ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

УДК 618.39.-089.888.14

На правах рукописи

МАДИНАИ КИЁМИДДИНЗОДА

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМИ ПРЕЭКЛАМПСИЯМИ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности

14.01.01 – Акушерство и гинекология

Душанбе -2025 г.

Научная работа выполнена в акушерском отделе ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель: **Камилова Мархабо Ядгаровна**
доктор медицинских наук, доцент
заведующая акушерским отделом
ГУ «ТНИИ АГ и П» МЗ СЗН РТ

Официальные оппоненты: **Узакова Урунбиш Джурабаевна**
кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Рафиева Зарина Хамдамовна
доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета «Таджикский национальный университет»

Ведущая организация: ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2025 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-006 на базе Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Адрес: 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. МирзоТурсун-заде, дом 31, sh.tabarovna@mail.ru; телефон – 918691668.

С диссертацией 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 **Муминова Ш.Т.**

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В настоящее время индукция родов возрастает во всем мире и в развитых странах составляет около 25%. Индукция родов предполагает профилактику осложнений, которые могут усугубляться по мере прогрессирования беременности. В этом смысле индукция родов предупреждает ухудшение состояния матери и плода при различных экстрагенитальных заболеваниях и осложнениях беременности, что способ-ствует снижению частоты кесарева сечения [С. А. Васильев и соавт, 2021] [1].

Преэклампсия представляет собой комплексное патологическое состояние, характеризующееся полиорганным поражением, при котором наблюдается артериальная гипертензия с вовлечением одной или нескольких систем организма матери и/или плода, что требует своевременного родоразрешения. Диагностические критерии и классификация степеней тяжести данного осложнения беременности остаются предметом научных дискуссий. Согласно современным представлениям, основанным на рекомендациях Национального института здравоохранения и передового опыта ухода, традиционные диагностические маркеры - уровень артериального давления и протеинурия - не являются исключительными определяющими факторами при оценке тяжести заболевания. Особое внимание следует уделять таким клиническим проявлениям, как снижение количества тромбоцитов, дисфункция печени и почек, а также наличие эпигастральной боли. Даже при умеренном повышении артериального давления сочетание этих симптомов должно расцениваться как признак тяжелой преэклампсии и требует соответствующей терапевтической тактики, независимо от наличия протеинурии.

В ряде стран дополнительными независимыми критериями тяжести преэклампсии считаются манифестация заболевания до 32-34 недель гестации и признаки внутриутробного страдания плода. Примечательно, что изолированная протеинурия без сопутствующих клинических проявлений преэклампсии не может рассматриваться как прогностически значимый фактор для оценки исходов беременности как со стороны матери, так и плода [Каптильный В. А., 2020; Poon L.C. et al. 2021; Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019] [2, 8].

Терапия тяжёлой преэклампсии включает профилактику судорог (магнезиальная терапия) и предупреждение кровоизлияния в мозг (антигипертензивная терапия). Одновременно предусматривается пролонгирование беременности с целью проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода. Этиологическим методом лечения тяжёлой преэклампсии является родоразрешение, при этом приоритет отдаётся родам через естественные родовые пути. В ряде

случаев имеются акушерские показания к выполнению кесарева сечения, а также осложнения тяжёлой преэклампсии, такие как эклампсия и HELLP-синдром [У.Д. Узакова и соавт., 2015] [4].

Тяжелые преэклампсии занимают ведущие позиции в структуре причин материнской смертности. Как правило, своевременная диагностика, госпитализация и родоразрешение женщин с тяжелой преэклампсией являются резервом снижения развития критических состояний тяжелых преэклампсий и резервом снижения материнской смертности. Поэтому изучение наиболее приемлемых методов индукции родов у женщин с тяжелыми преэклампсиями в различные сроки гестации является весьма актуальным направлением научных исследований [WHO systematic analysis, 2023] [10].

Известно, что начало, течение и исход родов при родоразрешение методом индукции родов зависят от двух факторов – зрелости шейки матки и сокращений миометрия. Физиологический процесс родов характеризуется созреванием шейки матки перед началом сокращений миометрия, что следует учитывать при родовозбуждении. Степень зрелости шейки матки является определяющим фактором успешной индукции родов как при доношенной, так и при недоношенной беременности. Для оценки цервикальной зрелости наибольшее распространение получила модифицированная шкала Бишоп, признанная оптимальным инструментом в акушерской практике [Клинические рекомендации «Индукция родов» Таджикистан, 2023, 46 с; 1. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018] [3, 9].

В современной акушерской практике для преиндукции родов применяются различные фармакологические методы, среди которых ведущую роль играет динопростон - синтетический аналог простагландина Е2. Физиологическое обоснование его применения базируется на естественном увеличении концентрации простагландина Е2 в клетках плодных оболочек области внутреннего зева к сроку родов. Механизм действия динопростона реализуется через два основных пути: стимуляцию синтеза коллагеназы, эластазы и гиалуроновой кислоты, обеспечивающих созревание шейки матки, а также активацию сократительной способности миометрия посредством влияния на кальциевые каналы и метаболизм циклического аденозинмонофосфата. Альтернативным методом является применение мефипристона, действующего через антипрогестероновый механизм. Клиническая эффективность динопростона подтверждается статистически значимым повышением частоты родов в течение 24 часов после применения и снижением частоты кесарева сечения в сравнении с плацебо. Согласно актуальным клиническим рекомендациям Минздрава России (2021), применение динопростона для преиндукции родов при

доношенной беременности имеет высший уровень доказательности [Carlos De Bonrostro Torralba et al., 2019; H. Mendez-Figueroa, et al., 2021] [3, 9].

В научной литературе накоплен обширный массив данных по применению методов преиндукции и индукции родов при доношенной беременности. Согласно Клиническому протоколу №177 «Индукция родов» (Казахстан, 2022 г.), использование динопростона для преиндукции родов в доношенном сроке имеет высокий уровень убедительности и достоверности доказательств. Однако научная база по применению динопростона при недоношенной беременности существенно ограничена. Данный факт подчеркивает необходимость проведения дополнительных исследований для расширения фармакологического арсенала средств индукции родов у пациенток с преэклампсиями при недоношенном сроке гестации.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Анализ литературных источников, посвященных тяжелой преэклампсии и методам родоразрешения женщин при необходимости досрочных родов показал, что эти вопросы широко и глубоко изучаются. Тяжелые преэклампсии остаются одной из ведущих причиной материнской заболеваемости и смертности. В связи с этим на сегодняшний день исследователи изучают наиболее оптимальные сроки планирования родов, а также способов родов. В то же время остаются дискутабельными вопросы акушерских и перинатальных исходов женщин с преэклампсией позднего и доношенного сроков в зависимости от срока и способа родоразрешения. С одной стороны, индукция родов женщин с тяжелой преэклампсией предотвращает усугубление данного осложнения беременности. Одним из осложнений тяжелой преэклампсии, отнесенных к критическим состояниями женщин, является эклампсия. Эффективность в снижении неблагоприятных материнских и перинатальных исходов может быть достигнута при своевременной и эффективной перинатальной помощи. С другой стороны, рождение при этом недоношенных новорожденных увеличивает раннюю неонатальную заболеваемость и смертность.

Некоторые исследователи считают, что индукция родов у женщин с преэклампсией увеличивает частоту кесарева сечения. Согласно данным других исследований, у женщин с преэклампсией при индукции родов частота успешных родов через естественные родовые пути увеличивается с увеличением гестационного возраста, что снижает частоту кесарева сечения. Поэтому международное сообщество акушеров-гинекологов по изучению вопросов ведения пациенток с преэклампсией считает, что необходимо при выборе метода родоразрешения путем индукции родов принимать во внимание материнские, плодовые факторы и степень выраженности ангиогенного дисбаланса, что будет снижать неблагоприятные материнские и перинатальные исходы [J. Lai et al., 2021] [6].

Требуют дополнительного изучения вопросы общих показателей тяжелой материнской и неонатальной заболеваемости и смертности при индукции родов и запланированном кесаревом сечение.

Выбор метода индукции для женщин с тяжелой преэклампсией позднего срока и в доношенном сроке зависит от многих факторов – состояния шейки матки, состояния женщины, состояния плода. Этот аспект требует дальнейшего изучения, что поможет представить практическим врачам акушерам гинекологам дифференцированные подходы при принятии решения об индукции родов.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа была утверждена и выполнена в рамках реализации Национальных стратегий Республики Таджикистан, направленных на снижение материнской и перинатальной смертности. Научная работа связана с выполнением темы НИР акушерского отдела ГУ «ТНИИ АГ и П» МЗ СЗН РТ «Преждевременные роды: факторы риска, частота в зависимости от уровней учреждения, прогнозирование, диагностика, профилактика, лечение» (202-2027 гг) Регистрационный № 0123TJ1526.

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Изучить акушерские и перинатальные исходы женщин в зависимости от срока и способа родоразрешения для оптимизации подходов индукции родов женщин с преэклампсией позднего и доношенного сроков.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-анамнестические характеристики и особенности течения беременности женщин в зависимости от сроков развития преэклампсии.
2. Сравнить акушерские и перинатальные исходы женщин с преэклампсией в зависимости от сроков развития преэклампсии.
3. Сравнить эффективность и приемлемость индукции родов различных медикаментозных методов индукции женщин с поздней преэклампсией и преэклампсией доношенного срока.
4. Оптимизировать алгоритмы преиндукции и индукции родов у женщин с тяжелыми преэклампсиями в позднем и доношенном сроках.

Объект исследования. Объектом исследования явились беременные женщины с тяжелыми преэклампсиями, которым была оказана помощь в ГУ «ТНИИ АГ и П» МЗ СЗН РТ.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение клинико-социально анамнестической характеристики женщин с тяжелыми преэклампсиями, эффективности и приемлемости различных методов индукции родов с акцентом возможности применения аналога гландина Е2 при преэклампсиях позднего и доношенного сроков.

На основании полученных данных были оптимизированы подходы родоразрешения женщин с тяжелыми преэклампсиями.

Научная новизна исследования. Впервые представлены результаты дифференцированного анализа клинико-социально-анамнестических характеристик женщин в зависимости от сроков манифестации преэклампсии в условиях Таджикистана. Показано, что наиболее часто женщины с преэклампсиями любых сроков начала осложнения встречались у первородящих в возрастной подгруппе 18-25 лет. Социальными факторами развития преэклампсии любых сроков манифестации осложнения являются проживание в сельской местности, низкий уровень образования, низкий социальный статус и ограниченные возможности общаться в социальной среде, которые имеют одинаковую значимость для любого подтипа преэклампсии. Значимыми медицинскими факторами, имеющими различия у женщин в зависимости от времени начала преэклампсии являются частые ОРВИ в анамнезе, хроническая гипертензия и йоддефицитные состояния, а также сочетания отягощенного гинекологического анамнеза с экстрагенитальной патологией.

Изучены условия пренатального развития плода в зависимости от времени манифестации преэклампсии: обнаружена относительно сильная обратная корреляционная связь между воздействие фактора риска «ранняя преэклампсия» и компенсированными формами плацентарной недостаточности; установлена значимость относительного риска развития СЗРП у женщин с ранней преэклампсией.

Анализ акушерских исходов выявил значимую взаимосвязь между сроками манифестации преэклампсии и способом родоразрешения. У пациенток с ранней преэклампсией отмечено достоверное увеличение частоты оперативного родоразрешения путем кесарева сечения, при этом выявлена выраженная обратная корреляция между временем дебюта преэклампсии и частотой абдоминального родоразрешения. Выявлены отличия показаний для оперативного родоразрешения при родах через естественные родовые пути в группах женщин с различным сроком начала осложнения. Обнаружены статистически значимые различия частоты акушерских кровотечений у женщин с ранней преэклампсией за счет увеличения частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Доказано, что перинатальные исходы зависят от сроков реализации преэклампсии и основной вклад в неблагоприятные исходы вносят ранние преэклампсии, при которых статистически значимо повышается заболеваемость новорожденных (дыхательная недостаточность, асфиксия, травмы головного мозга) и ранняя неонатальная смертность по сравнению с поздними преэклампсиями и преэклампсией доношенного срока. Доказана клиническая эффективность и безопасность применения динопростона для индукции родов у женщин с преэклампсией позднего и доношенного срока.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Теоретические результаты исследования могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов, в системе непрерывного образования на уровне учреждений и при проведении дальнейших исследований по проблеме «тяжелые преэклампсии» и «индукция родов».

Преподаватели могут использовать результаты исследования при составлении лекций по акушерству и во время проведения практических занятий. Оптимизированные подходы родоразрешения женщин с тяжелыми преэклампсиями необходимы практическим врачам и будут использованы в их практической деятельности.

Положения, выносимые на защиту:

1. Выявлен ряд универсальных предикторов, характерных для всех подтипов преэклампсии, к которым относятся: молодой возраст (18-25 лет), первородящий статус, проживание в сельской местности, а также комплекс социальных факторов, включающих низкий образовательный уровень, недостаточный социальный статус и ограниченную социальную коммуникацию. При анализе медицинских характеристик обнаружена дифференциальная значимость ряда факторов в зависимости от времени манифестации преэклампсии. Особую роль играют рецидивирующие ОРВИ, хроническая артериальная гипертензия, дефицит йода, а также сочетанная патология репродуктивной системы и экстрагенитальных заболеваний.

2. Установлено наиболее неблагоприятное влияние преэклампсии ранних сроков на условия пренатального развития плода, акушерские и перинатальные исходы, что доказывают возрастающие значения соотношение количества женщин с нормальным кровотоком к количеству женщин с нарушениями кровотока по мере возрастания срока начала развития преэклампсии, статистически значимое снижение частоты женщин с компенсированными нарушениями женщин с ранней преэклампсией по сравнению с преэклампсией позднего и доношенного срока, значимый риск развития СЗРП при воздействие фактора «ранняя преэклампсия», различия в частоте кесарева сечения, показаний для оперативных родов через естественные родовые пути, акушерских кровотечений, показателей перинатальной смертности и ранней неонатальной заболеваемости.

3. Доказано, что выбор индукции родов женщин с преэклампсией позднего и доношенного сроков, предусматривающий дифференцированные и индивидуальные подходы, улучшает акушерские и перинатальные исходы.

Степень достоверности результатов диссертации обусловлены оптимальным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований с использованием современных

методов и публикациями в рецензируемых изданиях ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Представленные выводы основаны на научном анализе результатов изучения клинико-социальной-анамнестической характеристики женщин тяжелыми преэклампсиями, изучения показателей эффективности и приемлемости использования различных методов индукции родов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности:

Область исследования. Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан

По специальности 14.01.01. – акушерство и гинекология:

3.1.5. Отклонения в течение беременности: невынашивание, недонашивание и перенашивание плода: гестозы беременных; кровотечения во время беременности. Внематочная беременность, пузырный занос. Клиника, лечение, профилактика.

В работе изучены клинико-социально-анамнестическая характеристика, эффективность и приемлемость различных методов индукции родов женщин с тяжелой преэклампсией.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследования. Аспирантом выбор темы осуществлен при участие руководителя. Самостоятельно проведен обзор источников на русском и английском языках по теме диссертационной работы, определение цели и задач исследования, подготовка карт первичного материала, сбор и анализ первичного материала, статистическая обработка материала. Анализ полученных результатов, написание статей, диссертации и автореферата – совместно с руководителем. Публикации статей и выступление на конференциях – самостоятельно.

Апробация и реализация результатов диссертации. Материалы диссертации доложены на научно-практической конференции с международным участием «Репродуктивное здоровье Узбекистана: достижения и планы на будущее», Самарканд 23.09.2023г, на научно-практической конференции «Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и перинатологии», ГУ «ТНИИ АГ и П» МЗ СЗН РТ, Душанбе 25.11.2023 г., на Республиканской научно-практической конференции Хатлонского государственного медицинского университета (IV-ая ягодичная), «Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения» посвященная 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан 22.12.2023 г.

Основные положения диссертации внедрены в отделения реанимации и интенсивной терапии и специализированное акушерское отделение ГУ «ТНИИ АГ и П» МЗ СЗН РТ и в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Таджикский медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации

опубликовано 9 научных работ, в том числе 4 в научных журналах и изданиях, рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан и 1 в научном журнале, рецензируемом ВАК Узбекистана.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 142 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы о материалах и методах исследования, клинической характеристики обследованных женщин, глав с результатами собственных исследований, обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, включающего 156 источника. Диссертация иллюстрирована 15 рисунками и содержит 23 таблиц.

Основная часть исследования

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились беременные женщины с тяжёлой преэклампсией. Критериями диагностики тяжелой преэклампсии, согласно клиническому протоколу Республики Таджикистан (2018 год), явились цифры артериального давления систолическое 160 мм.рт.ст, диастолическое -110 мм.рт.ст и больше, протеинурия 3 и более г/л в суточной порции мочи или критерии гипертензии и протеинурии, соответствующие умеренной преэклампсии в сочетании с симптомами – головная боль, боль в эпигастральной области, тошнота, рвота, анасарка и изменениями биохимических анализов – повышенные уровни АлАТ, АсАТ, креатинина, мочевины. Критериями исключения были женщины после вспомогательных репродуктивных технологий, соматическая патология, являющаяся противопоказанием для родов через естественные родовые пути.

Ретроспективный материал был разделен на 3 группы: 1 – случаи преэклампсии раннего срока (до 34 недель беременности; п=60), 2 – случаи преэклампсиии позднего срока (34 – 37 недель беременности; п=101); 3 – случаи преэклампсии доношенного срока больше 37 недель беременности; п=79).

Проспективно обследованные женщины были разделены на подгруппы в зависимости от использованного препарата для индукции: А+О – амниотомия+ окситоцин (п= 71), М – мизопростол (п=58), Д – динопростон (п=51). Критериям исключения из обследованных групп женщин явились срок гестации до 34 недель+ 6 дней, неправильное положения плода, многоплодная беременность, миома матки, гемолитическая болезнь новорожденных, серьезные экстрагенитальные заболевания, критические нарушения гемодинамической функции плаценты, критические тяжелые преэклампсии, требующие быстрого родоразрешения путем кесарева сечения.

