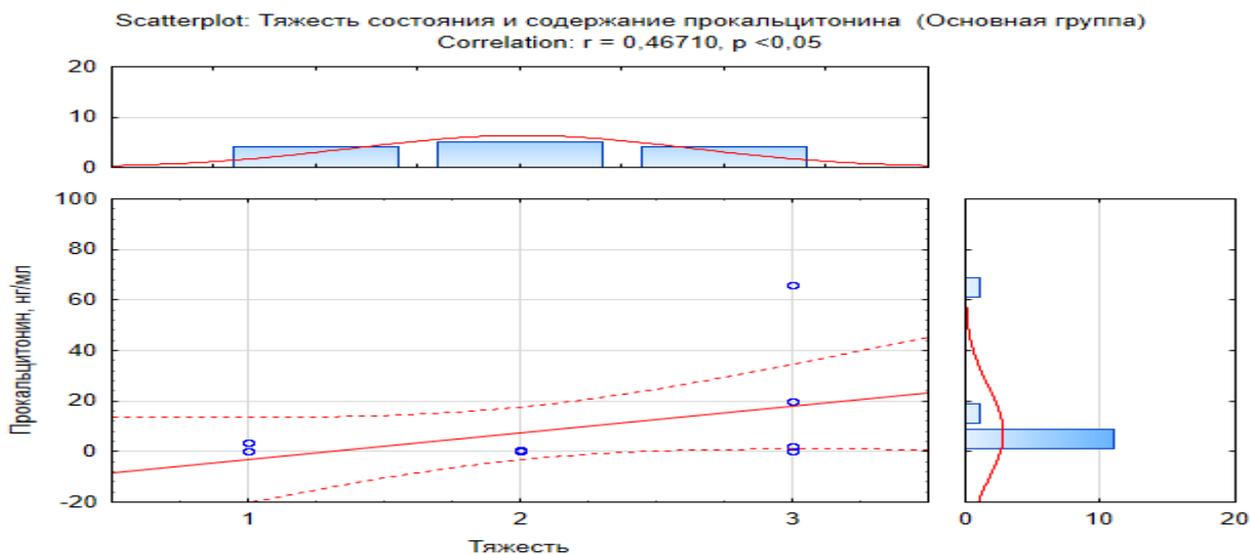
Аз расми 2 дида мешавад, ки сатҳи прокалситонин дар ҳама гурӯҳҳо фарқи назаррас дорад, аммо бо вучуди ин дар гурӯҳи БЧИ бе хунравӣ баландтар аст. Сатҳи пасттарини прокалситонин дар гурӯҳи занон бо хунравӣ, аммо бе БЧИ муайян карда мешавад.

Ҳангоми омӯзиши робитаи байни вазнинии ҳолати занони таваллудкарда ва сатҳи прокалситонин, дар занони гурӯҳи асосӣ вобастагии коррелясионӣ муайян карда шуд - $r=0,47$ (расми 3). Ин далели он аст, ки сатҳи прокалситонин на танҳо нишондиҳандаи инкишофи бемории чирку илтиҳобӣ, балки арзёбии вазнинии ҳолати бемор ҳам мебошад. Дар як ҳолат сатҳи ин нишондод дар зан аз гурӯҳи асосӣ 68,0 нг/мл буд - ин ҳамон ҳолате буд, ки бо фавт анҷомид.



Расми 2. – Сатҳи прокалситонин дар гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ

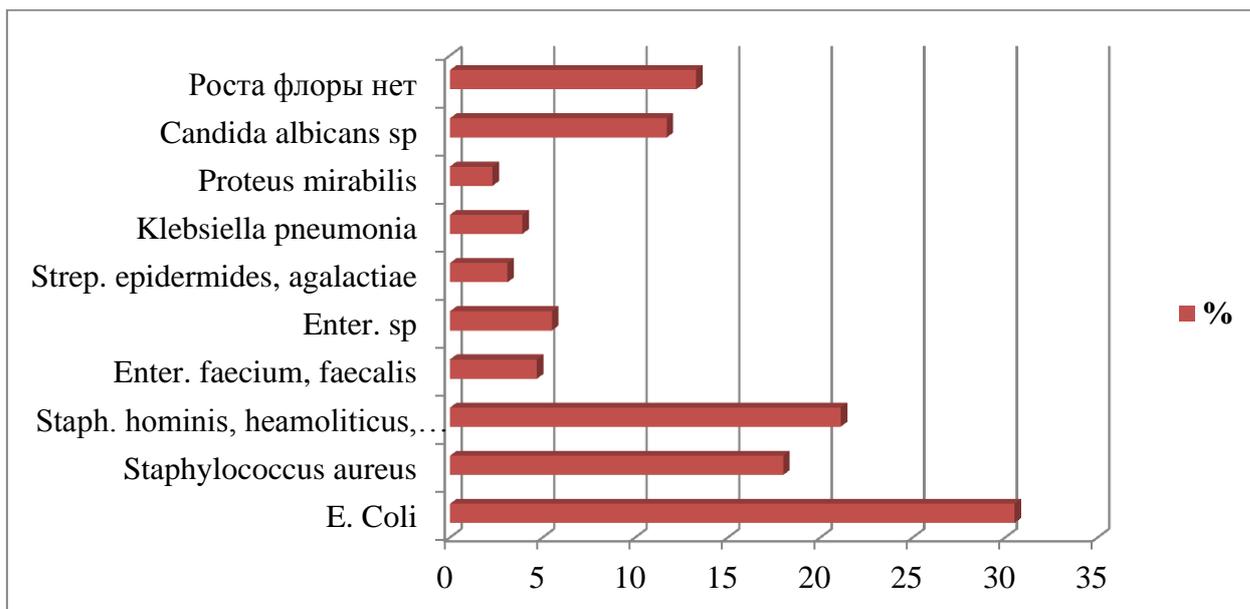
Ҳамин тариқ, муайян кардани таркиби прокалситонин меъёри боэътимоди таҳлили барвақти сепсис дар занон дар давраи баъди таваллуд ва вазнинии ин ориза, инчунин меъёри арзёбии самаранокии муолиҷа бо антибиотикҳо мебошад.



Расми 3. - Вобастагии коррелятсионии прокалситонин ва вазнинии ҳолат дар занҳои таваллудкардаи гурӯҳи асосӣ

Молишакҳои патологӣ дараҷаҳои III ва IV-и тозагии маҳбал дар занони гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи БЧИ-и бидуни хунравӣ тақрибан баробар ба кайд расиданд - 56,2% ва 54,1%.

Таҳқиқи бактериологӣ таркиби холигии бачадон дар 58,1% якунсура (монокултура) ва дар 25,9%-и ҳолатҳо дуунсура (дикултура) будани муҳити бактериологиро ошкор намуд. Беш аз ҳама *Escherichia coli* 10^6 , *Staphylococcus haemolyticus* 10^6 , *Staphylococcus aureus* 10^6 муайян карда шуданд. Ба ин тарик, таҳлил басомади баланди сироятҳои системаи пешобу таносулро дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда, махсусан дар гурӯҳи асосӣ, гуногунии васеъ ва басомади баланди микрофлораи патогенӣ ва сапрофитиро дар занони ҳамаи гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ нишон дода, бори дигар аҳамияти сари вақт муайян намудани сироятҳо ва табobati онҳоро исбот намуд.



Расми 4.- Манзараи бактериологӣ занони таваллудкарда аз гурӯҳҳои таҳқиқот

Тадбирҳо оид ба тақомули пешгирии бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар якҷоягӣ бо хунравии акушерӣ дар давраи пас аз таваллуд

Натиҷаҳои таҳқиқоти мо тамоюли афзоиши бемориҳои чирку илтиҳобии баъди таваллуд дар заминаи хунравии акушерӣ, хусусиятҳои мавсимӣ доштани ин мушкилӣ дар давраи баҳору тобистон, басомади

баланди онро дар беморони синну соли репродуктивии фаъол (хусусан 19-24-солаҳо), дар занони ҳомилаи гирифтори камхунӣ ва бемориҳои илтиҳобии гурда, ки дар заминаи онҳо пасон бемориҳои гипертензивӣ инкишоф меёфтанд, нишон доданд. Омилҳои хавфе, ки мо муайян кардем, барои тартиб додани чораҳо оид ба пешгирии бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар заноне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, асос гардиданд.

Дар робита ба гуфтаҳои боло мо омилҳои хавфи рушди БЧИ дар заминаи хунравиро тартиб додем, ки инҳоро дар бар мегирад: давраи баҳор-тобистон, СФР, махсусан 19-24-солагӣ, таваллуди нахустин, чарроҳии қайсарӣ дар анамнез, ҳомилагии баанҷомнарасида дар анамнез, бемориҳои илтиҳобии гурдаҳо, анемияҳо, қайкунии ҳомилаҳо, давраи беоби беш аз 12-соата, таваллуди обструктивӣ/тӯлкашида, ихтилоҷҳои гипертензивӣ, индуксияи таваллуд, таваллуди ғаврии абдоминалӣ, беш аз 1000,0мл талафоти хун, гузоштани кӯки гемостазӣ тибқи Б-Линч, махсусан агар он пас аз таваллуди табиӣ дар давраи барвақти баъди таваллуд иҷро шуда бошад.

Чорабиниҳо:

1. Бо назардошти он БЧИ-и давраи пас аз таваллуд бо хунравии акушерӣ хусусияти мавсимӣ дошта, бештар дар фасли баҳору тобистон, махсусан дар моҳи май мушоҳида мешавад, назорат дар зинаи антенаталӣ барои ҳамаи беморон, бахусус беморони синни барвақти репродуктивӣ, дар фаслҳои зикршудаи сол пурзӯр карда шавад.

2. Бо дарназардошти басомади баланди исқотҳои беихтиёр, ҳомилагҳои аз инкишоф бозмонда, инчунин ғавти перинаталӣ дар анамнези беморони гирифтори БЧИ, онҳоро ба гурӯҳи мақсадноки инкишофи БЧИ дохил намуда, бо онҳо омодагии ҳамаҷонибаи прегравидарӣ бояд гузаронида шавад.

3. Дар инкишофи БЧИ бо хунравии акушерии давраи пас аз таваллуд бештар чунин бемориҳои ҳамрави экстрагениталӣ, аз қабилӣ камхунӣ ва бемориҳои гурда, бемориҳои норасоии йод, бемориҳои узвҳои ЛОР, инчунин

якҷоягии онҳо нақши муҳим доштанд. Аз ин рӯ, муоина ва солимгардони занони гирифтори бемориҳо ва оризаҳои дар боло зикршуда бояд дар давраи пеш аз ҳомилагӣ ё дар марҳилаҳои аввали ҳомилагӣ гузаронида шаванд.

4. Сатҳи баланди прокалситонинро дар беморони гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо гурӯҳҳои дигар ва вобастагии муътадили коррелятсионии байни сатҳи прокалситонин ва вазнинии ҳолати беморонро ба эътибор гирифта, санҷиши онро ба доираи ҳатмии таҳқиқот ҳангоми ин мушкилӣ дохил бояд кард.

5. Дар асоси сатҳи прокалситонин на танҳо ба вазнинии ҳолати беморон, балки ба эҳтимолияти зиндамони онҳо низ баҳо додан мумкин аст. Ҳар қадаре ки сатҳи прокалситонин баландтар бошад, ҳамон қадар хатари марг зиёд мешавад. Ғайр аз ин, аз рӯйи сатҳи прокалситонин самаранокии муолиҷа бо антибиотикҳоро арзёбӣ кардан имкон дорад.

6. Муолиҷаи антибиотикӣ бояд дар асоси натиҷаҳои муоинаи бактериологӣ таркиби ҳолигии бачадон ва канали таваллуд ва бо назардошти ҳассосияти микроорганизми ошкоршуда гузаронида шавад, яъне пас аз ташҳис бояд табобати эмпирикии зиддибактериявӣ оғоз карда шавад, баъди гирифтани натиҷаи таҳқиқоти бактериологӣ - оид ба ҳассосият ба антибиотикҳо.

7. Ҳангоми гемостази ҷарроҳӣ, дар ҳолати татбиқи кӯкгузорӣ мувофиқи Б-Линч ва талафоти патологӣ хун дар ҳаҷми зиёда аз 1000,0 мл бояд пешгирии антибиотикӣ бо истифода аз якҷоягии антибиотикҳо амалӣ карда шавад.

Гурӯҳҳои антибиотикҳо	Номҳои антибиотикҳо	Ҳассосӣ (S) %	Муқовиматнокӣ (R) %
Пенитсиллинҳо	Ампитсиллин	16,7	83,3
	Бензилпенитсиллин	25,6	74,4
	Амоксатсиллин	36,2	63,8
	Амоксатсиллин кислотаи клавулан	35,7	64,3
	Пиператсиллин тазобактам	80,4	19,6
Сефалоспоринҳо	Сефазолин	35,0	65,0
	Сефокситин	39,3	60,7
	Сефтриаксон	35,7	64,1
	Сефтазидим	30,4	69,6
	Сефотаксим	40,6	59,4
Карбапенемҳо	Эртапенем	100,0	-
	Имепенем	98,0	2,0
	Меропенем	63,0	37,0
Аминогликозидҳо	Амикатсин	91,1	8,9
	Гентамитсин	75,8	24,2
Фторхинолонҳо	Сiproфлорксатсин	52,2	47,8
	Офлорксатсин	37,5	62,5
	Моксифлорксатсин	67,6	32,4
	Левифлорксатсин	58,8	41,2
Оксазолидинонҳо	Линезолид	100,0	-
Амфениколҳо	Хлорамфеникол	56,4	43,6
Макролидҳо	Эритромитсин	-	100,0
Полимиксинҳо	Колистин	75,7	24,3
Фузидинҳо	Кислотаи фузид	83,8	16,2
Рифампитсинҳо	Рифампитсин	100,0	-
Гуногун	Мупиротсин	100,0	-

Расми 5. - Антибиотикограмма дар занони гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ

Ҳангоми омӯзиши антибиотикограмма муайян карда шуд, ки ҳассосии баланди флора ба антибиотикҳои наслҳои III ва IV, ки ба онҳо Мупиротсин, Линезолид, Рифампитсин, Амикатсин, Эртапенем, Меропенем, Имепенем ва ғайра дохил мешаванд, боқӣ мондааст.