Методы исследования включали общеклиническое обследование женщин и акушерское исследование пациенток. Общеклинические лабораторные исследования включали в себя общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, уровни фибрина и

фибриногена. Общий анализ крови проводили на гемоанализаторе Mindray BC-20s. Общий анализ мочи определяли методом фотометрии на мочевом анализаторе. Для оценки функционирование почек определяли уровень креатинина и мочевины фотометрическим методом. В крови женщин нормальный уровень креатинина составляет 53-97 ммоль/л, мочевины в крови составляет 2,6-6,7 ммоль/л. Уровень общего билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы определяли в сыворотке крови методом фотоколорометрии. В норме уровень билирубина у женщин от 0,5 до 20,5 мкмоль/л, АлАТ до 31 Ед/л, АсАТ до 32 Ед/л.

Ультразвуковое исследование плода проводилось применением УЗИ-оборудования фирмы ALOKA-620. При ультразвуковом исследовании определяли предполагаемый срок беременности, положение, предлежание плода, предполагаемую массу тела, объём околоплодных вод (измерения карманов бокового и переднезаднего), наличие малого для данного срока размеров плода (фетометрия плода, включающая измерение бипариетального размера головки, окружность живота, окружность груди и длина бедренной кости). Для оценки состояния кровотока в системе «мать-плацента-плод» проводили допплерометрию маточных артерий и артерии пуповины, в которых измеряли систоло–диастолическое отношение, пульсационный индекс, индекс резистентности. Для выявления степени тяжести гемодинамических расстройств в системе маточно-плацентарно-плодового кровотока применялась классификация Б.С. Демидова (2000 год), которая включает три степени.

Всем женщинам, которым были запланированы роды путем индукции, проводили оценку шейки матки по модифицированной шкале Бишоп (RCOG, 2001), позволяющей оценить зрелость шейки матки по таким характеристикам, как раскрытие, длина, положение предлежащей части относительно седалищных остей, консистенция, положение относительно проводной оси таза. Оценка каждой характеристики проводилась по бальной системе от 0 до 3 балов. Затем балы суммировали и модифицировали: при преэклампсии, самопроизвольных родов в анамнезе добавляли 1 бал. При переношенной беременности; первых родах, преждевременном излитие вод отнимали 1 бал. Интерпретация балльной оценки зрелости шейки матки: «незрелая» - 0–5 баллов; «недостаточно зрелая»: 6–7 баллов; «Зрелая»: 8–13 баллов.

Статистическая обработка полученных данных проведена на компьютере 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 M±m, качественные показатели в виде частоты или долей (%). Для сравнения парных связанных выборок применяли критерий Вилкоксона. При парных сравнениях

использовали критерий x2 для таблиц 2x2с использованием критерия хи-квадрат с поправкой Йейтса. Для определения факторов влияния анализ проводили с помощью относительного риска (RR) с определением 95% доверительного интервала. Корреляционный анализ проводили с подсетом нормированного коэффициента Пирсона. Нулевая гипотеза отвергалась при уровне значимости a=0,05

Результаты исследования

В рамках исследования проведен сравнительный анализ клинико-социальных и анамнестических характеристик пациенток с тяжелой преэклампсией с учетом сроков манифестации заболевания. Наиболее часто женщины с преэклампсиями любых сроков начала осложнения встречались в возрастной подгруппе 18-25 лет (41,6%, 45,6%, 48,5%). Городских жительниц (15-6,3±1,6%) было в 15 раз меньше, что статистически значимо (t=38,6 p<0,001) отличалось по сравнению с показателем частоты жительниц сельской местности (225 – 87,7%). При анализе образовательного статуса исследуемой популяции выявлено достоверное преобладание пациенток со средним и средне-специальным образованием над женщинами с высшим образованием (93,8±1,6% против 6,3±1,6%, t=39,7, p<0,001). Примечательно, что распределение по уровню образования не зависело от времени манифестации преэклампсии (p>0,05), что указывает на преимущественно низкий образовательный ценз во всех исследуемых группах. Установлено статистически значимые (t=18,4; p<0,001) различия частоты женщин домохозяек (82,5±2,5%) по сравнению с работающими женщинами (17,5±2,5%). Ограниченный уровень образования и отсутствие возможности общаться в социальной среде является показателем низкого социального статуса, который способствует неблагоприятному протеканию беременности.

Наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями во всех группах обследованных женщин являлись частые ОРВИ в анамнезе и хроническая гипертензия. Статистически значимые различия между группами выявлены при сравнение частоты ОРВИ в группах 1 и 2 (критерий хи-квадрат=14,480; p<0,001) и в группах 2 и 3(критерий хи-квадрат=13,965; p<0,001). У пациенток с тяжелой преэклампсией, осложнившейся критическими состояниями, статистически значимо повышалась частота йоддефицитных состояний (хи-квадрат с поправкой Йейтса =67,222; p <0,001). Установлена относительно сильная обратная связь между паритетом и удельным весом женщин с преэклампсией (нормированное значение коэффициента Пирсона=0,460). Возможно, это можно объяснить идентифицированным фактором риска развития преэклампсии – молодой возраст беременной женщины. У пациенток с ранней преэклампсией выявлено частое сочетание гинекологической

патологии в анамнезе и экстрагенитальной патологией (ОРВИ, заболевания почек, йоддефицитные состояния и хроническая гипертензия).

Таблица 1. – Частота экстрагенитальных заболеваний в зависимости от времени начала тяжелой преэклампсии

группа / нозология	1 (n=60)	2(n=101)	3(n=79)	p
Частые ОРВИ	37-61,7%	89-88,1%	45-57%	**p1-p2** <0,001 **p1-p3** > 0,05 **p2-p3** <0,001
Заболевания почек	26 -43,3%	53-52,4%	43-54,4%	**p1-p2** > 0,05 **p1-p3** > 0,05 **p2-p3** > 0,05
анемия	3-5%	9-8,9%	4-5,1%	**p1-p2** > 0,05 **p1-p3** > 0,05 **p2-p3** > 0,05
хроническая гипертензия	3-5%	2-1,9%	3-3,8%	**p1-p2** > 0,05 **p1-p3** > 0,05 **p2-p3** > 0,05
Заболевания ЖКТ	2-3,3%	4-3,9%	1-1,3%	**p1-p2** > 0,05 **p1-p3** > 0,05 **p2-p3** > 0,05
Йоддефицитные состояния	1-1,7%	8-7,9%	8-10,1%	**p1-p2** > 0,05 **p1-p3** > 0,05 **p2-p3** > 0,05

Примечание: p1-p2 <0,05 - статистически значимое различие между группой 1 и группой 2; p1-p3<0,05 - статистически значимое различие между группой 1 и группой 3; p2-p3 <0,05 - статистически значимое различие между группой 2 и группой 3 при сравнении по хи-квадрат с поправкой Йейтса

Анализ критических осложнений тяжелой преэклампсии выявил их преимущественное развитие у пациенток с ранней манифестацией заболевания. В структуре жизнеугрожающих состояний преобладала эклампсия, диагностированная у 17 женщин (26,6%). HELLP-синдром зарегистрирован у 12 пациенток (20%), ELLP-синдром - у 7 (11,6%), отек легких развился в 6 случаях (10%), острая почечная недостаточность - в 5 (8,3%), печеночная недостаточность - в 3 (1,6%), ДВС-синдром осложнил течение заболевания у 2 женщин (3,3%). Отслойка нормально расположенной плаценты – у 6 (10%), неуправляемая гипертензия – у 2 (3,3%) – рисунок 1.

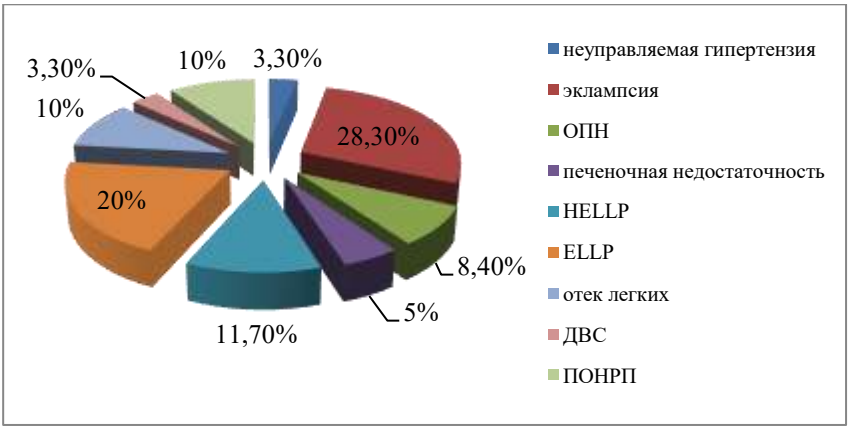


Рисунок 1. – Удельный вес осложнений тяжелой преэклампсии у женщин обследованных групп

При тяжелой преэклампсии ультразвуковое исследование является одним из обязательным методом исследования. Удельный вес женщин с тяжелой преэклампсией поздних сроков и нормальными показателями допплерометрии был в 16 раз больше, чем у женщин с ранней преэклампсией.

Таблица 2 - Распределение пациенток в зависимости от выраженности нарушений кровообращения в маточно-плацентарно-плодовой системе

Группа / Степень нарушений	1(n=35)	2(n=85)	3(n=33)	p
компенсированные	1(2,9%)	18(21,2%)	8(24,2%)	**p1-p2<0,05 p1-p3<0,05 p2-p3>0,05**
субкомпенсированные	28(80%)	61(71,8%)	25(75,8%)	**p1-p2>0,05 p1-p3>0,05 p2-p3>0,05**
декомпенсированные	4(11,4%)	6(7,1%)	0	**p1-p2>0,05**
Антенатальная гибель плода	2(5,7%)	0	0	

Примечание: p1-p2 <0,05 - статистически значимое различие между группой 1 и группой 2; p1-p3<0,05 - статистически значимое различие между группой 1 и группой 3; p2-p3 <0,05 - статистически значимое различие между группой 2 и группой 3 при сравнении по хи-квадрат с поправкой Йейтса

Установлена выраженная отрицательная корреляция между ранней преэклампсией и компенсированными формами плацентарной недостаточности (нормированный коэффициент Пирсона 0,520). При этом частота субкомпенсированных нарушений кровотока варьировала в диапазоне 71,8-80% без статистически значимых межгрупповых различий.

При тяжелой преэклампсии ультразвуковое исследование является одним из обязательным методом исследования. Ультразвуковое исследование, включая допплерометрию и фетометрию, проведено 153 женщинам, из которых 35 женщины с ранней преэклампсией, 85 женщин с преэклампсией позднего срока и 33 женщин с преэклампсией доношенного срока. Из количества 153 обследованных женщин с тяжелой преэклампсией, нормальные параметры допплерометрии установлены в 28 (18,3%) случаев. Распределение женщин с нормальными показателями допплерометрии в зависимости от времени начала преэклампсии представлены на рисунке 2.

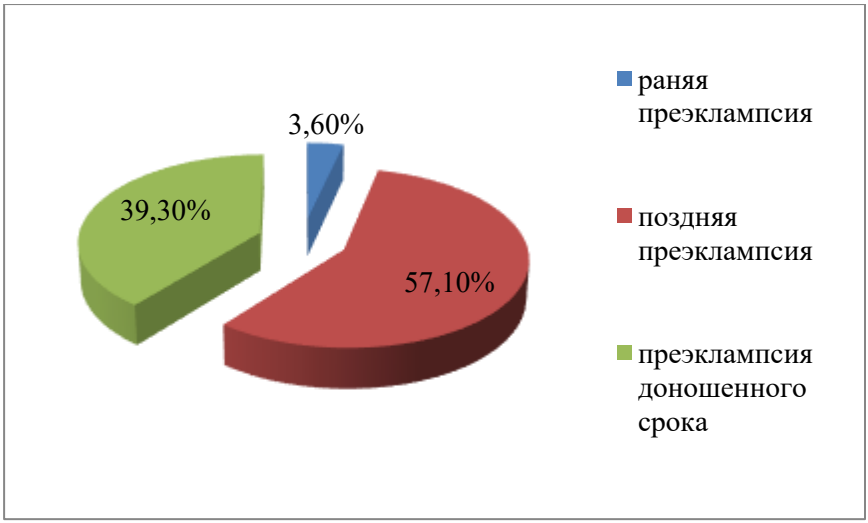


Рисунок 2. – Удельный вес женщин с нормальными показателями допплерометрии в зависимости от срока начала преэклампсии

Нормальные показатели допплерометрии были диагностированы в 1 (3,6%) случае ранних преэклампсий, в 16 (57,1%) случаях преэклампсии позднего срока и в 11 (39,3%) случаях преэклампсии доношенного срока. Удельный вес женщин с тяжелой преэклампсией поздних сроков и нормальными показателями допплерометрии был в 16 раз больше, чем у женщин с ранней преэклампсией.

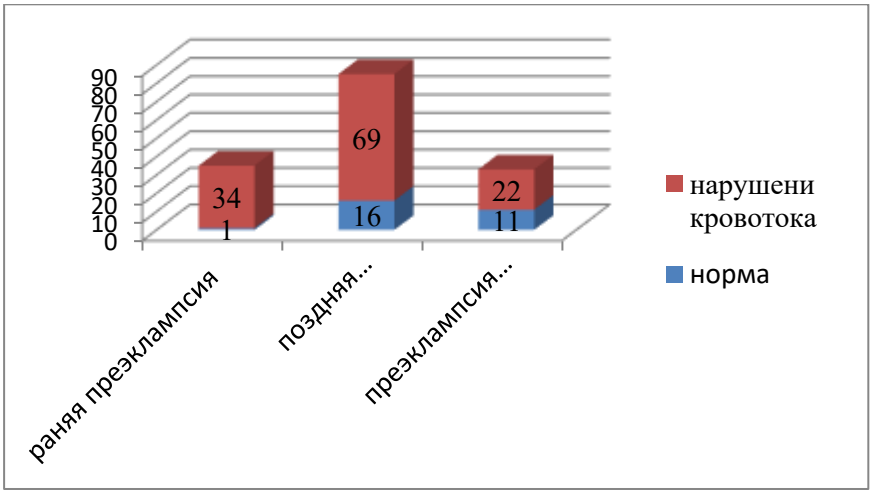


Рисунок 3. – Количество женщин с нормальным кровотоком и нарушениями кровотока у обследованных групп женщин

Относительный риск развития СЗРП при воздействии факторов «ранняя преэклампсия» составил 1,212 (ДИ 0,510-2,881).

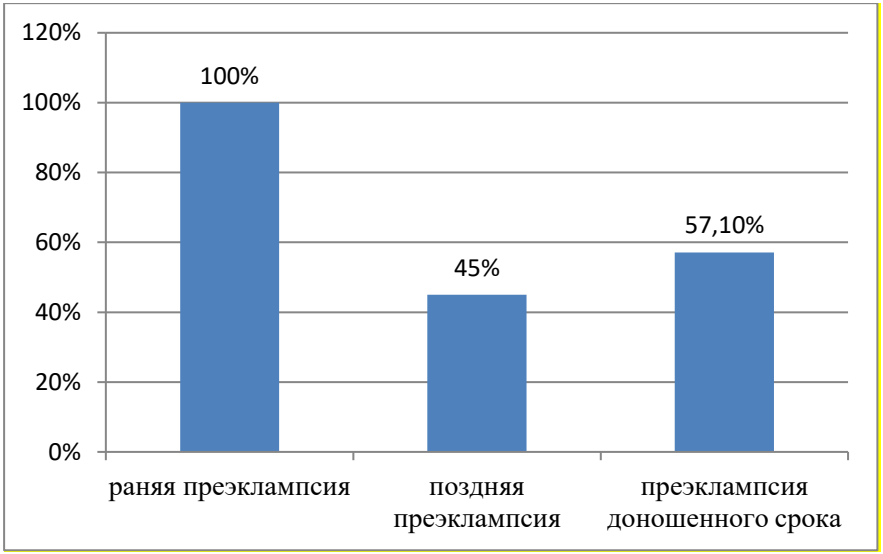


Рисунок 4. – Частота сочетания СЗРП с маловодием в группах обследованных женщин

Среди женщин с ранней преэклампсией в 2 случаях диагностирована антенатальная гибель плодов. Представленные результаты показывают, что наиболее неблагоприятное влияние на условия пренатального развития плода оказывает преэклампсия ранних сроков.

Операция кесарево сечение произведена у 66 (20,8%) обследованных женщин. Самостоятельные роды естественным путем произошли у 9(3,8%), запланированные путем индукции - у 165 (68,8%) женщин. Показаниями к операции кесарево сечение явились осложнения тяжелой преэклампсии: эклампсия в 11 (16,7%), злокачественная гипертензия – в 15(22,7%), HELLP синдром – в 14 (21,2%) случаях, почечная недостаточность – в 4 (6,1%) случаях, отек легких в 7 (10,6%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 8(12,1%) случаях. В случаях кесарево сечение последовало после начала индукции родов в результате: отсутствия эффекта от индукции родов 2(3%), дисстресса плода в 2 (3%) случаях, в результате затянувшейся активной фазы родов – в 2 (3%)случаях, обструктивных родов – в 1 (1,5%) случае (рисунок 5).