Аз антибиотикҳои васеъ истифодашаванда, ки ба стандарти тиллоӣ дохил мешаванд, аз ҳама самаранок гентамитсин ва аз ҳама резистентӣ ампиқлин боқӣ мемонанд. Антибиотикҳои қатори сефалоспоринӣ низ камсамар буданд, аз ин рӯ таъйин кардани онҳо барои пешгирӣ ва табобат асос надорад.

ХУЛОСАҲО

1. Басомади БЧИ дар заминаи хунравии акушерӣ аз соли 2019 то соли 2023 аз 0,13%-и шумораи умумии таваллудҳо то 0,42%-и онҳо афзоиш ёфт ва ин фарқият аз нигоҳи оморӣ аҳамиятнок мебошад ($p < 0,001$). Таҳлили ҷанбаҳои тиббӣю иҷтимоии беморони гирифтори бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар заминаи хунравӣ нишон медиҳад, ки ин мушкилӣ бештар дар мавсими баҳор-тобистон (75,6%) инкишоф ёфта, дар занони ҷавони синни фаъоли репродуктивӣ - 19-24-сола (46,2%), дар занони бори аввал таваллудкунанда (46,3%), инчунин дар занон бо басомади баланди талафоти перинаталӣ (10,0%) ва таваллудҳо тавассути ҷарроҳӣ дар анамнез (11,2%) мушоҳида мешавад [1-А, 2-А, 15-А, 18-А, 19-А].

2. Ҳамчун омилҳои хавфи инкишофи БЧИ дар давраи пас аз таваллуд дар заминаи хунравӣ беш аз ҳама инҳо ба қайд расидаанд: дар давраи ҳомилагӣ - бемориҳои гурда (пиелонефрит - 90,0% ва гидронефроз - 17,5%), камхунии дараҷаҳои гуногун (45,0%), бронхитҳои музмин (25,0%), бемориҳои норасоии йод (25,0%), аз оризаҳои ҳомилагӣ - токсикози бармаҳал (58,7%), авҷгирии пиелонефрити музмин (37,5%), вазни зиёдатӣ ва фарбеҳӣ (36,2%) ва бемориҳои гипертензивӣ (23,7%), аз ҷумла презклампсияи вазнин - 57,9%. Дар давраи таваллудкунӣ - муддати тӯлонии беобӣ (20,0%) ва инкишофи ПМЧМДЧ ; аз мудохилаҳои инвазивӣ дар гурӯҳи БЧИ дар заминаи хунравӣ аз ҳама зиёд индуксияи таваллуд тариқи амниотомия (23,8%), таваллуди абдоминалӣ бо роҳи буриши қайсарӣ дар 95,8% ҳолатҳо бо тартиби фаврӣ, тӯл кашидани таваллуд то ҷарроҳии буриши қайсарӣ, талафоти умумии хун зиёда аз 1000 мл истифода бурда шуд; аз усулҳои гемостаз инкишофи БЧИ ҳангоми истифода аз кӯки гемостазӣ тибқи Б-Линч

сатҳи яқинан баланд дошт (40,6%) [4-А, 7-А, 8-А, 9-А, 11-А, 13-А, 18-А, 19-А].

3. Натиҷаҳои аз таҳқиқотҳои лабораторӣ, бактериоскопӣ ва бактериологӣ бадастомада басомади баланди сироятёбии системаи пешобу таносул, махсусан дар гурӯҳи занони гирифтори БЧИ дар заминаи хунравиро нишон доданд, ки аз гурӯҳҳои мукоисавӣ ба таври эътимоднок фарқ мекунанд. Ин табобати ҳатмии онҳоро дар зинаи прегравидарӣ ва дар марҳилаҳои аввали ҳомилагӣ тақозо мекунад [3-А, 12-А, 14-А, 16-А, 17-А, 19-А].

4. Омӯзиши прокалситонини хун на танҳо барои бармаҳал муайян кардани сепсис дуруст буд, балки маълум гардид, ки он меъёри арзёбии самаранокии муолиҷаи антибиотикии занони гирифтори БЧИ-и пас аз хунравӣ мебошад [17-А].

5. Барои пешгирӣ ва табобати БЧИ дар умум ва махсусан ҳангоми дар заминаи хунравӣ инкишоф ёфтани он алгоритми пешниҳодшударо бо пешгирӣ ва табобати антибиотикӣ бо назардошти ҳассосияти микрофлора ба антибиотикҳо бояд истифода кард [3-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Муайян ва табобат кардани патологияи узвҳои таносул ва экстрагениталӣ ва махсусан камхунӣ ва бемориҳои сироятӣ системаи пешобу таносул, дар ҳолати охирин бо назардошти таҳқиқоти бактериоскопӣ ва бактериологӣ молишакҳо барои флора ва муайян намудани ҳассосияти онҳо ба антибиотикҳо, барои ҳамаи заноне, ки ҳомилашавиро ба нақша гирифтаанд.

2. Идоракунии занони ҳомила бо риояи қатъии Стандарти миллӣ ва идоракунии гурӯҳи хавфи инкишофи БЧИ мувофиқи алгоритми пешниҳодшудаи идоракунии ҳомилагӣ ва таваллуд дар гурӯҳҳои мазкур.

3. Бо дарназардошти далеле, ки худӣ хунравӣ омили асосиест, ки ба инкишофи БЧИ мусоидат мекунад, пешрафти омилҳои хавфи ин гурӯҳи

аҳолӣ аз муҳлатҳои аввали ҳомилагӣ ҳамаҷониба пешгирӣ шавад, ҳангоми валодат аз рӯйи имкон - пешгирии хунравӣ ба воситаи татбиқи тактикаи дурусти идоракунии ҳамаи давраҳои валодат, расонидани ёри таъҷилии саривақтӣ ҳангоми хунравӣ, риояи тадбирҳои асептикӣ, аз ҷумла шустани дастҳо ҳангоми гузаронидани муоинаю муомилаҳои акушерӣ.

4. Ба ҳамаи занҳои ҳомила бо оғоз ёфтани хунравӣ гузаронидани таҳқиқоти бактериологии таркиби роҳҳои валодат барои муайян кардани мавҷудияти микрофлора ва хассосии он нисбати антибиотикҳо, ҳамчунин ҳамчун чораи пешгирӣ то гирифтани натиҷа шуруъ намудани муолиҷаи антибиотикӣ бо истифода аз препаратҳо бо доираи васеи таъсир.

5. Таҳқиқи прокалситонин ҳамчун меъёри инкишофи сирояти септикӣ ва ҳам чун меъёри арзёбии самаранокии муолиҷаи зиддибактериявӣ гузаронида шавад.

Алгоритми идоракунии занони гурӯҳи хавф аз рӯи эҳтимоли инкишофи БЧИ

Давраи прегравидарӣ:

1. Муоинаи пурраи клиникӣ.
2. Муайян кардани патологияи узвҳои таносул ва экстрагениталӣ, аз ҷумла муайян кардани сирояти роҳҳои пешоброн тавассути таҳлили умумии пешоб, ташҳиси бактериоскопӣ ва бактериологии молишакҳо оид ба флора бо муайян кардани ҳассосият ба антибиотикҳо.
3. Табобати патологияҳои муайянкарда бо ҷалби мутахассисони дахлдор.

Семоҳаи I ҳомилагӣ

Дар ҳолати набудани тайёрии прегравидарӣ:

1. Муоинаи пурраи клиникӣ.
2. Муайян намудани патологияи узвҳои таносул ва экстрагениталӣ, аз ҷумла ошкор кардани сирояти роҳҳои пешоббарор тавассути таҳлили умумии пешоб, таҳлили бактериоскопӣ ва бактериологии молишакҳо оид ба флора бо муайян кардани ҳассосият ба антибиотикҳо.
3. Табобати патологияҳои муайяншуда.
4. Машварати мутахассисон.
5. Мушоҳидаи динамикӣ мувофиқи Стандарти миллӣ.

Семоҳаи III ҳомилагӣ

1. Мониторинги дақиқи беморони зери хавфи хунравӣ ва инкишофи БЧИ*.
2. Машварат ба онҳо оид ба симптомҳои хатарноки хунравӣ ва БЧИ. Таҳлили умумии пешоби беморони гурӯҳи хавф.
3. Молишак оид ба флора ва ҳассосӣ нисбати антибиотикҳо аз роҳҳои валодати гурӯҳи хавф.