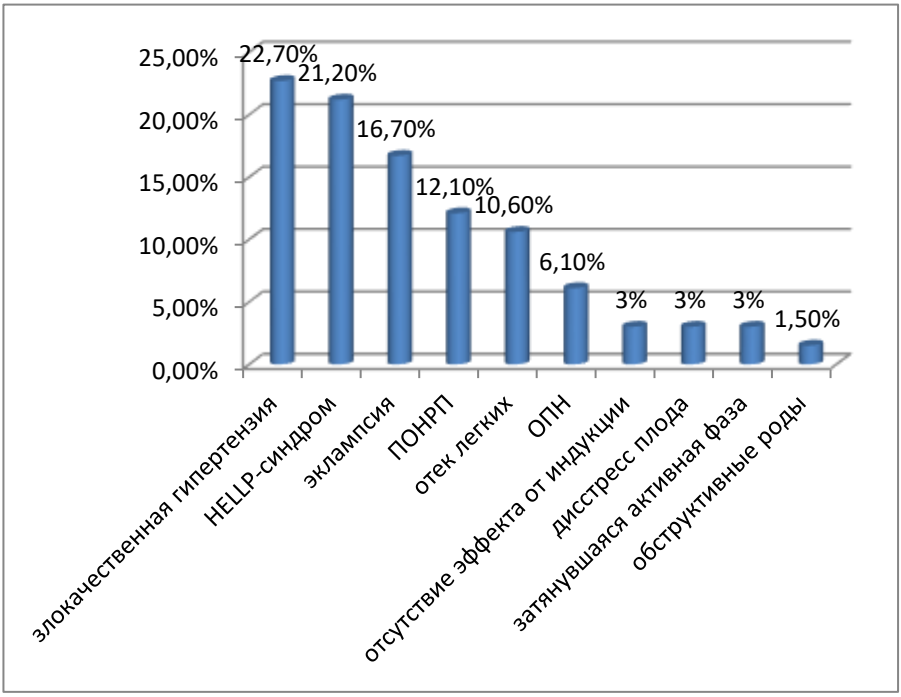


Рисунок 5. – Частота показаний к операции кесарево сечение в группах обследованных женщин

У женщин с ранней ПЭ частота кесарева сечения в 3 раза превышала соответствующий показатель женщин с ПЭ позднего и доношенного сроков, что статистически значимо (p< 0,001) было выше по сравнению с соответствующим показателем женщин поздней ПЭ (хи-квадрат с поправкой Йейтса = 92,762) и ПЭ доношенного срока (хи-квадрат с поправкой Йейтса = 69,329). Обнаружена обратная сильная корреляционная связь между частотой кесарева сечения и времени начала преэклампсии (нормированный коэффициент Пирсона 0,865). Также установлена относительно сильная связь (нормированное значение коэффициента Пирсона=0,409) между частотой кесарева сечения по показаниям появления опасных симптомов преэклампсии при воздействии фактора «ранняя преэклампсия».

Зависимость частоты кесарева сечения от времени начала преэклампсии представлена на рисунке 6.

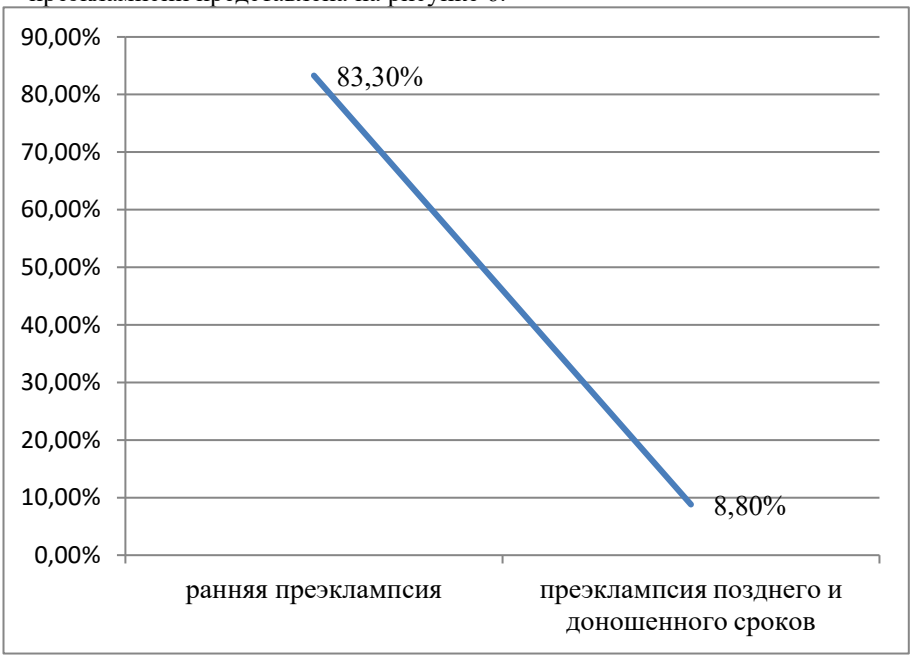


Рисунок 6. - Зависимость частоты кесарева сечения от времени начала преэклампсии

Частота акушерских кровотечений в первой группе продемонстрировала статистически значимые различия при сравнении со второй (χ^2 с поправкой Йейтса 10,983; p <0,001) и третьей группами (χ^2 с

поправкой Йейтса 7,692; p<0,05). При сравнительном анализе частоты акушерских кровотечений, обусловленных ПОНРП, установлено статистически значимое повышение данного показателя в группе с ранней преэклампсией (11,7%) по сравнению с группой поздней преэклампсии - 0,99% (χ^2 с поправкой Йейтса = 6,966; p<0,05). Статистически значимых различий в частоте послеродовых гипотонических кровотечений между группами обследованных женщин с различными сроками начала преэклампсии не установлены (хи-квадрат с поправкой Йейтса =2,285, 0,592; p>0,05). Послеродовый период осложнился септическим осложнениям (инфекция раны после операции кесарево сечение) у одной женщины с ранним началом преэклампсии.

Частота новорожденных с СЗРП составила 38,3% (23 новорожденных) в группе женщин с ранним началом преэклампсии, 19,8% (20 новорожденных) в группе женщин с поздней преэклампсией и 8,9% (7 новорожденных) в группе женщин с преэклампсией доношенного срока. При этом ультразвуковым методом во время беременности женщинам с ранней преэклампсией СЗРП было диагностировано в 9 случаях из 35 ультразвуковых исследований, что составило 25,7%. Установлено статистически значимое увеличение частоты СЗР новорожденного женщин группы 1 по сравнению с соответствующим показателем в группах 2 (хи-квадрат с поправкой Йейтса=5,691; p< 0,05) и 3 (хи-квадрат с поправкой Йейтса=15,804; p< 0,001).

При изучении структуры ранней неонатальной заболеваемости выявлено преобладание дыхательной недостаточности, частота которой варьировала от 7,6% до 27,6%. При этом выявлено статистически значимое повышение частоты респираторных нарушений у новорожденных первой и второй групп по сравнению с третьей группой (χ^2 с поправкой Йейтса = 7,934; p<0,001). В асфиксии различной степени родились 9 новорожденных матерей с преэклампсией ранних сроков, 2 новорожденных с преэклампсией позднего срока и 1 новорожденный с преэклампсией доношенного срока. Установлена обратная связь средней силы между воздействием фактора срок реализации преэклампсии и частоты асфиксии новорожденных (нормированный коэффициент Пирсона= 0,342). Выявлено статистически значимое увеличение частоты травм головного мозга новорожденного в группе матерей с ранней преэклампсией по сравнению с поздней ПЭ и ПЭ доношенного срока (хи-квадрат с поправкой Йейтса= 7,774; 13,237; p <0,05, p<0,001).

Статистически значимых различий в показателях антенатальной и интранатальной гибели плодов в группах обследованных женщин не установлено (p>0,05). Выявлено статистически значимое (p <0,05) повышение частоты РНС в группе женщин с ранней преэклампсией по сравнению с соответствующим показателем в группе женщин с поздней преэклампсией (хи-квадрат с поправкой Йейтса=10,391).

Полученные результаты показывают, что выбор метода родоразрешения женщин с ранней преэклампсией необходимо проводить с тщательной оценкой состояния женщины, принимая во внимание индивидуальные подходы. Поэтому дальнейшее наше исследование было посвящено сравнению эффективности различных медикаментозных методов индукции родов женщин с преэклампсией поздних и доношенного сроков. Показано, что наибольшей была продолжительность от начала индукции до начала родов в группе женщин, которым использовали мизопростол, наименьшей – у женщин индукция которым проведена окситоцином. Распределение обследованных женщин по степени зрелости шейки матки показало наличие статистически значимых различий в частоте женщин с различными характеристиками шейки матки, оцененной по модифицированной шкале, Бишоп: группе женщин, которым использовали мизопростол и динопростол, преобладали женщины с незрелой шейкой матки. В группе женщин, индукция родов которым проводилась окситоцином, женщины имели недостаточно зрелую (91%) и зрелую (9,9%) шейку матки. Анализ временных параметров выявил достоверное увеличение исследуемого показателя в группах М и Д по сравнению с группой О ($p < 0,001$). В группе с применением динопростона отмечено статистически значимое сокращение среднего интервала от начала индукции до появления схваток ($t=2,2$; $p<0,05$), который был на 2 часа короче по сравнению с группой М. Отсутствие различий в частоте незрелой шейки матки в этих группах (Д и М) и сокращение времени от начала индукции до начала родов динопростоном, подтверждает большую эффективность при использование аналога простагландина Е2 для индукции родов женщин с преэклампсиями поздних и доношенного сроков.

Для оценки безопасности индукции родов гландином Е2 женщин с преэклампсией поздних сроков нами проведено сравнение параметров эффективности индукции (начало регулярных схваток) в зависимости от состояния шейки матки. У пациенток с поздней преэклампсией оценка в 7 баллов отмечена в 30,8±7,4% случаев (12 женщин), в 8 баллов - в 69,2±7,4% случаев (29 женщин). В группе с преэклампсией доношенного срока аналогичные показатели составили 35±10,7% (7 женщин) и 65±10,7% (13 женщин) соответственно. Распределение женщин с поздним началом преэклампсии и преэклампсией доношенного и индукцией родов динопростоном срока по степени зрелости шейки матки показало отсутствие статистически значимых различий в частоте женщин с «незрелой» и недостаточно «зрелой» шейкой матки (хи-квадрат с поправкой Йейтса=1,077; $p>0,05$).

Таблица 3. – Показатели эффективности преиндукции и индукции с использованием динопростона у женщин с преэклампсией позднего и доношенного сроков.

подгруппа / показатель	Д-1 (п=31) – женщины с ПЭ позднего срока	Д-2 (п=20) – женщины с ПЭ доношенного срока	U-критерий Манна-Уитни	Р
продолжительность от начала индукции до начала родов (час)	от 7,8 до 18,3	от 5,3 до 17,4	90,5	<0,05
продолжительность родов (час)	от 4,8 до 16,2	от 5,4 до 17,4	193,5	>0,05

Примечание: р- статистически значимое различие (Критическое значение U-критерия Манна-Уитни при заданной численности сравниваемых групп составляет 119)

Сравнительный анализ временных параметров индукции родов выявил достоверное увеличение интервала между началом применения динопростона и развитием родовой деятельности у пациенток с поздней ПЭ по сравнению с женщинами с ПЭ доношенного срока. При этом общая продолжительность родового процесса не имела существенных различий между исследуемыми группами (таблица 2).

В случаях незрелой и недостаточно зрелой шейки матки использование динопростона сокращает время начало индукции – начало регулярных схваток в среднем на 3 часа по сравнению с мизопростолом. Отсутствие достоверных различий процента женщин, у которых начиналась родовая деятельность при недостаточно зрелой шейке матки после использования динопростона в зависимости от срока родоразрешения, доказывают безопасность применения динопростона для преиндукции и индукции родов у женщин преэклампсией позднего срока.

Механизм действия динопростона, являющегося синтетическим аналогом простагландина Е2, основан на физиологическом процессе увеличения концентрации последнего в клетках плодных оболочек области внутреннего зева к сроку родов. Препарат стимулирует секрецию коллагеназы, эластазы и гиалуроновой кислоты в шейке матки, что обеспечивает ее созревание, а также активирует сократительную деятельность матки. Результаты нашего исследования демонстрируют, что применение динопростона характеризуется постепенным развитием родовой деятельности, синхронизированным с процессом созревания шейки матки. Особую значимость данный механизм приобретает при

преиндукции и индукции родов в сроке недоношенной беременности, что требует щадящее ведение родов при необходимости досрочного родоразрешения и является ключевым фактором оптимизации показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

Изучение акушерских и перинатальных исходов в зависимости от способа индукции родов показало, что при индукции родов динопростоном операцией кесарево сечение закончились 5(9,8%), мизопростолом 6 (10,3%), окситоцином 5 (7,0%) родов. Кровотечения ввиду ПОНРП (1 случай) диагностированы в группе женщин с индукцией мизопростолом. Гипотонические кровотечений в послеродовом периоде диагностированы в группе М (2 случая) и группе Д (1 случай). Усугубление преэклампсии после родов отмечалось у женщины из группы М. Средняя кровопотеря в родах и в течение первых 2-х часов после родов статистически значимо не отличалась во всех группах обследованных женщин. Полученные нами результаты показывают, что акушерские исходы при применение изученных нами медикаментозных методов индукции не имеют статистически значимых (p>0,05) отличий.

Таблица 4. – Частота осложнений в родах, в послеродовом периоде и оперативного родоразрешения в группах обследованных женщин

группа / показатель	М (п=58)	Д (п=51)	О (п=71)	p
Слабость родовой деятельности	1(1,7%)	2(3,9%)	0	p>0,05
Дистресс плода	1(1,7%)	2(3,9%)	5(7,04%)	p>0,05
Кесарево сечение	6(10,3%)	4(7,8%)	5(7,04%)	p>0,05
гиперстимуляция	0	0	0	p>0,05
Послеродовые кровотечения	2(3,4%)	1(1,9%)	0	p>0,05
Вакуум-экстракция плода	2(3,4%)	2(3,9%)	6(8,6%)	p>0,05
Осложнение преэклампсии	0	1(1,9%)	0	p>0,05
Средняя кровопотеря в родах(мл)	319,6±34,5	287,7±17,6	292,6±43,8	p>0,05

Сравнительный анализ не выявил статистически значимых межгрупповых различий в количестве новорожденных с различными балльными оценками (p>0,05). В группах обследованных женщин зарегестрированы случаи перинатальной смертности: 2 случая интранатальной гибели плода в группе М и О, 1 случай ранней неонатальной смертности – в группе Д.

Алгоритм выбора метода индукции родов



Таким образом, оптимизация родоразрешения женщин с тяжелой преэклампсией способствует улучшению качества помощи матерям и детям, что в настоящее время является приоритетным направлением для достижения Целей устойчивого развития тысячелетия.

Выводы

Основные научные результаты

1. Факторами, способствующими развитию тяжелых преэклампсий любых сроков реализации, являются низкий уровень образования (93,8±1,6%; p<0,001), сельское место жительства (93,8±1,6%; p<0,001), ограничение общения в социуме женщин домохозяек (82,5±2,5%; p<0,001), первые роды (r=0,460) [7-А].

2. Наиболее часто встречающимися экстрагенитальными заболеваниями женщин с тяжелой преэклампсией являются частые ОРВИ в анамнезе (71,3%), заболевания почек (51,7%). У женщин с ранним и поздним началом преэклампсии статистически значимо повышается частота ОРВИ по сравнению с соответствующим показателем женщин с преэклампсией доношенного срока (критерий хи-квадрат=13,965; p <0,001). Кумулятивный эффект воздействия сочетания гинекологической патологии с экстрагенитальными заболеваниями в анамнезе проявляется развитием более тяжелых форм преэклампсии [7-А, 9-А].

3. Наиболее неблагоприятное влияние на условия пренатального развития плода оказывает преэклампсия ранних сроков, что доказывают статистически значимое снижение частоты (хи-квадрат с поправкой Йейтса=4,944; p< 0,05), и степени тяжести нарушений гемодинамической функции плаценты (относительно сильная обратная корреляционная связь r=0,520 между воздействие фактора риска «ранняя преэклампсия» и компенсированными формами плацентарной недостаточности женщин, повышенный риск развития СЗРП при воздействие фактора «ранняя преэклампсия» (RR=1,212 ; ДИ 1,110-2,881) [7-А, 9-А].

4. Перинатальные исходы зависят от сроков реализации преэклампсии и основной вклад в неблагоприятные показатели перинатальных исходов вносят ранние преэклампсии, что подтверждается статистически значимыми изменениями показателей: увеличение частоты СЗРП (хи-квадрат с поправкой Йейтса=15,804; p< 0,001), статистически значимое частоты дыхательной недостаточности (хи-квадрат с поправкой Йейтса=7,934; p< 0,001), травм головного мозга(хи-квадрат с поправкой Йейтса= 13,237; p<0,001) новорожденных матерей с ранней преэклампсией женщин по сравнению с соответствующими показателями в группах женщин с преэклампсией поздних сроков, частота РНС (хи-квадрат с поправкой Йейтса=10,391). Установлена обратная связь между воздействием фактора «срок реализации преэклампсии» и частоты асфиксии новорожденных (нормированный коэффициент Пирсона= -0,342) [4-А].

5. Зависимость акушерских исходов от сроков реализации тяжелой преэклампсии доказывают статистически значимое ($p<0,001$) повышение частоты кесарева сечения (хи-квадрат с поправкой Йейтса = 92,762), акушерских кровотечений (хи-квадрат с поправкой Йейтса 10,983) у женщин с ранней преэклампсией (75,8%) по сравнению с преэклампсией более поздних сроков (24,2%), обратная сильная корреляционная связь между частотой кесарева сечения (r= -0,865), относительно сильная прямая связь (r=0,409) между частотой появления опасных симптомов преэклампсии и временем начала преэклампсии [3-А].

6. Сравнительный анализ эффективности различных методов индукции родов у пациенток преэклампсией поздних и доношенного сроков при незрелой и недостаточно зрелой шейке матки выявил достоверное сокращение интервала "индукция-схватки" при использовании динопростона по сравнению с мизопростолом (13,9±0,2 часа и 16,9±1,3 часа, $p<0,05$), что подтверждает преимущество применения аналога простагландина Е2. Безопасность использования динопростона для индукции родов в поздние недоношенные сроки подтверждается отсутствием значимых различий в частоте развития родовой деятельности при недостаточно зрелой шейке матки в зависимости от срока родоразрешения (30,8±7,4% и 35±10,7%) [1-А, 2-А, 8-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Женщинам с тяжелой поздней преэклампсией и преэклампсией доношенного срока показано родоразрешение после проведения неотложной акушерской помощи.
2. При выборе метода индукции родов провести оценку состояния шейки матки по модифицированной шкале Бишоп (МШБ) и оценить наличие противопоказаний для индукции родов.
3. Индукцию родов следует проводить после добровольного информированного согласия женщины.
4. При консультировании женщин с преэклампсией поздних недоношенных и доношенных сроков и незрелой (0-5 баллов) шейки матки представить информацию об эффективности и безопасности индукции динопростоном. При недостаточно зрелой шейке матки (6-7 балов) проводить консультирование о возможности применения мизопростола и динопростола с предоставлением информации о недостатках и преимуществах каждого из этих препаратов. При этом выбор остается за женщиной.
5. При выборе метода индукции преждевременных родов женщин с преэклампсией позднего срока рекомендовано учитывать механизм действия метода, интервал времени достижения эффекта, противопоказания к использованию и возможность

комбинации с другими методами.