Дар рафти валодат:

1. ҳангоми ихроҷшавии носаривақтии обҳо, бахусус дар ҳолати муддати тӯлонии беобӣ, гирифтани молишак барои флора ва кишти бактериологӣ аз роҳҳои таваллуд то оғози истеъмоли антибиотикҳо;
2. ҳангоми валодати обструктивӣ/гӯлкашида - киштҳои бактериологӣ ва пешгирии тавассути антибиотикҳо;
3. ҳангоми хунравии акушерӣ - оғози барвақти пешгирии БЧИ бо антибиотикҳои дорои доираи васеи таъсир;
4. ҳангоми валодати абдоминалӣ, махсусан дар ҳолатҳои фаврӣ, дар ҳолати хунравӣ - кишти бактериологӣ ва пешгирии тавассути антибиотикҳо;
5. Ҳангоми пайдошавии нишонаҳои якуми БЧИ дар заминаи хунравӣ
 - табобати комплексӣ бо якчанд антибиотикҳои дорои доираи васеи таъсир бо ивазкунии минбаъда ба антибиотикҳои ҳассос
 - муайян кардани прокалситонин дар динамика, дар рӯзи 5-ум
 - хун оид ба уфунат то оғози истеъмоли антибиотикҳо

ИНТИШОРОТ ДАР МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-А]. Сайдалиева Д.А. Эпидемиология и факторы риска развития материнского сепсиса [Текст]/ С.Д. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллоева // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2023. – №25(2). – С. 248-259.

[2-А]. Салимова З.Д. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты [Текст]/ З.Д. Салимова, М.Ф. Додхоева, Д.А. Сайдалиева // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2023. - №25(4). – С. 527-540.

[3-А]. Сайдалиева Д.А. Послеродовый эндометрит [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Ж. «Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана». – Душанбе. – 2024. Т.ХІІІ – №2 – С.81-89.

[4-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания пуэрперия после различного вида гемостаза [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева // Ж. «Мать и дитя». – Душанбе. – 2024. – №2. – С. 56-61.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷаллаҳои тақризнашаванда

[5-А]. Салимова З.Д. Медико - социальные аспекты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты [Текст]/ З.Д. Салимова, Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева // Тезисы XXIII Всероссийский научно - образовательного форума «Мать и Дитя» – 2022, Москва, 28 сентября 2022, С.77-78

[6-А]. Салимова З.Д. Исходы родов при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты [Текст]/ З.Д. Салимова, Д.А. Сайдалиева // Тезисы международной научно-практической конференции молодых ученых ТГМУ «Актуальные вопросы современных научных исследований», Душанбе, 29 апреля 2022, С. 330.

[7-А]. Сайдалиева Д.А. Факторы риска развития послеродовых гнойновоспалительных инфекций [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева, Р. Нуъмонова // Тезисы XVI Международный конгресс ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ. Министерство здравоохранения Российской Федерации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова». Москва, 17–20 января, 2023, С. 194-195.

[8-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания после гемостатического шва на матке [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, З.Д. Салимова // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. Душанбе. 28 апреля, 2023г. Стр. 330-331. 182

[9-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания после ампутации матки вследствие кровотечения в родах [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. Душанбе. 28 апреля, 2023г. Стр. 331.

[10-А]. Салимова З.Д. Акушерские и перинатальные исходы у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты [Текст]/ З.Д. Салимова, Д.А. Сайдалиева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием «Наука и инновация в медицине». – Душанбе. – 2023. – С. 335.

[11-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания после консервативного и хирургического гемостаза гипотонических кровотечений [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. Душанбе. 28 апреля, 2023г. Стр. 329-330.

[12-А]. Сайдалиева Д.А. Результаты бактериологического исследования полости матки у родильниц с гнойно-воспалительными заболеваниями [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием. Душанбе 01.12.2023. С. 86-87.

[13-А]. Сайдалиева Д.А. Гнойно-воспалительные заболевания при различной тактике гемостаза гипотонических кровотечений [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // 183 Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные тренды в охране материнства и детства» 22-23 июня 2023 года – Астана: НАО «Медицинский университет Астана», 2023. – 219 стр. УДК 618.71.Стр. 134-135.

[14-А]. Сайдалиева Д.А. Бактериологическая картина полости матки у родильниц, перенёсших кровотечение [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Тезисы XXIV Всероссийский научно-образовательный форум – «Мать и Дитя» – 2023, Москва, 27-29 сентября 2023, С.48-49.

[15-А]. Сайдалиева Д.А. Частота и структура послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний в течение года [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. Душанбе 3.05.2024. С. 168-169.

[16-А]. Сайдалиева Д.А. Прокальцитонин – ранний маркер гнойновоспалительных заболеваний [Текст]/ Д.А. Сайдалиева // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. Душанбе 3.05.2024. С. 167.

[17-А]. Сайдалиева Д.А. Перинатальные исходы у родильниц с гнойновоспалительными заболеваниями [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, Н.З. Шодиева, Ш.Ш. Шокирова // Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Молодежь и медицинские

инновации: создание будущего сегодня» с международным участием. Душанбе 3.05.2024. С. 167-168.

[18-А]. Сайдалиева Д.А. Медико- социальные аспекты гнойно-воспалительных заболеваний родильниц, перенесших акушерские кровотечения [Текст]/ Д.А. Сайдалиева, Н.К. Мансурова // Тезисы XXV Всероссийский научно-образовательный форум—«Мать и Дитя» – 2024, Москва, 1-3 октября 2024, С.71-72.