6. Необходимо постоянное наблюдение за женщинами, которым проводится индукция родов окситоцином, мизопростолом и динопростоном.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Dinoprostone in the Induction of Labor in Women with Late and Term Preeclampsia / М.Я. Камилова., Ф.Р. Ишан-Ходжаева., М. Киёмиддинзода // Central Asian journal of medical and natural sciences. 2023. - № 4. – С. 107-114.

[2-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Методы индукции родов женщин с тяжелой преэклампсией (обзор литературы) / М.Я. Камилова, Б.К. Коимдодова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева, М. Киёмиддинзода // Журнал: Вестник Авиценны. Душанбе - 2023. - №3. – С. 380-389.

[3-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Сравнение результатов различных методов досрочного родоразрешения женщин с тяжелыми преэклампсиями в сроки после 34 недель беременности / М. Киёмиддинзода //Наука и инновация. 2025. - № 1. – С. 73-83.

[4-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Акушерские исходы у женщин с реализацией осложнений преэклампсии в различные сроки/М.Я. Камилова, М. Киёмиддинзода // Мать и дитя. – 2025. - №1. – С. 9-17.

[5-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Перинатальные исходы у женщин с преэклампсией различного срока реализации / М. Киёмиддинзода // Мать и дитя. – 2025. - №2. – С. 5-12.

Статьи и тезисы в сборниках материалов сьездов и конференций

[6-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Использование простогландинов для индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией (обзор литературы) / З.М. Абдусамадзода, М. Киёмиддинзода // Журнал: Мать и Дитя. Душанбе. - 2023. - №1. – С. 5 – 11.

[7-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Клинико – социально – анамнестическая характеристики женщин с критической тяжелой преэклампсией / Г.К. Давлатзода, Ф.Р. Ишан–Ходжаева, М. Киёмиддинзода // Журнал: Мать и Дитя. Душанбе - 2023. - №4. – С. 36 – 43.

[8-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Индукция родов женщин с преэклампсией поздних сроков / М. Киёмиддинзода // Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения. Республиканская научно – практическая конференция ГОУ «ХГМУ» (IV – ая годичная). Душанбе 22.12. 2023г. – С. 64-65.

[9-А]. Мадинаи Киёмиддинзода. Частота тяжелых преэклампсией и осложнений тяжелых преэклампсий в стационаре 3-го уровня Таджикистана / М.Я., Камилова, М. Киёмиддинзода, Ш.Ш. Амонова // Журнал: Мать и Дитя. Душанбе - 2024. - №1. – С. 16– 21.

Доклады на съездах и конференциях

1. Мадинаи Киёмиддинзода. Динопростон в индукции родов женщин с преэклампсией позднего и доношенного сроков. Научно-практической конференции с международным участием «Репродуктивное здоровье Узбекистана: достижения и планы на будущее», Самарканд, 23.09.2023 г.
2. Мадинаи Киёмиддинзода. Клинико – социально – анамнестическая характеристики женщин с критической тяжелой преэклампсией. Научно-практической конференции «Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и перинатологии», НИИ АГ и П РТ, 25.11.2023 г.
3. Мадинаи Киёмиддинзода. Индукция родов женщин с преэклампсией поздних сроков. Республиканская научно-практическая конференция «ХГМУ» (IV-ая ягодичная), «Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения» посвященная 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан 22.12. 2023 г.

Перечень сокращений и условных обозначений

ВАК	Высшая аттестационная комиссия
ГУ «ТНИИ АГ и П»	Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»
ГОУ	Государственное образовательное учреждение
МШБ	Модифицированная шкала Бишоп
МЗ СЗН РТ	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
НИР	Научно-исследовательская работа
ОРВИ	Острая респираторная вирусная инфекция
ПЭ	Преэклампсия
ПОНРП	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
РДС	Респираторный дистресс-синдром
РНС	Ранняя неонатальная смертность
СЗРП	Синдром задержки роста плода
УЗИ	Ультразвуковое исследование
HELLP –	Hemolysis, Elevated Liver enzyme levels, Low Platelet count (Гемолиз, повышение активности ферментов печени, тромбоцитопения)
WHO –	World Health Organization (ВОЗ)

МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ
«ПАЖӮҲИШГОҲИ АКУШЕРӢ, ГИНЕКОЛОГӢ ВА
ПЕРИНАТОЛОГИИ ТОҶИКИСТОН»

ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

УДК 618.39.-089.888.14

Бо ҳуқуқи дастнавис

МАДИНАИ КИЁМИДДИНЗОДА

МУНОСИБАТГАРДОНИИ УСУЛҲОИ ТАВАЛЛУДКУНОНИИ ЗАНОН БО ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ВАЗНИН

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.01 – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Душанбе – соли 2025

Таҳқиқоти илмӣ дар бахши акушерии Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Камилова Марҳабо Ёдгоровна**
доктори илмҳои тиб, дотсент, роҳбари бахши акушерии МД «ПАГ ва ПТ»-и ВТ ҲИА ҶТ

Муқарризони расмӣ: **Узакова Урунбиш Ҷурабоевна**
номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Рафиева Зарина Ҳамдамовна
доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон »

Муассисаи пешбар : МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия рӯзи «_____»_____с. 2025 соати «____» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-006 дар назди Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар суроғаи 734002, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Мирзо Турсунзода 31 баргузор мегардад, sh.tabarovna@mail.ru; телефон – 918691668.

Бо рисола дар китобхона ва сомонаи расмии (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 илмии шӯрои диссертатсионӣ номзади илмҳои тиб **Муминова Ш.Т.**

МУҚАДДИМА

Мубрами мавзӯи таҳқиқот. Ҳоло дар тамоми ҷаҳон сатҳи индуксияи таваллуд афзуда истодааст ва дар кишварҳои рушдёфта ин нишондиҳанда тақрибан 25%-ро ташкил медиҳад. Индуксияи таваллуд пешгирии мураккабиҳоеро дар назар дорад, ки метавонанд бо пешрафти ҳомиладорӣ шиддат ёбанд. Аз ин нуқтаи назар, индуксияи таваллуд вазъи модар ва кӯдакро дар ҳолатҳои гуногуни бемориҳои экстрагениталӣ ва мураккабиҳои ҳомиладорӣ беҳтар намуда, ба кам шудани шумораи ҷарроҳии буриши қайсари мТУСидат мекунад [С.А. Васильев ва ҳамкорон, 2021] [1].

Преэклампсия як ҳолати патологии мураккаб мебошад, ки бо осеби полиорганӣ тавсиф мегардад, ки дар он гипертензияи артериявӣ бо дахолати як ё чанд системаи организми модар ва/ё кӯдак мушоҳида мешавад ва ин ҳолат талабгори таваллуди бармаҳал мебошад. Меъёрҳои ташхисӣ ва таснифи дараҷаҳои шиддати ин мураккабии ҳомиладорӣ мавзӯи баҳсҳои илмӣ боқӣ мемонад. Мувофиқи назарияҳои муосир, ки бар асоси тавсияҳои Институти миллии тандурустӣ ва таҷрибаи пешрафтаи нигоҳубин таҳия шудаанд, нишондиҳандаҳои анъанавии ташхисӣ — сатҳи фишори хун ва протеинурия — омилҳои ягонаи муайянкунандаи дараҷаи ҳолати беморӣ нестанд. Ба аломатҳои клиникӣ, ба монанди коҳиши миқдори тромбоцитҳо, норасогии фаъолияти ҷигар ва гурдаҳо ва инчунин дардҳои эпигастралӣ диққати махсус дода мешавад. Ҳатто дар ҳолати баландшавии меъёри миёнаи фишори хун, омезиши ин аломатҳо бояд ҳамчун нишонаи преэклампсияи вазнин арзёбӣ шуда, табобати пешбурди мувофиқро талаб намояд, новобаста аз мавҷудияти протеинурия. Дар чанд кишвар аломатҳои мустақили иловагии дараҷаи шиддати преэклампсия манфиати беморӣ то ҳафтаи 32-34-уми гестатия ва нишонаҳои синдроми сусинкишоёбии дохили батнии тифл ҳисобида мешаванд. Ҷолиб аст, ки танҳо протеинурия бе аломатҳои клиникии ҳамрадиф, ҳамчун омили пешгӯии натиҷаҳои ҳомиладорӣ ҳам аз ҷониби модар ва ҳам кӯдак арзёбӣ намешавад [Каптильный В. А., 2020; Poon L.C. ва дигарон, 2021; Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019] [2, 8].Муолиҷаи преэклампсияи вазнин пешгирии ихтилоҷҳо (муолиҷаи магнезия) ва пешгирии хунрезӣ ба майна (муолиҷаи антигипертензивӣ) дар бар мегирад. Ҳамзамон, дароз кардани муддати ҳомиладорӣ барои пешгирии синдроми норасоии нафаскашии кӯдак (СДР) низ ба нақша гирифта мешавад. Усули аслӣ ва муоссири муолиҷаи преэклампсияи вазнин таваллуди бармаҳал мебошад, ки афзалият ба таваллуд тавассути роҳи табиӣ дода мешавад. Дар баъзе ҳолатҳо нишондиҳандаҳои акушерӣ барои иҷрои ҷарроҳии

буриши қайсари ва инчунин аворизҳои преэклампсияи вазнин, ба монанди эклампсия ва синдроми HELLP мавҷуданд [У.Д. Узакова ва ҳамкорон, 2015] [4].

Преэклампсияи вазнин мақоми пешсафро дар сохтори сабабҳои фавти модарӣ ишғол мекунанд. Одатан ташхиси саривақтӣ, бистарикунони ва таваллуди занон бо преэклампсияи вазнин имкониятҳои коҳиш додани рушди ҳолатҳои вазнин ва фавти модариро фароҳам меоранд. Аз ин рӯ, омӯзиши усулҳои мақбултарини индуксияи таваллуд дар занон бо преэк-лампсияи вазнин дар даврaҳои гуногуни гестация яке аз самтҳои хеле муҳим ва актуалии таҳқиқоти илмӣ мебошад [WHO systematic analysis,2023] [10].

Маълум аст, ки оғоз, ҷараён ва натиҷаи таваллуд дар таваллуд бо усули индуксия ба ду омил вобаста аст — тайёршавии гарданаки бачадон ва кашишхурии миометрий. Раванди физиологии таваллуд бо тайёршавии гарданаки бачадон пеш аз оғози кашишхурии миометрий тавсиф мешавад, ки ин омил бояд ҳангоми ташвиқи таваллуд ба назар гирифта шавад. Дараҷаи тайёршавии гарданаки бачадон омили муайянкунанда барои муваффақияти индуксияи таваллуд ҳам дар ҳомиладории бо мӯҳлат ва ҳам пеш аз мӯҳлат мебошад. Барои баходихии тайёршавии новаи севрикалӣ бештар ҷадвали тағйирёфтаи Бишоп истифода мешавад, ки ҳамчун маводи дер таҷрибаи акушерӣ эътироф шудааст [Клинические рекомендации «Индукция родов» Таджикистан, 2023, 46 с; 1. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018] [3, 9].

Дар таҷрибаи муосири акушерӣ барои пешиндуксияи таваллуд усулҳои гуногуни фармакологӣ истифода мешаванд, ки дар байни онҳо нақши асосӣ ба динопростон — аналоги синтетикии простагландин Е2 дода мешавад. Истифодаи таҳқиқоти физиологии он афзоиши табиии консентратсияи простагландин Е2 дар ҳуҷайраҳои пардаи назди тифли дар минтақаи новаи дохилӣ ба мӯҳлати таваллуд мебошад. Механизми амалияи динопростон тавассути ду роҳи асосӣ амалӣ мегардад: стимулятсияи синтези коллагеназа, эластаза ва кислотаи гиалуронӣ, ки барои тайёршавии гарданаки бачадон заруранд, ва инчунин фаъолсозии қобилияти кашишхурии миометрий тавассути таъсир ба каналҳои калсий ва метаболизми аденозинмонофосфати цикликӣ. Усули алтернативӣ истифодаи мефипристон аст, ки тавассути механизми антипрогестеронӣ амал мекунад. Самаранокии истифодаи динопростон бо афзоиши статистикӣ басомади таваллуд дар давоми 24 соат пас аз истифода ва коҳиши басомади ҷарроҳии кесарево дар муқоиса бо плацебо тасдиқ шудааст. Мувофиқи тавсияҳои клиникии муосири Вазорати тандурустии Федератсияи Русия (2021), истифодаи

динопростон барои пешиндуксияи таваллуд дар ҳомиладории бо мӯҳлат дараҷаи баланди далелнокӣ дорад [Carlos De Bonrostro Torralba et al., 2019; H. Mendez-Figueroa ва дигарон, 2021] [5, 7].

Дар адабиёти илмӣ маҷмӯи васеи маълумотҳо оид ба истифодаи усулҳои пешиндуксия ва индуксияи таваллуд дар ҳомиладории бо мӯҳлат ҷамъоварӣ шудааст. Мувофиқи Протоколи клиникӣ №177 «Индуксияи таваллуд» (Қазоқистон, соли 2022), истифодаи динопростон барои пешиндуксияи таваллуд дар мӯҳлати расида дараҷаи баланди исбот ва эътимоднокии далелҳоро дорад. Бо вуҷуди ин, базаи илмӣ оид ба истифодаи динопростон дар ҳомиладории пеш аз мӯҳлат ба таври назаррас маҳдуд аст. Ин воқеият зарурати гузаронидани таҳқиқоти иловагиро барои васеъ намудани арсенали фармакологии воситаҳои индуксияи таваллуд дар беморзанони дорои преэклампсия дар мӯҳлати норасоиди ҳомиладори талаб мекунад.

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Таҳлили манбаъҳои адабиётӣ, ки ба преэклампсияи вазнин ва усулҳои таваллуд дар занон бо зарурати таваллуди пеш аз мӯҳлат бахшида шудаанд, нишон дод, ки ин масъалаҳо васеъ ва амиқ омӯхта шудаанд. Преэклампсияҳои вазнин яке аз сабабҳои асосии беморӣ ва фавти модарӣ боқӣ мемонанд. Дар робита ба ин, то имрӯз муҳаққиқон мӯҳлатҳои оптималии банақшагирии таваллуд ва усулҳои таваллудро меомӯзанд. Ҳамзамон, масъалаҳои натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар занони дорои преэклампсия новобаста аз муҳлати ҳомиладори ва усули таваллуд то ҳол баҳсбарангез боқӣ мемонанд. Аз як тараф, индуксияи таваллуд дар занони бо преэклампсияи вазнин метавонад аз авориз ёфтани ҳомиладориро пешгирӣ намояд. Яке аз мураккабиҳои преэклампсияи вазнин, ки ба ҳолатҳои критики шомил аст, эклампсия мебошад. Самараноки дар коҳиши натиҷаҳои номатлуби модарӣ ва перинаталӣ метавонад тавассути самараноки саривақт ёрирасонии перинатали ба даст оварда шавад. Аз тарафи дигар, таваллуди навзодони пеш аз мӯҳлат боиси афзоиши бемории неонаталии аввалин ва фавтиёти он мегардад.

Баъзе муҳаққиқон бар онанд, ки индуксияи таваллуд дар занони дорои преэклампсия басомади ҷарроҳии буриши қайсариро зиёд мекунад. Аммо мувофиқи маълумоти дигар таҳқиқотҳо, дар занони бо преэклампсия афзоиши мӯҳлати гестатсионӣ басомади таваллудҳои муваффақ тавассути роҳи табиӣ зиёд шуда, ин ба коҳиши басомади буриши қайсари мТУСидат мекунад. Аз ин рӯ, ҷомеаи байналмилалии акушерон ва гинекологҳо оид ба идораи омузиши пешбурди бо преэклампсия бар онанд, ки дар интихоби усули таваллуд тавассути индуксия бояд омилҳои модарӣ, кӯдакӣ ва дараҷаи баёнёбии дисбаланси ангиогенӣ ба назар гирифта шаванд, ки ин ба коҳиши

натиҷаҳои номатлуби модарӣ ва перинаталӣ мТУСидат мекунад [J. Lai et al., 2021] [6].

Масъалаҳои умумии нишондиҳандаҳои вазнини бемории модарона ва неонаталӣ, инчунин фавтият ҳангоми индуксияи таваллуд ва ҷарроҳии буриши қайсари банақшагирифта талаботи омӯзиши иловагӣ доранд.