[19-А]. Сайдалиева Д.А. Факторы риска развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде на фоне акушерских кровотечений [Текст] / Д.А. Сайдалиева, М.Ф. Додхоева, М.Г. Шералиева // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (72-ой годичной) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и 184 практике», с международным участием, посвященной 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе 01.11.2024. С. 153.

Рӯйхати ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ

ТУТ	Ташкилоти Умумичаҳони Тандурустӣ
БЧИ	бемориҳои чирку илтиҳобӣ
ТВДПН	то валодат даридани пардаҳои наздитифли
ХР	хунравӣ
ФМ	фавти модарон
НШГ	норасоии шадиди гурда
ХХД	ҳаҷми хуни даврзананда
ЭБ	эндометрити баъдивалодатӣ
ПМ	пешомади машина
ПМЧМД	пеш аз муҳдат ҷудошавии машинаи дурустҷойгиршуда
ПЭ	преэклампсия
ПКТ	прокалситонин
EWS	Early warning systems (системаи огоҳсозии барвақтӣ)
ESKAPE	Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter spp.
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics) Федератсияи байналмилалӣи акушерон-гинекологҳо
Hb	гемоглобин
GLOSS	Global Maternal Sepsis Study
MEOWS	Modified Early Obstetric Warning System
qSOFA	quick Sepsis Related Organ Failure Assessment
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SOFA	шкалаи арзёбии норасоии функсияҳои узвҳо

АННОТАЦИЯ

Сайдализода Дилафруз Аловуддин

«Профилактика гнойно-воспалительной инфекции в послеродовом периоде на фоне акушерских кровотечений»

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания, акушерские кровотечения, факторы риска, эндометрит, послеродовый период, сепсис, прокальцитонин, перитонит, гемостатический шов по Б-Линч

Цель исследования. Изучение гнойно-воспалительных инфекций у родильниц, перенесших акушерские кровотечения в родах и оптимизация их профилактики

Методы исследования и использованная аппаратура: общеклиническое исследование – общий анализ крови, биохимия крови, коагулограмма, общий анализ мочи, мазок на флору, а также содержание прокальцитонина, лактата крови, кровь на стерильность и бактериологическое исследование содержимой матки. УЗИ исследование органов малого таза проводилось в функциональном кабинете на аппарате УЗИ ALOCA 3500 CCD.

Полученные результаты и их новизна: Частота гнойно-воспалительных заболеваний на фоне акушерских кровотечений имела тенденцию к увеличению. ГВЗ чаще возникает у молодых женщин раннего активного репродуктивного возраста, соответственно у первородящих, а также у женщин с высокой частотой перинатальных потерь и оперативных родоразрешений в анамнезе. Возможные предполагаемые факторы риска являются во время беременности – заболевания почек, анемия различной степени, хронический бронхит, йододефицитные заболевания, а из осложнений беременности – ранний токсикоз, обострение хронического пиелонефрита, избыточная масса тела и ожирение и гипертензивные нарушения.

Практическая значимость: На основании проведенного исследования и полученных данных оптимизирован алгоритм ведения женщин с ГВЗ послеродового периода с патологической кровопотерей в родах, использование которого будет способствовать снижению частоты развития гнойно-воспалительных заболеваний в целом, и при осложненных кровотечениях родов и послеродового периода в частности.

Рекомендации по использованию: Выявление и лечение генитальной и экстрагенитальной патологии всем пациенткам, планирующих беременность. Всем пациенткам с началом кровотечения проводить бактериологическое исследование содержимого родовых путей на наличие микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, а профилактически до получения результата начать комплексную антибиотикотерапию с препаратами широкого спектра действия. Прокальцитониновый тест проводить как маркер сепсиса

Область применения: акушерство и гинекология.

АННОТАТСИЯ

Сайдализода Дилафрӯз Аловуддин

«Пешгирии сирояти чирку илтиҳобӣ дар давраи баъди валодат дар заминаи хунравии акушерӣ»

Вожаҳои калидӣ: бемориҳои чирку илтиҳобӣ, хунравии акушерӣ, омилҳои хавф, эндомиетрит, давраи баъди валодат, сепсис, прокалситонин, перитонит, кӯки гемостазӣ тибқи В-Линч

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши сироятҳои чирку илтиҳобӣ дар занони таваллудкарда, ки ҳангоми валодат хунравии акушериро аз сар гузаронданд ва оптималӣ кардани пешгирии онҳо

Методҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: таҳқиқоти умумиклиникӣ – таҳлили умумии хун, биохимияи хун, коагулограмма, таҳлили умумии пешоб, молишак барои флора, ҳамчунин миқдори прокалситонин, лактати хун, уфунати хун ва таҳқиқи бактериологии таркиби бачадон. Таҳқиқоти ултрасадоии узвҳои коси хурд дар утоқи функционалӣ дар дастгоҳи TUC ALOCA 3500 CCD гузаронида шуд.