Интихоби усули индуксия барои занон бо преэклампсияи вазнин давраи дер ва мӯҳлати бо мӯҳлат ба омилҳои зиёд вобаста аст — вазъи гардани бачадон, ҳолати зан ва ҳолати кӯдак. Ин ҷанбаи масъала минбаъд таҳқиқотро талаб мекунад, ки ба духтурони амалӣ — акушерон ва гинекологҳо имконияти пешниҳоди равишҳои дифференсиалиро дар қабули қарор оид ба индуксияи таваллуд фароҳам меорад.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯъҳои илмӣ. Корномаи диссертатсионӣ дар доираи татбиқи Стратегияҳои миллӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки ба коҳиш додани фавти модарона ва перинаталӣ равона шудаанд, тасдиқ ва иҷро шудааст. Таҳқиқоти илмӣ бо иҷрои мавзӯи корҳои илмӣ-таҳқиқотии шуъбаи акушерии Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологи ва перинатологии»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Таваллуди пеш аз мӯҳлат: омилҳои хавф, басомад вобаста ба сатҳи муассисаҳо, пешгӯӣ, ташхис, пешгирӣ, табобат» (соли 2022–2026) бо Рақами бақайдгирии 0123TJ1526 алоқаманд аст.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар занон вобаста ба мӯҳлат ва усули таваллуд барои оптимизатсияи равишҳои индуксияи таваллуд дар занони бо преэклампсияи давраи дер ва мӯҳлати расида.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-анамнестикӣ ва ҷараёни ҳомиладорӣ дар занон вобаста ба мӯҳлатҳои ташаккули преэклампсия.
2. Муқоиса кардани натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар занони бо преэклампсия вобаста ба мӯҳлатҳои инкишофи он.
3. Муқоиса кардани самаранокӣ ва қобили қабул будани усулҳои гуногуни дорувории индуксияи таваллуд дар занони бо преэклампсияи дер ва преэклампсияи мӯҳлати расида.
4. Оптимизатсияи алгоритмҳои пешиндуксия ва индуксияи таваллуд дар занон бо преэклампсияи вазнин дар давраи дер ва мӯҳлати расида.

Объекти таҳқиқот: Объекти таҳқиқот занони ҳомиладоре буданд, ки бо преэклампсияи вазнин муроҷиат карда, дар Муассисаи

давлатии «Пажу-ҳишгоҳи акушерӣ, гинекология ва перинатология» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон кӯмак гирифтаанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-иқтисодии занон бо преэклампсияҳои вазнин, самаранокӣ ва қобили қабули усулҳои гуногуни индуксияи таваллуд бо таъкид бар имконияти истифодаи аналоги гландин Е2 дар преэклампсияҳои давраи дер ва мӯҳлати расида. Бар асоси маълумоти ба даст овардашуда, равишҳои таваллудкунии занон бо преэклампсияҳои вазнин оптимизатсия карда шуданд.

Навгонии илмии таҳқиқот. Бори аввал натиҷаҳои таҳлили муқоисавии хусусиятҳои клиникӣ-иқтисодии занон вобаста ба мӯҳлатҳои пайдоиши преэклампсия дар шароити Тоҷикистон пешниҳод карда шуданд. Нишон дода шуд, ки зергуруҳи сину-сол (18-20 сол) нахустзояндаҳо дар муҳлати гуногуни ҳомиладори зиёдтар аворизҳо ба назар мерасад. Омилҳои иҷтимоии рушди аворизҳои преэклампсия дар муҳлатҳои гуногуни ҳомиладори ин зиндаги дар деҳот, сатҳи пасти таҳсил,мақоми пасти иҷтимои, маҳдудияти имкониятҳои муошират дар муҳити иҷтимои барои ҳамагуна зертипҳои преэклампсия дорои аҳамияти якхела мебошад. Омилҳои тиббии назаррас фарқкунанда дар занони бо преэклампсия, новобаста аз оғози преэклампсия инҳоянд: дар собиқаи бемори-бемориҳои шадиди роҳҳои нафас, гипертензияи музмин, ҳолати норасогии йод, инчунин анамнези аворизноки гинекологи бо патологияҳои экстрагенитали.

Шароитҳои рушди пренаталии навзод вобаста ба вақти пайдоиши преэклампсия омӯхта шуданд: робитаи манфии нисбатан қавӣ байни таъсири омилҳои хавф «преэклампсияи барвақт» ва шаклҳои компенсатсияи норасоии платсентарӣ ошкор гардид; аҳамияти хавфи нисбӣ барои рушди ССИДБТ дар занон бо преэклампсияи барвақт муайян карда шуд. Таҳлили натиҷаҳои акушерӣ нишон дод, ки байни мӯҳлатҳои пайдоиши преэклампсия ва усули таваллуд алоқамандии муҳим вуҷуд дорад. Дар беморони бо преэклампсияи барвақт афзоиши басомади таваллуди ҷарроҳӣ бо роҳи буриши қайсари қайд карда шуд, ки дар он робитаи манфии байни вақти оғози преэклампсия ва басомади таваллуди абдоминалӣ ошкор гардид. Фарқиятҳои нишондодҳои таваллуди ҷарроҳиро дар гурӯҳҳои занон бо мӯҳлатҳои гуногуни оғози мушкилот тавассути роҳи табиии таваллуд муайян карданд. Фарқиятҳои маънӣноки басомади хунравии акушерӣ дар занон бо преэклампсияи барвақт ба ҳисоби афзоиши басомади ҷудошавии пеш аз мӯҳлати ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда ошкор шуданд. Собит гардид, ки натиҷаҳои перинаталӣ вобаста ба

мӯҳлатҳои амалӣ шудани преэклампсия мебошанд ва саҳми асосӣ дар натиҷаҳои номТУСидро преэклампсияҳои барвақт доранд, ки дар онҳо бемории навзодон (норасоии нафаскашӣ, асфиксия, осебҳои мағзи сар) ва фавти барвақти неонаталӣ нисбат ба преэклампсияҳои дер ва преэклампсияи бо мӯҳлати расида омории маънӣнок зиёд мешавад. Самаранокӣ ва бехатарии клиникии истифодаи динопростон барои индуксияи таваллуд дар занон бо преэклампсияи дер ва мӯҳлати расида исбот карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои назариявии таҳқиқот метавонанд дар раванди таълимии донишгоҳҳои тиббӣ, раванди низоми таҳсилоти доимӣ дар муассисаҳо ва дар гузаронидани таҳқиқоти минбаъда оид ба масъалаҳои «преэклампсияҳои вазнин» ва «индуксияи таваллуд» истифода шаванд. Омӯзгорон метавонанд натиҷаҳои таҳқиқотро ҳангоми дарсҳои назарияви оид ба акушерӣ ва дар вақти гузаронидани машғулиятҳои амалӣ истифода баранд. Равишҳои оптимизатсияшудаи таваллудкунии занон бо преэклампсияҳои вазнин барои табибони таҷрибави зарур буда, дар фаъолияти амалии онҳо истифода хоҳанд шуд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Як қатор олимон пешгӯи карданд,ки барои ҳама намудҳои преэклампсия: сину соли (18-25 сол), мақоми нахустзоянда, истиқоматкунандаҳои деҳот ва инчунин омилҳои иҷтимои: сатҳи пасти таҳсилот, нокифоягии ҳолати иҷтимои, маҳдудияти тафриқавии алоқамандии иҷтимоиро дар бар мегирад. Ҳангоми таҳлили хусусиятҳои тиббӣ аҳамияти фарқкунанда доштани як қатор омилҳо вобаста ба вақти зуҳуроти преэклампсия ошкор гардид. Бемориҳои шадиди роҳи нафас (БШРН), гипертензияи музмини артерияви, норасогии йод ва инчунин патологияи омехтаи системаи репродуктивӣ ва бемориҳои экстрагениталӣ нақшаи махсус дорад.

2. Таъсири номТУСиди преэклампсияҳои барвақт бар шароити рушди пренаталии кӯдак, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ муайян карда шуд, ки ин бо афзоиши нисбат байни теъдоди занон бо гардиши хун муқаррарӣ нисбат ба занон бо норасоии гардиши хун бо зиёд шудани мӯҳлати оғози преэклампсия, коҳиши маънӣноки басомади занон бо норасоии ҷубронишуда бо преэклампсияи барвақт нисбат ба преэклампсияи дер ва мӯҳлати расида, хавфи назарраси рушди ССИДБТ дар таъсири омил «преэклампсияи барвақт», фарқиятҳо дар басомади буриши қайсари, нишондодҳои таваллуди ҷарроҳӣ тавассути роҳи табиии таваллуд, хунравии акушерӣ, нишондиҳандаҳои марги перинаталӣ ва бемории барвақти неонаталӣ тасдиқ мегарданд.

3. Собит карда шуд, ки интихоби индуксияи таваллуди занон бо

преэклампсияҳои дер ва мӯҳлати расида, ки равишҳои дифференсиалӣ ва инфиродӣ доранд, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталиро беҳтар мекунад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо бо ҳаҷми оптималии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот истифодаи усулҳои муосир ва нашр дар нашрияҳои баррасишавандаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон вобаста аст. Хулосаҳои пешниҳодшуда бар асоси таҳлили илмии натиҷаҳои омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-иҷтимои-анамнестикии занон бо преэклампсияҳои вазнин, омӯзиши нишондиҳандаҳои самаранокӣ ва қобили қабул будани истифодаи усулҳои гуногуни индуксияи таваллуд асос ёфтаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ

Соҳаи таҳқиқот. Корномаи диссертатсионӣ бо шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Аз руи ихтисоси 14.01.01 – акушерӣ ва гинекологӣ: мувофиқат мекунад.

3.1.5. Норасогиҳо дар давраи ҳомиладорӣ: нобардошти, норасиди ҳомиладори таваллуд кардан ва дер таваллуд кардан; гестозҳои ҳомиладор; хунравӣ дар давраи ҳомиладорӣ; ҳомиладории берун аз бачадон; ҳомиладории эктопи. Клиника, табобат, пешгирӣ.

Дар кор хусусиятҳои клиникӣ-иҷтимои-анамнестикӣ, самаранокӣ ва қобили қабул будани усулҳои гуногуни индуксияи таваллуди дар занони бо гирифтори преэклампсияи вазнин мавриди омӯзиш қарор гирифтаанд.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Унвонҷу мавзӯъро бо иштироки роҳбар интихоб кардааст. Маводҳои манбаъҳои русиву англисиро мустақилона баррасӣ намуда, ҳадаф ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян кардааст, таҳлили варақаҳои маводи аввалияи таҳқиқотро омода кардааст, ҷамъоварӣ ва таҳлили маводи аввалиро анҷом дода, коркарди омории маводро иҷро кардааст. Таҳлили натиҷаҳои бадастомада, навиштани мақолаҳо, диссертатсия ва автореферatro бо роҳбар ҳамкорӣ кардааст. Нашр кардани мақолаҳо ва суханронӣ дар конфронсҳоро мустақилона анҷом додааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Маводи диссертатсия дар конфронси илмӣ-амалӣ бо иштироки олимони байналмилалӣ «Саломатии репродуктивии Ӯзбекистон: дастовардҳо ва нақшаҳо барои оянда», Самарқанд, 23.09.2023, дар конфронси илмӣ-амалӣ «Вазъияти фавқулода дар акушерӣ, гинекология ва перинатология», МД «ПАГ ва ПТ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Душанбе, 25.11.2023, ва дар

Конфронси ҷумҳуриявии илмӣ-амалӣ дар Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон (IV-ум), «Чолишҳои муосир ва стратегияҳои рушди илми тиб ва тандурустӣ» бахшида ба 32-солагии Истиқлоли давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 22.12.2023 пешниҳод гардидааст.

Муқарароти асосии диссертатсия дар шуъбаҳои эхёгари ва табобати интенсиви, шуъбаи махсусгардонидаи акушерии Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологи ва перинатологии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №2-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ҷорӣ карда шудаанд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Барои мавзӯи диссертатсия 9 кори илмӣ нашр гардидаанд, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои илмӣ ва нашрияҳои таҳриршавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 1 мақола дар маҷаллаи илмии таҳриршавандаи КОА Ӯзбекистон нашр гардидааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 142 саҳифа матни компютерӣ пешниҳод шудааст, аз муқаддима, баррасии адабиёт, боби мавод ва усулҳои таҳқиқот, тавсифи клиникии занони мавриди санҷиш, бобҳои натиҷаҳои таҳқиқоти худаш, муҳокима, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёт бо 156 манбаъро дар бар мегирад. Диссертатсия бо 15 расм ва 23 ҷадвал тасвир шудааст.

Қисмҳои асосии таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи таҳқиқотро занони ҳомиладори бо преэклампсияи вазнин буда ташкил доданд. Меъёрҳои ташхиси преэклампсияи вазнин тибқи протоколи клиникии Ҷумҳурии Тоҷикистон (соли 2018) инҳоянд: фишори хун систолӣ 160 мм.рт.ст ва бештар, диастолӣ 110 мм.рт.ст ва бештар, протеинурия 3 г/л ва бештар дар ҳаҷми пешоб дар як рӯз ё меъёрҳои гипертензия ва протеинурия, ки ба преэклампсияи миёна мувофиқат мекунанд, ҳамроҳ бо аломатҳо – дарди сар, дарди минтақаи эпигастрӣ, нороҳатӣ, қай, анасарка ва тағйироти таҳлилҳои биохимиявӣ – сатҳҳои баландшудаи АлАТ, АсАТ, креатинин ва мочевина. Меъёрҳои истисноӣ занон пас аз истифодаи технологияҳои ёрирасони репродуктивӣ ва патологияҳои соматикӣ буданд, ки барои таваллуд тавассути роҳи табиӣ манъ мебошанд.

Маводи ретроспективӣ ба 3 гурӯҳ тақсим шуд: 1 – ҳолатҳои преэклампсияи мӯҳлати пурра (то 34 ҳафтаи ҳомиладорӣ; n=60), 2 – ҳолатҳои преэклампсияи мӯҳлати дертар (34–37 ҳафтаи ҳомиладорӣ; n=101), 3 – ҳолатҳои преэклампсияи мӯҳлати пурра (бештар аз 37 ҳафтаи ҳомиладорӣ; n=79).

Занони ба таври проспективӣ санҷидашуда вобаста ба доруи истифодашуда барои индуксия ба зергурӯҳҳо тақсим шуданд: А+О –

амниотомия + окситотсин (n=71), М – мизопростол (n=58), Д – динопростон (n=51). Меъёрҳои истисноӣ аз гурӯҳҳои санҷидашуда инҳоянд: мӯҳлати гестация то 34 ҳафта ва 6 рӯз, ҷойгиршавии нодурусти тифл, ҳомиладории серҳомила, миомаҳои бачадон, бемории гемолитикии навзод, бемориҳои ҷиддии экстрагениталӣ, вайроншавии шадиди гемодинамикии плацента, преэклампсияи вазнин танзимшаванда, ки талабгори таваллуди фаврӣ бо роҳи буриши қайсари мебошанд.

Усулҳои таҳқиқот дохил буданд: ташхиси умумии клиникӣ ва акушерии занон. Таҳлилҳои умумии лабораторӣ: таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб, таҳлили биохимиявии хун, сатҳҳои фибрин ва фибриноген. Таҳлили умумии хун бо гемоанализатори Mindray BC-20s анҷом дода шуд. Таҳлили умумии пешоб бо усули фотометрия дар анализатори пешоб муайян карда шуд. Барои арзёбии фаъолияти гурда сатҳи креатинин ва мочевина бо усули фотометрӣ муайян гардид. Сатҳи муқаррарии креатинин дар хун барои занон 53-97 ммоль/л, мочевина 2,6-6,7 ммоль/л мебошад. Сатҳи умумии билирубин, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспартатаминотрансфераза (АсАТ) дар сировоткаи хун бо усули фотоколориметрия муайян карда шуд. Сатҳи муқаррарии билирубин барои занон 0,5 то 20,5 мкмоль/л, АлАТ то 31 Ед/л, АсАТ то 32 Ед/л мебошад.

Таҳқиқи ултрасадоӣ (ТУС)-и навзод бо таҷҳизоти ALOKA-620 иҷро гардид. Дар ТУС мӯҳлати тахминии ҳомиладорӣ, ҷойгиршавӣ, пешомади тифл, массаи тахминии бадан, ҳаҷми моеъи атрофи навзод (андозагирии ҷайбҳои паҳлӯӣ ва пешу қафо), инчунин ҳузури андозагирии хурд барои ин мӯҳлат (фетометрия бо андозагирии диаметри бипариеталии сар, атрофи шикам, атрофи сина ва дарозии устухони доман) муайян карда шуд. Барои арзёбии ҳолати ҷараёни хун дар системаи «модар-ҳамроҳак-тифл» допплерометрияи артерияҳои бачадон ва артерияи ноф гузаронида шуд, ки дар онҳо нисбати систоло-диастолӣ, индекси пулсатсия ва индекси муқовимат чен карда шуд. Барои муайян кардани дараҷаи вазнинии мушкилоти гемодинамикӣ дар ҷараёни хуни бачадон-ҳамроҳак-тифл истифодаи таснифоти Б.С. Демидов (соли 2000) бо се дараҷа татбиқ гардид. Ба ҳамаи заноне, ки таваллуд бо роҳи индуксия барномарезӣ шуда буд, гарданаи бачадон бо шкалаи тағйирёфтаи Бишоп (RCOG, 2001) арзёбӣ гардид, ки имкон медиҳад пазиши гарданаки бачадонро бо хусусиятҳое мисли кушодашавӣ, дарозӣ, ҷойгиршавии қисми пешомад нисбати устухонҳои нишасти кос, консистенсия ва ҷойгиршавӣ нисбати меҳвари кос арзёбӣ намояд. Ҳар як хусусият бо системаи холдиҳӣ аз 0 то 3 хол баҳогузорӣ шуд. Пас холҳо ҷамъ шуда, тағйир дода шуданд: барои преэклампсия ва таваллуди худи худ дар таърихи бемор 1 хол

илова шуд; барои ҳомиладории дермонда, таваллуди аввал ва пеш аз мӯҳлат рехтани обхои назди тифли 1 хол кам карда шуд. Тавсифи холдиҳии пазиши гарданаки бачадон: «ношикаста» 0–5 хол; «пазиши нокифоя» 6–7 хол; «пухта» 8–13 хол.

Таҳлили омории пешниҳодҳо бо истифода аз барномаҳои IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM, ИМА) ва Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) дар компютер анҷом дода шуд. Параметрҳои миқдори бо шакли M±m ва параметрҳои сифатӣ бо шакли фоиз ё ҳисса нишон дода шуданд. Барои муқоисаи намунаҳои ҷуфтшудаи вобаста аз якдигар усули Вилкоксон истифода шуд. Дар муқоисаҳои ҷуфтӣ барои ҷадвалҳои 2х2 усули хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс татбиқ гардид. Барои муайян кардани омилҳои таъсиркунанда таҳлил бо истифода аз хавфи нисбӣ (RR) ва интервали эътимоднокии 95% гузаронида шуд. Таҳлили коррелятсионӣ бо истифода аз коэффициенти Пирсон анҷом дода шуд. Форзияи сифрӣ дар сатҳи аҳамият а=0,05 рад карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Дар доираи таҳқиқот таҳлили муқоисавии хусусиятҳои клиникӣ-иҷтимоӣ ва анамнестикии беморон бо преэклампсияи вазнин бо дарназардошти мӯҳлати пайдоиши беморӣ гузаронида шуд. Заноне, ки бо преэклампсияи ҳар мӯҳлат дучор шуданд, бештар дар зергурӯҳи синнТУСлии 18–25 сола вохӯрдаанд (мутаносибан 41,6%, 45,6%, 48,5%). Шаҳрнишинон (15-6,3±1,6%) 15 маротиба камтар буданд, ки ин фарқият аз ҷиҳати омори аҳамиятнок аст (t=38,6; p<0,001) ва нисбат ба теъдоди аҳолии деҳот (225 – 87,7%) фарқ мекунад. Дар таҳлили сатҳи таҳсилоти популясияи таҳқиқшуда муайян гардид, ки беморон бо таҳсилоти миёна ва миёнаи касбӣ бар занони бо таҳсилоти олӣ бартарӣ доранд (93,8±1,6% баробар ба 6,3±1,6%, t=39,7; p<0,001). Ҷолиб аст, ки тақсимоти таҳсилот вобаста ба вақти пайдоиши преэклампсия тағйир намекунад (p>0,05), ки нишон медиҳад, ки сатҳи таҳсилоти паст дар ҳамаи гурӯҳҳои таҳқиқшуда маъмул аст. Фарқияти омори дар теъдоди занони хонашин (82,5±2,5%) нисбат ба занони коркунанда (17,5±2,5%) муайян шуд (t=18,4; p<0,001). Сатҳи маҳдуди таҳсилот ва набудани имкони муошират дар муҳити иҷтимоӣ нишонаи сатҳи пасти иҷтимоӣ буда, ба раванди номТУСиди ҳомиладорӣ мТУСидат мекунад.

Дар ҳамаи гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда бемориҳои экстрагениталӣ бештар зуҳуркунанда дар собиқаи бемори БШРН такрорӣ ва гипертензияи музмин буданд. Фарқияти омори байни гурӯҳҳо дар басомади БШРН байни гурӯҳҳои 1 ва 2 (хи-квадрат=14,480; p<0,001) ва гурӯҳҳои 2 ва 3 (хи-квадрат=13,965; p<0,001) ошкор гардид. Дар беморони бо преэклампсияи вазнин ва ҳолатҳои танзимнашаванда басомади ҳолатҳои норасогии йод ба таври омори зиёдтар буд (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=67,222;

p<0,001). Муносибати нисбатан қавӣ ва баръакс байни паритет ва вазни мушаххаси занони бо преэклампсия (коэффитсиенти Пирсон=0,460) муайян карда шуд. Ин метавонад бо омилҳои хавфи ташаккули преэклампсия – синни ҷавони ҳомиладор алоқаманд бошад. Дар беморони бо преэклампсияи барвақт анамнези аворизноки акушери ва бемориҳои экстрагениталӣ (БШРН, пиелонефрити музмин, норасогии йод ва гипертензияи музмин) якҷоя ба таври зиёд мушоҳида шуданд.

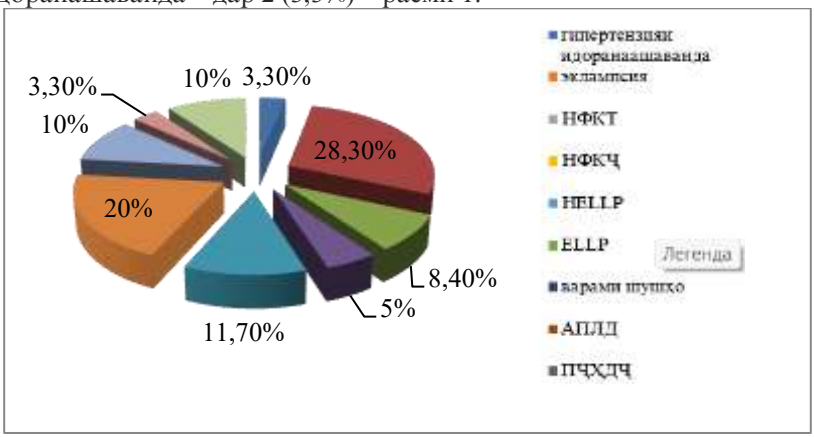
Таблица 1. – Басомади бемориҳои экстрагениталӣ вобаста ба вақти оғози преэклампсияи вазнин

гурӯҳ / нозология	1 (n=60)	2(n=101)	3(n=79)	p
БШРН	37-61,7%	89-88,1%	45-57%	p1-p2 <0,001 p1-p3 > 0,05 p2-p3 <0,001
Бемориҳои гурдаҳо	26 -43,3%	53-52,4%	43-54,4%	p1-p2 > 0,05 p1-p3 > 0,05 p2-p3 > 0,05
анемия	3-5%	9-8,9%	4-5,1%	p1-p2 > 0,05 p1-p3 > 0,05 p2-p3 > 0,05
Гипертензияи музмин	3-5%	2-1,9%	3-3,8%	p1-p2 > 0,05 p1-p3 > 0,05 p2-p3 > 0,05
Бемориҳои узвҳои ҳозима	2-3,3%	4-3,9%	1-1,3%	p1-p2 > 0,05 p1-p3 > 0,05 p2-p3 > 0,05
Норасогии йод	1-1,7%	8-7,9%	8-10,1%	p1-p2 > 0,05 p1-p3 > 0,05 p2-p3 > 0,05

Эзоҳ: p1-p2 <0,05 - фарқияти статистикии муҳим байни гурӯҳи 1 ва гурӯҳи 2; p1-p3 <0,05 - фарқияти статистикии муҳим байни гурӯҳи 1 ва гурӯҳи 3; p2-p3 <0,05 - фарқияти статистикии муҳим байни гурӯҳи 2 ва гурӯҳи 3 ҳангоми муқоиса бо тест хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс.

Таҳлили ҳолатҳои критикии преэклампсияи вазнин нишон дод, ки онҳо асосан дар бемороне, ки беморӣ барвақт зоҳир кардааст, рушд мекунанд. Дар сохтори ҳолатҳои ҷонхатар эклампсия бартари дошт, ки дар 17 зан (26,6%) ташхиси шудааст. Алоими HELLP дар 12 бемор (20%) ба қайд гирифта шуд, синдроми ELLP - дар 7 (11,6%), варами шӯшҳо дар 6 ҳолат (10%) пайдо шуд, норасогии фаъолияти кори гурдаҳо - дар 5 (8,3%), норасогии фаъолияти кори ҷигар - дар 3 (1,6%), алоими паҳншудаи лахташавии дохилирагӣ ҷараёни бемориро дар 2

зан (3,3%) авориз гардонд. ПҶҲДҶ – дар 6 (10%), гипертензияи идоранашаванда – дар 2 (3,3%) – расми 1.



Расми 1. – Вазни нисбии аворизҳои преэклампсияи вазнин дар занони гурӯҳҳои таҳқиқшуда

Дар преэклампсияи вазнин таҳлили ултрасадоӣ яке аз усулҳои ҳатмии ташхисӣ мебошад. Вазни нисбии занони бо преэклампсияи мӯҳлати дер ва нишондиҳандаҳои муқаррарии допплерометрӣ 16 маротиба бештар аз занони бо преэклампсияи барвақт буд.

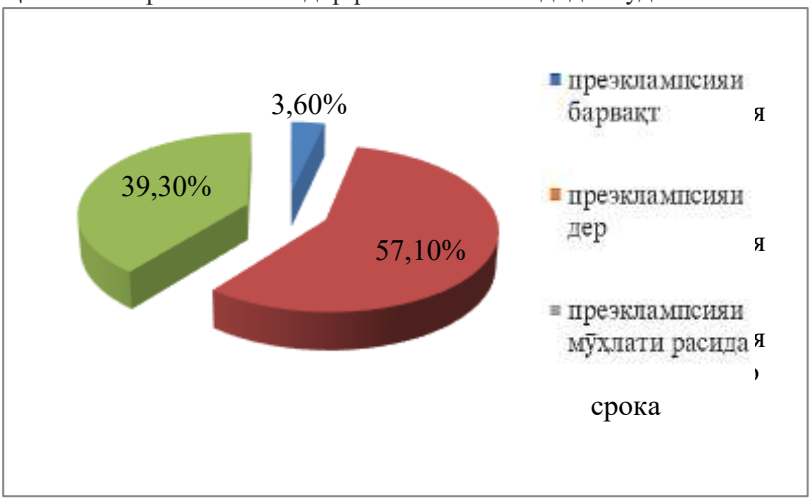
Ҷадвали 2. - Тақсимоти беморон вобаста ба дараҷаи барҳалои вайроншавии гардиши хун дар аъзои бачадон-ҳамроҳак-тифл

Гуруҳҳо / Дараҷаи вайроншави	1(n=35)	2(n=85)	3(n=33)	p
компенсатсияшуда	1(2,9%)	18(21,2%)	8(24,2%)	**p1-p2 < 0,05 p1-p3 < 0,05 p2-p3 > 0,05**
субкомпенсатсияшуда	28(80%)	61(71,8%)	25(75,8%)	**p1-p2 > 0,05 p1-p3 > 0,05 p2-p3 > 0,05**
декомпенсатсияшуда	4(11,4%)	6(7,1%)	0	**p1-p2 > 0,05**
Фавти антенаталии тифл	2(5,7%)	0	0	

Эзоҳ: p1-p2 <0,05 — фарқияти омори байни гурӯҳи 1 ва гурӯҳи 2; p1-p3 <0,05 — фарқияти омори байни гурӯҳи 1 ва гурӯҳи 3; p2-p3 <0,05 — фарқияти омори байни гурӯҳи 2 ва гурӯҳи 3 ҳангоми муқоиса бо истифода аз озмоиши хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс.

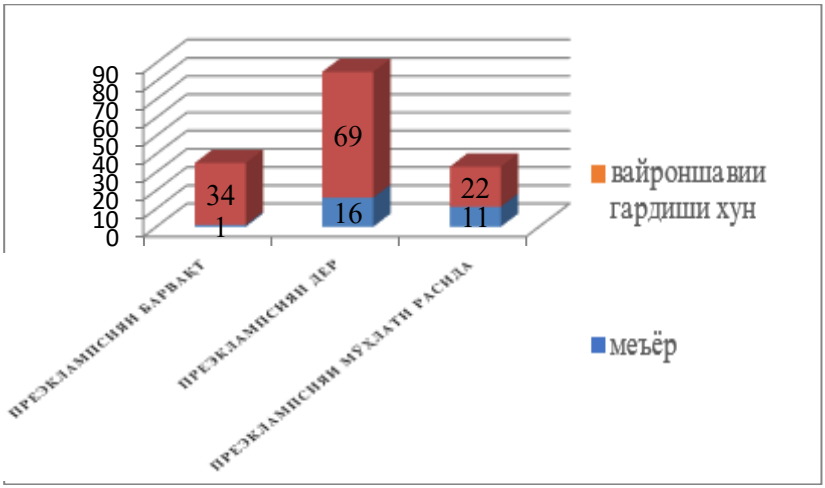
Муайян карда шуд, ки байни преэклампсияи барвақт ва шаклҳои компенсатсияшудаи норасоии платсентарӣ робитаи манфии қавӣ вуҷуд дорад (коэффитсиенти Пирсон 0,520). Басомади вайроншавии субкомпенсатсияшудаи гардиши хун дар доираи 71,8%-80% тағйир ёфта, фарқиятҳои омори байни гурӯҳҳо вуҷуд надоштанд.

Дар преэклампсияи вазнин таҳқиқоти ультрасадоӣ яке аз усулҳои ҳатмии таҳқиқот мебошад. Таҳқиқоти ультрасадоӣ, аз ҷумла допплерометрия ва фетометрия, ба 153 зан гузаронида шуд, ки аз онҳо 35 зан бо преэклампсияи барвақт, 85 зан бо преэклампсияи дер ва 33 зан бо преэклампсияи муҳлати расида. Аз миқдори 153 зани таҳқиқшуда бо преэклампсияи вазнин параметрҳои муқаррарии допплерометрия дар 28 (18,3%) ҳолат муқаррар карда шуданд. Тақсими занон бо нишондиҳандаҳои муқаррарии допплерометрия вобаста ба вақти оғози преэклампсия дар расми 2 нишон дода шудааст.



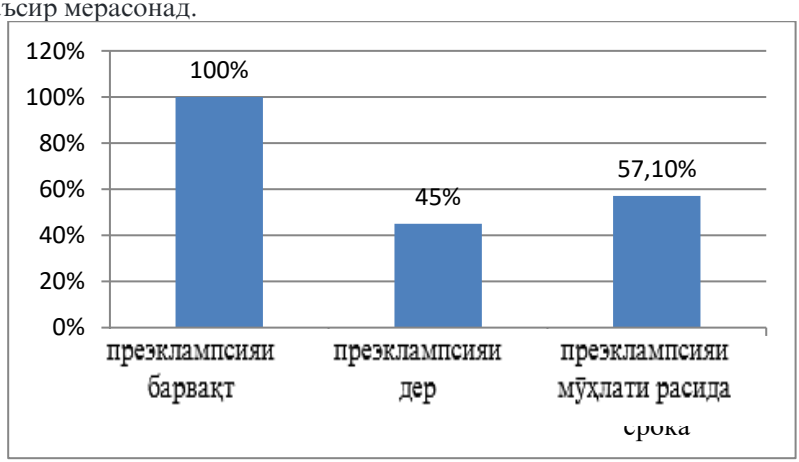
Расми 2. – Вазни хоси занон бо нишондиҳандаҳои муқаррарии допплерометрия вобаста ба давраи оғози преэклампсия

Нишондиҳандаҳои муқаррарии допплерометрия дар 1 (3,6%) ҳолати преэклампсияҳои барвақт, дар 16 (57,1%) ҳолати преэклампсияи давраи дер ва дар 11 (39,3%) ҳолати преэклампсияи муҳлати расида ташхис карда шуданд. Вазни хоси занон бо преэклампсияи вазнини дер ва нишондиҳандаҳои муқаррарии допплерометрия 16 маротиба бештар аз занони бо преэклампсияи барвақт буд.



Расми 3. – Шумораи занон бо гардиши хуни муқаррарӣ ва вайроншавиҳои гардиши хун дар гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда

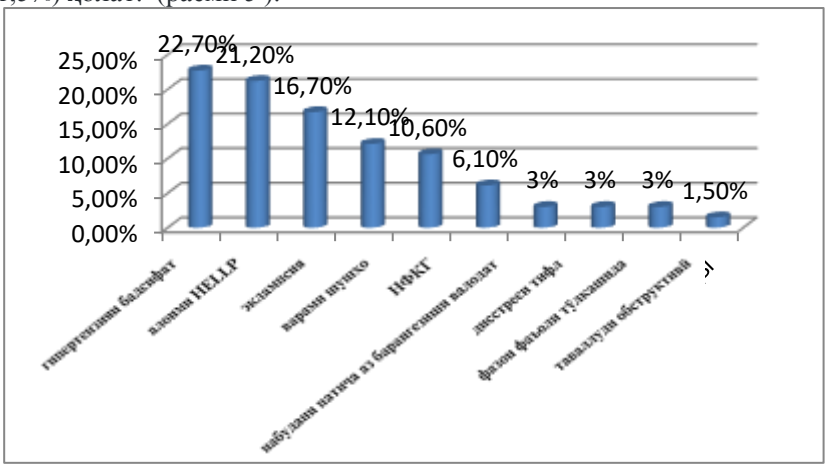
Хавфи нисбии рушди ССИДБТ (синдроми сустинкишофебии дохили батнии тифл) таҳти таъсири омил «преэклампсияи барвақт» 1,212 (ДИ 0,510-2,881) буд. Дар байни занони бо преэклампсияи барвақт 2 ҳолати фавти антенаталии ҳомила муайян гардид. Натиҷаҳои пешниҳодшуда нишон медиҳанд, ки таъсири аз ҳама номусоиди шароити рушди перинаталӣ преэклампсияи давраи барвақт таъсир мерасонад.



Расми 4. – Басомади якҷояшавии ССИДБТ бо камобӣ дар гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда

Дар занони бо преэклампсияи барвақт басомади ҷарроҳии буриши қайсари 3 маротиба аз занони бо преэклампсияи дер дар муҳлати расида бештар буд, ки ин фарқият аз ҷиҳати омори аҳамиятнок аст (p<0,001) ва нисбат ба занони бо преэклампсияи дер (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=92,762) ва преэклампсияи мӯҳлати расида (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=69,329) болотар мебошад. Муносибати баръакс ва қавӣ байни басомади буриши қайсари ва вақти оғози преэклампсия муайян карда шуд (коэффитсиенти Пирсон 0,865). Ҳамчунин робитаи нисбатан қавӣ байни басомади буриши қайсари бо сабаби аломатҳои хатарноки преэклампсия ва омил «преэклампсияи барвақт» ошкор гардид (коэффитсиенти Пирсон=0,409).

Амалиёти чаррохии буриши қайсарии дар 66 (20,8%) зани таҳқиқшуда анҷом дода шуд. Таваллуди бо рохи табиӣ чинси дар 9(3,8%), таваллуди нақшавӣ бо роҳи барангезиш - дар 165 (68,8%) зан рух дод. Нишондиҳандаҳои амалиёти чаррхии буриши қайсарии аворизҳои преэклампсияи вазнин буданд: эклампсия дар 11 (16,7%), гипертензияи бадсифат – дар 15(22,7%), алоими HELLP – дар 14 (21,2%) ҳолат, носогии фаъолияти кори гурдахо – дар 4 (6,1%) ҳолат, варами шӯшхо дар 7 (10,6%), ПЧХДЧ – дар 8(12,1%) ҳолат. Дар ҳолатҳои амалиёти чаррохии буриши қайсарии пас аз оғози барангезиши валодат ба амал омад дар натиҷаи: набудани натича аз барангезиши валодат 2(3%), дистресси тифл дар 2 (3%) ҳолат, дар натиҷаи фазаи фаъоли тулкашида – дар 2 (3%) ҳолат, таваллуди обструктиви – дар 1 (1,5%) ҳолат. (расми 5).