Натиҷаҳои бадастовардашуда ва навоғии онҳо: Ҳодисаи бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар заминаи хунравии акушерӣ тамоюли афзоиш дошт. Таҳлили ҷанбаҳои тиббӣю иҷтимоӣ нишон дод, ки он бештар дар занони ҷавони синну соли репродуктивии барвақти фаъол, мутаносибан дар занони бо валодати нахустин, инчунин дар занони дорои басомади баланди талафоти перинаталӣ ва таваллуди оперативӣ дар таърихи бемориашон ба амал меояд. Омилҳои эҳтимолии хавф дар давраи ҳомилагӣ бемориҳои гурда, камхунии дараҷаҳои гуногун, бронхити музмин, бемориҳои норасоии йод, аз оризаҳои ҳомилагӣ бошад токсикозҳои барвақт, авҷ гирифтани пиелонефрити музмин, вазни зиёдати бадан ва фарбеҳӣ ва ихтилолҳои гипертензивӣ мебошанд.

Аҳамияти амалӣ: Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда ва маълумоти бадастомада алгоритми таъботи занони гирифтори БЧИ-и давраи баъдивалодатӣ бо талафоти патологияи хун ҳангоми валодат оптималӣ карда шудааст ва истифодаи он барои коҳиш додани бемориҳои чирку илтиҳобӣ дар маҷмуъ, аз ҷумла дар ҳолатҳои валодат бо оризаи хунравӣ ва хусусан, дар давраи баъдивалодатӣ мусоидат мекунад.

Тавсияҳо оид ба истифода:

Муайян ва таъбот кардани патологияи узвҳои таносул ва экстрагениталӣ барои ҳамаи заноне, ки ҳомилагиро ба нақша гирифтаанд. Ба ҳамаи пациентон ҳангоми саршавии хунравӣ бояд муоинаи бактериологии таркиби роҳҳои таваллуд барои муайяннамоии мавҷудияти микрофлора ва ҳассосияти он ба антибиотикҳо гузаронда шавад ва ҳамчун чораи пешгирикунанда то ба даст овардани натиҷаҳо таъботи комплекси антибиотикӣ бо доруҳои дорои доираи васеи амал оғоз карда шавад. Омӯзиши прокалситонинро ҳам ҳамчун маркер сепсис гузаронида шавад.

Соҳаи таъбиқ: момопизишкӣ ва бемориҳои занона

ANNOTATION

Saydalizoda Dilafruz Alovuddin

“Prevention of purulent-inflammatory infection in the postpartum period against the background of obstetric hemorrhage”

Key words: purulent-inflammatory diseases, obstetric bleeding, risk factors, endometritis, postpartum period, sepsis, procalcitonin, peritonitis, B-Lynch hemostatic suture

Objective of the study. Study of purulent-inflammatory infections in women in labor who have suffered obstetric hemorrhages during childbirth and optimization of their prevention

Research methods and equipment used: general clinical examination - general blood test, blood biochemistry, coagulogram, general urine test, smear for flora, as well as the content of procalcitonin, blood lactate, blood for sterility and bacteriological examination of the contents of the uterus. Ultrasound examination of the pelvic organs was carried out in a functional room on the ultrasound machine ALOCA 3500 CCD.

The results obtained and their novelty: The frequency of purulent-inflammatory diseases against the background of obstetric hemorrhage tended to increase. PID more often occurs in young women of early active reproductive age, respectively, in primiparous women, as well as in women with a high frequency of perinatal losses and operative deliveries in the anamnesis. Possible putative risk factors are during pregnancy - kidney disease, anemia of varying degrees, chronic bronchitis, iodine deficiency diseases, and from pregnancy complications - early toxicosis, exacerbation of chronic pyelonephritis, overweight and obesity and hypertensive disorders.

Practical significance: Based on the conducted study and the data obtained, the algorithm for managing women with PID of the postpartum period with pathological blood loss during childbirth has been optimized, the use of which will help to reduce the incidence of purulent-inflammatory diseases in general, and in complicated by bleeding childbirth and the postpartum period in particular.

Recommendations for use: Detection and treatment of genital and extragenital pathology in all patients planning pregnancy. All patients with the onset of bleeding should undergo bacteriological examination of the contents of the birth canal for the presence of microflora and its sensitivity to antibiotics, and prophylactically, until the result is obtained, begin complex antibiotic therapy with broad-spectrum drugs. Conduct the procalcitonin test as a marker of sepsis.

Scope: obstetrics and gynecology.