Расми 5. – Басомади нишондиҳандаҳои амалиёти чаррохии буриши қайсарии дар гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда

Вазъияти басомади амалиёти чаррохии буриши қайсари аз вақти оғози преэклампсия дар расм нишон дода шудааст.



Расми 6. - Вазъияти басомади амалиёти чарохии буриши қайсари аз вақти оғози преэклампсия

Басомади хунравии акушерӣ дар гурӯҳи аввал бо гурӯҳи дувум (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=10,983; p<0,001) ва сеюм (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=7,692; p<0,05) фарқияти омори дошт. Ҳангоми муқоисаи басомади хунравии акушерӣ, ки бо ҚҶҲДҶ (қисман ҷудошавии ҳамроҳаки дурустҷойгиршуда) алоқаманд аст, дар гурӯҳи преэклампсияи барвақт (11,7%) нисбат ба гурӯҳи преэклампсияи дер (0,99%) афзоиши омори аҳамиятнок мушоҳида шуд (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=6,966; p<0,05). Фарқияти омори дар басомади хунравии гипотоникии баъди таваллуд байни гурӯҳҳои занони бо мӯҳлатҳои гуногуни преэклампсия муайян нашуд (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=2,285; p>0,05). Дар давраи баъди таваллуд як зан бо преэклампсияи барвақт бо аворизи септикӣ (илтиҳоби захм пас аз ҷарроҳии буриши қайсари) дучор гардид.

Басомади навзодони бо ССИДБТ таваллудшуда дар гурӯҳи занони бо преэклампсияи барвақт 38,3% (23 навзод), дар гурӯҳи занони бо преэклампсияи дер 19,8% (20 навзод) ва дар гурӯҳи занони бо преэклампсияи мӯҳлати расида 8,9% (7 навзод) буд. Бо усули ултрасадоӣ ҳангоми ҳомиладорӣ дар занони бо преэклампсияи барвақт 9 ҳолати СЗРП аз 35 ташхиси ултрасадоӣ муайян шуд (25,7%). Басомади СЗРП дар гурӯҳи 1 нисбат ба гурӯҳҳои 2 (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=5,691; p<0,05) ва 3 (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=15,804; p<0,001) омори зиёд буд.

Таҳлили сохтори бемориҳои неонаталии барвақт нишон дод, ки норасоии нафаскашӣ бештар аст ва басомади он аз 7,6% то 27,6% тағйир меёбад. Басомади ихтилоли нафаскашӣ дар навзодони гурӯҳҳои 1 ва 2 нисбат ба гурӯҳи 3 афзоиш ёфтааст (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=7,934; p<0,001). Дар ҳолатҳои гуногуни асфиксия 9 навзод аз модарони бо преэклампсияи барвақт, 2 навзод бо преэклампсияи дер ва 1 навзод бо преэклампсияи мӯҳлати расмда таваллуд шуданд. Муносибати миёнаи баръакс байни омилҳои вақти оғози преэклампсия ва басомади асфиксияи навзодон муайян шуд (коэффитсиенти Пирсон=0,342). Басомади захмҳои мағзи сар дар навзодони модарони бо преэклампсияи барвақт нисбат ба гурӯҳҳои дер ва мӯҳлати расида статистикӣ зиёд буд (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=7,774; 13,237; p<0,05, p<0,001).

Фарқияти омори дар нишондиҳандаҳои фавти антенталӣ ва интранаталӣ байни гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда муайян нашуд (p>0,05). Басомади ФБН (фавти бармаҳали неонаталӣ) дар гурӯҳи занони бо преэклампсияи барвақт нисбат ба гурӯҳи занони бо преэклампсияи дер фарқияти омори зиёд буд (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=10,391; p<0,05).

Натиҷаҳо нишон медиҳанд, ки интихоби усули таваллуди занони бо преэклампсияи барвақт бояд бо баҳогузории дақиқи ҳолати зан ва бо назардошти муносибатҳои инфиродӣ сурат гирад. Аз ин рӯ, таҳқиқоти минбаъдаи мо ба муқоисаи самаранокии усулҳои гуногуни дорувории индуксияи таваллуд дар занони бо преэклампсияи дер ва мӯҳлати расида бахшида шуд.

Нишон дода шуд, ки дар гурӯҳи заноне, ки мизопростол истифода карданд, давомнокии аз оғози индуксия то оғози таваллуд бештар буд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи заноне, ки индуксия бо окситотсин гузаронида шуд, кӯтоҳтарин буд. Тақсимоти занони таҳқиқшуда вобаста ба дараҷаи тайёршавии гарданаки бачадон нишон дод, ки фарқияти омори дар басомади занони бо хусусиятҳои гуногуни бандари бачадон (баҳо додашуда бо шкалаи тағйирёфтаи Бишоп) мавҷуд аст: дар гурӯҳҳои мизопростол ва динопростол занони бо гарданаки нотайёр бештар буданд. Дар гурӯҳи заноне, ки индуксияи таваллуд бо окситоцин гузаронида шуд, занон бандари нопухта (91%) ва нисбатан пухта (9,9%) доштанд. Таҳлили параметрҳои замонӣ нишон дод, ки нишондиҳандаи таҳқиқшуда дар гурӯҳҳои М ва Д нисбат ба гурӯҳи О ба таври омори зиёдтар аст (p<0,001). Дар гурӯҳи

бо истифодаи динопростон фарқияти омори дар кам кардани миёнаи фосила аз оғози индуксия то пайдоиши дардзанӣ (t=2,2; p<0,05) мушоҳида шуд, ки 2 соат кӯтоҳтар нисбат ба гурӯҳи М буд. Набудани фарқият дар басомади гарданаки нотайёр дар гурӯҳҳои Д ва М ва кӯтоҳ шудани вақти аз оғози индуксия то оғози таваллуд бо динопростон самаранокии баландтарро барои истифодаи аналоги простагландин Е2 дар занони бо преэклампсияи дер ва мӯҳлати расида тасдиқ мекунад.

Барои баҳогузории бехатарии индуксияи таваллуд бо гландин Е2 дар занони бо преэклампсияи дер мо муқоисаи нишондиҳандаҳои самаранокии индуксия (оғози дардзании мунтазам) вобаста ба ҳолати гарданаки бачадон гузаронидем. Дар беморони бо преэклампсияи дер баҳогузории 7 хол дар 30,8±7,4% ҳолатҳо (12 зан) ва 8 хол дар 69,2±7,4% ҳолатҳо (29 зан) қайд гардид. Дар гурӯҳи бо преэклампсияи мӯҳлати расида нишондиҳандаҳои монанд 35±10,7% (7 зан) ва 65±10,7% (13 зан) буданд. Тақсимоти занони бо преэклампсияи дер ва преэклампсияи мӯҳлати расида ва индуксияи таваллуд бо динопростон вобаста ба дараҷаи тайёршавии гарданаки бачадон фарқияти омори дар басомади занони бо гарданаки «нотайёр» ва «нисбатан нотайёр» надошт (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=1,077; p>0,05).

Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои самаранокии пешинадуксия ва индуксия бо истифодаи динопростон дар занони бо преэклампсияи мӯҳлати дер ва мӯҳлати расида.

зергуруҳ / нишондод	Д-1 (n=31) – занони бо преэклампсияи дер	Д-2 (n=20) – занони бо преэклампсияи мӯҳлати расида	U-критерий Манна-Уитни	P
Давомноки аз оғози индуксия то оғози тавал-луд (соат)	от 7,8 до 18,3	от 5,3 до 17,4	90,5	<0,05
Давомнокии таваллуд (соат)	от 4,8 до 16,2	от 5,4 до 17,4	193,5	>0,05

Эзоҳ: p – фарқияти омори аҳамиятнок аст (Қимати критикии U-меъёри Манн-Уитни барои ҳаҷми гурӯҳҳои муқоисашаванда 119 мебошад).

Таҳлили муқоисавии параметрҳои замонии индуксияи таваллуд нишон дод, ки дар занони бо преэклампсияи мӯҳлати дер интервали байни оғози истифодаи динопростон ва рушди фаъолияти таваллудӣ ба таври омори зиёдтар аст, дар муқоиса бо занони бо преэклампсияи мӯҳлати пурра. Бо вуҷуди ин, давомнокии умумии равандҳои таваллуд байни гурӯҳҳои таҳқиқшуда фарқияти назаррас надошт (ҷадвали 2).

Дар ҳолатҳои тайёр набудани гарданаки бачадон ва нисбатан нотайёр будани гарданаки бачадон истифодаи динопростон вақти байни оғози индуксия ва оғози дардзании мунтазамро ба ҳисоби миёна 3 соат нисбат ба мизопростол кӯтоҳ мекунад. Набудани фарқияти омори дар ҳиссаи заноне, ки пас аз истифодаи динопростон бо тайёр набудани гарданаки бачадон фаъолияти таваллудӣ оғоз ёфтааст, вобаста ба мӯҳлати таваллуд, бехатарии истифодаи динопростонро барои пешинадуксия ва индуксияи таваллуд дар занони бо преэклампсияи мӯҳлати дер тасдиқ мекунад.

Механизми амалии динопростон, ки аналогии синтетикии простагландин Е2 мебошад, бар асоси афзоиши консентратсияи ин модда дар ҳуҷайраҳои пардаҳои ҳомила дар минтақаи новаи дохилӣ ба мӯҳлати таваллуд аст. Препарат секретсияи коллагеназа, эластаза ва кислотаи гиалуронатро дар гарданаки бачадон стимул мекунад, ки ин ба пухтани он мТУСидат менамояд, ҳамзамон фаъолияти қувваҳои мушакӣ фаъол мегардад. Натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон медиҳанд, ки истифодаи динопростон бо рушди тадриҷии фаъолияти таваллуд, ки бо раванди тайёршавии гарданаки бачадон ҳамоҳанг аст, тавсиф мешавад. Ин механизми махсусан муҳим дар пешинадуксия ва индуксияи таваллуд дар мӯҳлати ҳомиладории норасида мебошад, ки ниёз ба роҳбарии эҳтиётткоронаи таваллуд бо мақсади иҷозати таваллуди пешакӣ дорад ва омилест калидӣ барои оптимизатсияи нишондиҳандаҳои бемориҳои перинаталӣ ва фавти перинатали.

Таҳлили натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ вобаста ба усули индуксияи таваллуд нишон дод, ки дар гурӯҳе, ки индуксия бо динопростон гузаронида шуд, 5 (9,8%) таваллуд бо ҷарроҳии буриши қайсари анҷом ёфт, дар гурӯҳи мизопростол 6 (10,3%) ва дар гурӯҳи окситотсин 5 (7,0%) буд. Дар гурӯҳи занон бо индуксияи мизопростол як ҳолати хунравии марбут ба ПҶҲДҶ ташхис шудааст. Хунравии гипотоникии баъди таваллуд дар гурӯҳи М (2 ҳолат) ва гурӯҳи Д (1 ҳолат) мушоҳида шуд.

Вазниншавии преэклампсия пас аз таваллуд дар як зани гурӯҳи М қайд карда шуд. Хачми миенаи хунталафот дар таваллуд ва дар давоми 2 соати аввал пас аз таваллуд дар ҳама гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок фарқ надошт. Натиҷаҳои ба даст овардаамон нишон медиҳанд, ки натиҷаҳои акушери ҳангоми истифодаи усулҳои барангезиши валодат бо дору аз ҷониби мо омӯхташуда фарқияти омории аҳамиятнок (p>0,05) надоранд.

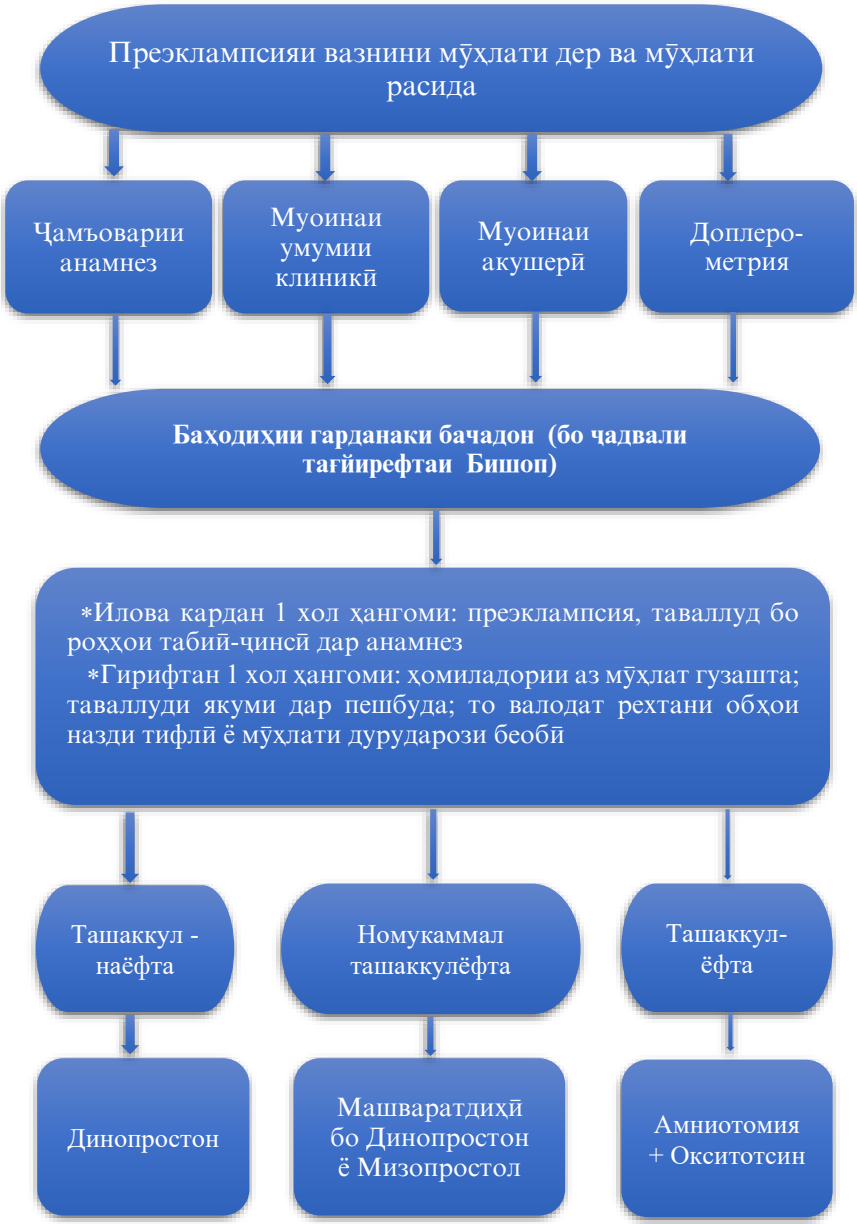
Ҷадвали 4. – Басомади аворизҳо дар таваллуд, давраи пас аз таваллуд ва таваллуд бо роҳи ҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда

гурӯҳ / нишондод	М (п=58)	Д (п=51)	О (п=71)	p
Сустии фаъолияти валодат	1(1,7%)	2(3,9%)	0	p>0,05
Дистресси тифл	1(1,7%)	2(3,9%)	5(7,04%)	p>0,05
Амалиети чаррохии буриши кайсари	6(10,3%)	4(7,8%)	5(7,04%)	p>0,05
Гиперстимулятсия	0	0	0	p>0,05
Хунравихо пас аз таваллуд	2(3,4%)	1(1,9%)	0	p>0,05
Вакуум-экстрактсияи тифл	2(3,4%)	2(3,9%)	6(8,6%)	p>0,05
Аворизхои преэклампсия	0	1(1,9%)	0	p>0,05
Хачми миенаи хунталафот дар таваллуд (мл)	319,6±34,5	287,7±17,6	292,6±43,8	p>0,05

Таҳлили муқоисавӣ фарқияти омори аҳамиятнок дар шумораи навзодони бо баҳогузории гуногуни баллӣ надошт (p>0,05). Дар гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда ҳолатҳои фавти перинаталӣ сабт гардид: 2 ҳолати фавти интранаталӣ дар гурӯҳҳои М ва О ва 1 ҳолати марги барвақтии неонаталӣ дар гурӯҳи Д.

Аз ин рӯ, муносибатгардонии раванди таваллуди занони бо преэклампсияи вазнин ба беҳбудии сифати кӯмаки тиббӣ ба модарон ва кӯдакон мТУСидат менамояд, ки ин ҳоло самти афзалиятнок барои расидан ба Ҳадафҳои рушди устувори ҳазорсола ба шумор меравад.

Алгоритми интихоби усули барангезиши валодат



Хулосаҳо

1. Омилҳое, ки ба рушди преэклампсияҳои вазнин дар ҳар мӯҳлат мусоидат мекунанд, инҳоянд: сатҳи пасти таҳсилот (93,8±1,6%; p<0,001), макони зисти деҳотӣ (93,8±1,6%; p<0,001), маҳдудияти муошират дар ҷомеа барои занони хонашин (82,5±2,5%; p<0,001) ва таваллуди аввал (r=0,460) [7-А].
2. Бемориҳои экстрагениталӣ, ки дар занони бо преэклампсияи вазнин бештар мушоҳида мешаванд, инҳоянд: сироятҳои шадиди роҳи нафас (БШРН) дар таърихи беморӣ (71,3%) ва бемориҳои гурда (51,7%). Дар занони бо оғози барвақт ва дермӯҳлати преэклампсия сатҳи сироятҳои БШРН ба таври омори баландтар аст, нисбат ба занони бо преэклампсияи мӯҳлати расида (хи-квадрат=13,965; p<0,001). Таъсири ҷамъшудаи аворизҳои гинекологӣ бо бемориҳои экстрагениталӣ ба рушди шаклҳои вазнини преэклампсия мТУСидат мекунад [7-А, 9-А].
3. Преэклампсияи барвақт таъсири манфи ба шароити рушди пренаталии ҳомила дорад, ки бо нисбатан кам шудани омори аворизёбии норасоии гемодинамикии ҳамроҳак тасдиқ мешавад (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=4,944; p<0,05), инчунин бо робитаи манфии нисбатан қавӣ (r=0,520) байни омилҳои хавф "преэклампсияи барвақт" ва шаклҳои компенсатории норасоии ҳамроҳаки. Хатари афзояндаи рушди синдроми сустинкишофёбии дохили батнии тифл (ССДБТ) дар мавриди преэклампсияи барвақт мушоҳида мешавад (RR=1,212; ИТ 1,110-2,881) [7-А, 9-А].
4. Натиҷаҳои перинаталӣ вобаста ба мӯҳлати преэклампсия фарқ мекунанд ва преэклампсияи барвақт саҳми асосиро дар нишондиҳандаҳои номатлуб дорад. Ин бо тағйироти омори аҳамиятнок дар зиёдшавии ССИДБТ (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=15,804; p<0,001), норасоии нафаскашӣ (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=7,934; p<0,001), осебҳои мағзи сар (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=13,237; p<0,001) дар навзодони модарон бо преэклампсияи барвақт нисбат ба гурӯҳҳои занони бо преэклампсияи дермӯҳлат, инчунин зиёдшавии зуддияти ФБН (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=10,391) тасдиқ мешавад. Робитаи манфӣ байни мӯҳлати преэклампсия ва зуддияти асфиксияи навзодон (коэффитсиенти Пирсон=-0,342) муайян шудааст [4-А].
5. Вобастагӣ байни натиҷаҳои акушерӣ ва мӯҳлати преэклампсияи вазнин бо зиёдшавии омори аҳамияти буриши қайсари (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=92,762; p<0,001) ва хунравии акушерӣ (хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс=10,983) дар занони бо преэклампсияи барвақт (75,8%) нисбат ба преэклампсияи

дермӯҳлат (24,2%) собит мешавад. Робитаи манфии қавӣ байни зуддияти буриши қайсари (г=-0,865) ва робитаи нисбатан қавӣ (г=0,409) байни зуддияти аломатҳои хатарноки преэклампсия ва вақти оғози он муайян гардидааст [3-А].

6. Таҳлили муқоисавии самаранокии усулҳои гуногуни индуксияи таваллуд дар занони бо преэклампсияи дермӯҳлат ва мӯҳлати расида бо гарданаки бачадони нотайёр ё нокифоя тайёр нашуда нишон дод, ки истифодаи динопростон фосилаи "барангезиш-дардзани"-ро ба таври омори аҳамиятнок кӯтоҳ мекунад (13,9±0,2 соат баробар ба 16,9±1,3 соат бо мизопростол, $p<0,05$), ки афзалияти истифодаи аналогии простагландин Е2-ро тасдиқ мекунад. Бехатарии истифодаи динопростон барои барангезиши таваллуд дар мӯҳлатҳои норасиди ҳомиладори бо набудани фарқиятҳои назарраси омори дар зуддияти оғози фаъолияти таваллуд бо нопурра тайёр будани гарданаки бачадон вобаста ба мӯҳлати таваллуд тасдиқ мешавад (30,8±7,4% ва 35±10,7%) [1-А, 2-А, 8-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Занони гирифтори преэклампсияи вазнин дар давраи дер ва преэклампсияи мӯҳлати расида бояд пас аз расонидани ёрии фаврии акушерӣ таваллуд кунонида шавад.
2. Ҳангоми интихоби усули барангезиши валодат, ҳолати гарданаки бачадон бояд бо истифода аз ҷадвали тағйирёфтаи Бишоп (ҶТБ) арзёбӣ шуда, мавҷудияти муқоилиятҳо барои барангезиши муайян гардад.
3. Барангезиш таваллуд бояд пас аз гирифтани розигии ихтиёрии огоҳшудаи зан анҷом дода шавад.
4. Ҳангоми машварат бо занони гирифтори преэклампсияи дар мӯҳлати норасида ва мӯҳлати расида бо гарданаки бачадони тайёрнабуда (0-5 холл), бояд маълумот дар бораи самаранокӣ ва бехатарии истифодаи динопростон пешниҳод карда шавад. Дар ҳолати гарданаки бачадони тайёрнабуда (6-7 балл) машварат бояд дар бораи имконияти истифодаи мизопростол ва динопростон бо пешниҳоди маълумот дар бораи нуқсонҳо ва афзалиятҳои ҳар кадоми ин доруҳо сурат гирад. Интихоби ниҳой ба зан вобаста аст.
5. Ҳангоми интихоби усули барангезиши таваллуди пеш аз муҳлат дар занони бо преэклампсияи дар мӯҳлати норасид тавсия дода мешавад, ки механизмҳои амал, фосилаи вақти таъсирноки, муқоисаҳо ва имконияти омехтаи бо дигар усулҳоро ба назар гиранд.
6. Нигоҳдории доимӣ ва назорати қатъӣ барои заноне, ки барангезиши таваллуд бо окситотсин, мизопростол ё динопростон мегиранд, зарур аст.

Феҳристи адабиёти истифодашуда

1. Индукция родов: тенденции в мировой практике / С. А. Васильев, О. А. Пересада, И. В. Курлович // Медицинские новости. – 2021. – №. 5 (320). – С. 9-14.
2. Каптильный В. А. Преэклампсия: определение, новое в патогенезе, методические рекомендации, лечение и профилактика / В. А. Каптильный, Д. Ю. Рейштат // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2020. – Т. 7, № 1. – С. 19-30.
3. Клинические рекомендации «Индукция родов» Таджикистан, 2023, – С. 46.
4. Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве / У.Д. Узакова, Ф.М. Абдурахманов, Ф.М. Абдурахманова, М.Ё. Камилова, С.М. Мухамадиева, Е.Н. Нарзуллаева, М.Ф. Додхоева, Душанбе – 2015.
5. Carlos De Bonrostro Torralba et al., 2019; H. Mendez-Figueroa, et al., 2021.
6. Impact of new definitions of preeclampsia at term on identification of adverse maternal and perinatal outcomes / J. Lai, A. Syngelaki, K. H. Nicolaides [at all] // American journal of obstetrics and gynecology. – 2021. – Vol. 5 (224). – e.1–11.
7. Labor induction with prostaglandin E (1) versus E (2): a comparison of outcomes / H. Mendez-Figueroa, M. J. Bicocca, M. Gupta [at all] // Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association. – 2021. – Vol. 4 (41). – P. 726–735.
8. Poon L.C. et al. 2021; Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019.
9. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018.
10. WHO systematic analysis, 2023.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Dinoprostone in the Induction of Labor in Women with Late and Term Preeclampsia / М.Я. Камилова., Ф.Р. Ишан-Ходжаева., М Киёмидинзода. // Central Asian journal of medical and natural sciences. 2023. - № 4. – С. 107-114.

[2-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Методы индукции родов женщин с тяжелой преэклампсией (обзор литературы) / М.Я.Камилова, Б.К. Коимдодова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева, М Киёмиддинзода. // Журнал: Вестник Авиценны. Душанбе - 2023. - №3. – С. 380-389.

[3-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Сравнение результатов различных методов досрочного родоразрешения женщин с тяжелыми преэклампсиями в сроки после 34 недель беременности / М Киёмиддинзода. //Наука и инновация. 2025. - № 1. – С. 73-83.

[4-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Акушерские исходы у женщин с реализацией осложнений преэклампсии в различные сроки / М.Я. Камилова., М Киёмиддинзода. // Мать и дитя. – 2025. - №1. – С. 9-17.

[5-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Перинатальные исходы у женщин с преэклампсией различного срока реализации / М Киёмиддинзода.// Мать и дитя. – 2025. - №2. – С. 5-12.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар мачмӯаҳои маводҳои анҷуманҳо ва конфронсҳо

[6-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Использование простогландинов для индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией (обзор литературы) / З.М. Абдусамадзода, М Киёмиддинзода. // Журнал: Мать и Дитя. Душанбе. - 2023. - №1. – С. 5 – 11.

[7-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Клинико – социально – анамнестическая характеристики женщин с критической тяжелой преэклампсией / Г.К. Давлатзода, Ф.Р Ишан – Ходжаева, М Киёмиддинзода. // Журнал: Мать и Дитя. Душанбе - 2023. - №4. – С. 36 – 43.

[8-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Индукция родов женщин с преэклампсией поздних сроков / М Киёмиддинзода // Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения. Республиканская научно – практическая конференция ГОУ «ХГМУ» (IV – ая годичная). Душанбе 22.12. 2023г. С.64-65.

[9-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Частота тяжелых преэклампсией и осложнений тяжелых преэклампсий в стационаре 3-го уровня Таджикистана / М.Я. Камилова., М Киёмиддинзода, Ш.Ш. Амонова // Журнал: Мать и Дитя. Душанбе - 2024. - №1. – С. 16– 21.

Феҳристи ихтисораҳо:

АПЛД	Алоими паҳншудаи лахташавии дохилирагӣ
ВТ ва ҲИА	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
ҶТ –	Ҷумҳурии Тоҷикистон
ҲРХ –	Ҳадафҳои рушди устувор
ЗРХ –	Ҳадафҳои рушди ҳазорсола
КДН –	Кислотаи Дезоксирибонуклеинова
КОА	Комиссияи олии аттестатсионӣ

КИТ –	Корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ
КРН –	Кислотаи Рибонуклеинова
НФКГ	Норасогии фаъолияти кори гурдаҳо
НФКҶ	Норасогии фаъолияти кори ҷигар
О.М. –	Осиёи Марказӣ
ПЭ.В. –	Преэклампсияи вазнин
ПЭ –	Преэклампсия
СММ –	Созмони Милали Муттаҳид
СР –	Саломатии репродуктивӣ
СДР –	Синдроми дистресси респираторӣ
ССИДБТ –	Синдроми сусткуниифобии дохилии батнни тифл
СҶТ –	Созмони ҷаҳонии тандурустӣ
ТЭЛА –	Тромбоэмболияи артерияҳои шуш
ТЁТХ –	Технологиҳои ёрирасони такророни ҳомиладорӣ
ФА –	Фавти модари
ФМА –	Фишори миёнаи артерия
ФР –	Федератсияи Россия
ПҶҲДХ –	Пурра чудошавии ҳамроҳакӣ дурустҷойгиршуда
ҶТБ	Ҷадвали тағйирёфтаи Бишоп
ASPRE –	Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention (скрининги мултимаркерӣ ва табобати тасодуфии беморон бо аспирин барои пешгирии преэклампсия)
HELLP –	Ҳемолиз, афзоиши фаъолияти ферментҳои ҷигар, тромбоситопения
PlGF –	Placental Growth Factor (фактори афзоиши ҳамроҳак)
PAPP-A –	Pregnancy Associated Plasma Protein A (сафедаи плазмаи вобаста ба ҳомиладорӣ A)
NK-клеток –	Natural killer cells (ҳуҷайраҳои табиии кушанда)
SOGC –	Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (ҷамъияти акушерон ва гинекологҳои Канада)

АННОТАЦИЯ

на автореферат диссертации Мадинаи Киёмиддинзода на тему: «Оптимизация методов родоразрешения женщин с тяжелыми преэклампсиями» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология

Ключевые слова: тяжелые преэклампсии, акушерские и перинатальные исходы, индукция родов, аналог гландина Е2, эффективность, безопасность.

Цель исследования: Изучить акушерские и перинатальные исходы женщин в зависимости от срока и способа родоразрешения для оптимизации подходов индукции родов женщин с преэклампсией позднего и доношенного сроков.

Материал исследования: женщины с тяжелыми преэклампсиями различных сроков реализации осложнения.

Методы исследования: Клинико-лабораторно-инструментальное обследование, оценка шейки матки по модифицированной шкале Бишоп. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием параметрических и непараметрических методов статистики.

Полученные результаты и их новизна: Впервые представлены результаты дифференцированного анализа клинико-социально-анамнестических характеристик женщин в зависимости от сроков манифестации преэклампсии в условиях Таджикистана. Выявлено, что факторами, способствующими развитию тяжелых преэклампсий любых сроков реализации, являются низкий уровень образования, сельское место жительства, ограничение общения в социуме женщин домохозяек, первые роды, сочетания гинекологической патологии с экстрагенитальными заболеваниями в анамнезе

Установлена значимость относительного риска развития СЗРП у женщин с ранней преэклампсией. Выявлена выраженная обратная корреляцию между временем дебюта преэклампсии и частотой кесарева сечения. Обнаружены статистически значимые различия частоты акушерских кровотечений у женщин с ранней преэклампсией за счет увеличения частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Выявлено, что основной вклад в неблагоприятные перинатальные исходы вносят ранние преэклампсии. Доказана клиническая эффективность и безопасность применения динопростона для индукции родов у женщин с преэклампсией позднего и доношенного срока.

Рекомендации по использованию: Работа имеет практический выход для акушеров-гинекологов. Результаты проведенных исследований внедрены в работу родовспомогательных учреждений страны.

Область применения: акушерство.

АННОТАТСИЯ

Ба автореферати рисолаи Мадинаи Қиёмиддинзода дар мавзӯи: «Муносибатгардонии усулҳои таваллудкунонии занон бо преэклампсияи вазнин» барои дарёфти дарачаи илмии номзади илмҳои тиббӣ аз руйи ихтисоси - 14.01.01 – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Важаҳои калидӣ: преэклампсияи вазнин, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, индуксияи валодат, аналоги галндин Е2, самаранокӣ, бехатарӣ.

Мақсади тадқиқот: Омӯзиши натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ дар занон вобаста ба мӯҳлат ва усули таваллуд барои оптимизатсияи равишҳои индуксияи таваллуд дар занони бо преэклампсияи давраи дер ва мӯҳлати расида.

Маводҳои тадқиқотӣ: занони гирифтори преэклампсияи вазнини марҳилаҳои гуногуни рушди оризахо.

Усулҳои тадқиқот. Муоинаи клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ, баҳодиҳии гардани бачадон бо истифода аз ҷадвали тағирёфтаи Бишоп. Коркарди омории маълумоти бадастомада бо истифода аз усулҳои омории параметрӣ ва ғайрипараметрӣ анҷом дода шуд.

Натичаҳои ба даст овардашуда ва навигариҳои онҳо: Бори аввал натиҷаҳои таҳлили муқоисавии хусусиятҳои клиникӣ-иқтисодии занон вобаста ба мӯҳлатҳои пайдоиши преэклампсия дар шароити Тоҷикистон пешниҳод карда шуданд. Муайян карда шуд, ки омилҳое, ки ба рушди преэклампсияи вазнини ҳар марҳила мТУСидат мекунанд, сатҳи пасти маълумот, иқомат дар деҳот, маҳдуд будани муошарати соҳибхоназан дар ҷомеъа, таваллуди аввал, омезиши патологияи гинекологӣ бо бемориҳои экстрагениталӣ дар анамнез мебошад.

Аҳамияти хавфи нисбии инкишофи ССИДБТ дар занони гирифтори преэклампсияи барвақт муайян карда шудааст. Байни вақти дебюти преэклампсия ва басомади ҷарроҳии буриши кайсарӣ таносуби баръакси баръало ошкор карда шуд. Тафовутҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар басомади хунравии акушерӣ дар занони гирифтори преэклампсияи барвақт аз сабаби зиёд шудани пеш аз муҳлат ҷудошавии ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда мебошад. Муайян карда шуд, ки преэклампсияи барвақт ба оқибатҳои номТУСиди перинаталӣ саҳми асосӣ мегузорад. Самаранокии клиникӣ ва бехатарии динопростон барои индуксияи валодат дар занони гирифтори преэклампсияи дер ва преэклампсияи муҳлати расида исбот карда шудааст.

Тавсияҳо аз натиҷаҳои тадқиқот: Кор барои акушер - гинекологҳо аҳамияти амали дорад. Натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашуда дар кори таваллудхонаҳои чумҳури ҷори карда шуданд.

Соҳаи истифода: акушерӣ.

ANNOTATION

To the abstract of the dissertation of Madinai Kiyomiddinzoda on the topic: "Optimization of delivery methods for women with severe preeclampsia" for the degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.01 - Obstetrics and Gynecology

Key words: severe preeclampsia, obstetric and perinatal outcomes, induction of labor, glandin E2 analogue, efficacy, safety.

Study objective: To study obstetric and perinatal outcomes of women depending on the term and method of delivery to optimize approaches to induction of labor in women with late and full-term preeclampsia.

Materials and research methodsmaterial methods: women with severe preeclampsia of various stages of complication development. Clinical, laboratory and instrumental examination, assessment of the cervix using the modified Bishop scale. Statistical processing of the obtained data was carried out using parametric and nonparametric statistical methods.

The results obtained and their novelty: For the first time, the results of a differentiated analysis of the clinical, social and anamnestic characteristics of women depending on the timing of the manifestation of preeclampsia in the conditions of Tajikistan are presented. It was revealed that the factors contributing to the development of severe preeclampsia of any implementation period are a low level of education, rural place of residence, limited communication in the society of housewives, first birth, combination of gynecological pathology with extragenital diseases in the anamnesis.

The significance of the relative risk of developing IUGR in women with early preeclampsia was established. A pronounced inverse correlation was found between the time of the onset of preeclampsia and the frequency of cesarean sections. Statistically significant differences in the frequency of obstetric hemorrhages in women with early preeclampsia were found due to an increase in the frequency of premature detachment of a normally located placenta. It was revealed that the main contribution to adverse perinatal outcomes is made by early preeclampsia. The clinical efficacy and safety of dinoprostone for induction of labor in women with late and full-term preeclampsia have been proven.

Recommendation for use: The work has practical implications for obstetricians and gynecologists. The results of the conducted research have been implemented in the work of maternity hospitals in the country.

Area for use: obstetrics.