

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

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 последипломого
образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан»

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2026 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 способствует 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 [Капительный 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] [2,10].

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] [12].

Известно, что начало, течение и исход родов при родоразрешении методом индукции родов зависят от двух факторов – зрелости шейки матки и сокращений миометрия. Физиологический процесс родов характеризуется созревaniem 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, 11].

В современной акушерской практике для преиндукции родов применяются различные фармакологические методы, среди которых ведущую роль играет динопростон - синтетический аналог простагландина E2. Физиологическое обоснование его применения базируется на естественном увеличении концентрации простагландина E2 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] [3,11].

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. [11]. 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 дискуссионными 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 состояниям 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 [K. Irene et al., 2021] [10].

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]

[7].

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

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» (2022-2027 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.

Для достижения поставленной цели и решения задач исследования проведено 3 этапа исследования. На первом этапе изучена литература по выполняемой теме исследования. Выбор источников включал базы данных E-library, PubMed, Medline, Библиотеку ВОЗ за

последние 7 лет. Отобранные источники изучены, проанализированы, что позволило определить актуальность выбранного исследования и написать аннотацию, в которой были определены цель и задачи исследования. Второй этап исследования включал ретроспективный анализ 240 историй родов женщин с тяжелыми преэклампсиями. Исследование предполагало изучение клинико-анамнестической характеристики женщин с тяжелыми преэклампсиями, среди которых особое внимание уделено преэклампсиям поздних и доношенного сроков. Третий этап исследования – это проспективное обследование 180 женщин с тяжелой преэклампсией, которым использованы различные медикаментозные методы индукции родов и из инструментальных методов – амниотомия. Проведен сравнительный анализ различных методов индукции родов: изучены акушерские и перинатальные исходы, осложнения, количество последующих индукции кесаревых сечений, что определяет приемлемость метода. Эффективность различных методов индукции включала оценку длительности от начала индукции до начала родовой деятельности, длительности родов, частоту начала родовой деятельности при «зрелой» шейке матки, количество случаев без эффективной индукции родов.

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 воздействием 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 соотношения 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 воздействии 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-социально-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 участии 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 ежегодная), «Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения» посвященная 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан 22.12.2023 г. На заседании проблемно-экспертной комиссии по акушерству и гинекологии ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» (протокол №2 от 04.06.2025г.), на заседании Диссертационного совета 6Д КОА -006 при ГУ «ТНИИ АГ и П» МЗ СЗН РТ (протокол №1 от 6.01.2026г).

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 13 рисунками и содержит 23 таблиц.

Основная часть исследования

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились беременные женщины с тяжелой 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, анasarка 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; $n=60$), 2 – случаи преэклампсии позднего срока (34 – 37 недель беременности; $n=101$); 3 – случаи преэклампсии доношенного срока больше 37 недель беременности; $n=79$).

Проспективно обследованные женщины были разделены на подгруппы в зависимости от использованного препарата для индукции: А+О – амниотомия+ окситоцин ($n= 71$), М – мизопростол ($n=58$), Д – динопростон ($n=51$). 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 функционирования почек определяли уровень креатинина и мочевины фотометрическим методом. В крови женщин нормальный уровень креатинина составляет 53-97 $\mu\text{моль/л}$, мочевины в крови составляет 2,6-6,7 $\mu\text{моль/л}$. Уровень общего билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы определяли в сыворотке крови методом фотоколориметрии. В норме уровень билирубина у женщин от 0,5 до 20,5 $\mu\text{моль/л}$, 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 доплерометрию 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 подлежащей части относительно седалищных остей, консистенция, положение относительно проводной оси таза. Оценка каждой характеристики проводилась по балльной системе от 0 до 3 баллов. Затем баллы суммировали и модифицировали: при преэклампсии, самопроизвольных родов в анамнезе добавляли 1 бал. При перенесенной 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 $M \pm m$, качественные показатели в виде частоты или долей (%). Для сравнения парных связанных выборок применяли критерий Вилкоксона. При парных сравнениях использовали критерий χ^2 для таблиц 2×2 с 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 подсчетом нормированного коэффициента Пирсона. Нулевая гипотеза отвергалась при уровне значимости $\alpha=0,05$

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 $\pm$ 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 ($93,8 \pm 1,6\%$ против $6,3 \pm 1,6\%$, $t=39,7$, $p<0,001$). 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 домохозяйек ($82,5 \pm 2,5\%$) по сравнению с работающими женщинами ($17,5 \pm 2,5\%$). Ограниченный уровень образования и отсутствие возможности общаться в социальной среде является показателем низкого социального статуса, который способствует неблагоприятному протеканию беременности. При анализе структуры сопутствующих заболеваний в исследуемой когорте было выявлено два явных лидера по частоте встречаемости наиболее часто встречающегося состояния — отягощённый инфекционный анамнез, в частности указания на частые ОРВИ в течение жизни. Второе место по частоте заняли заболевания почек, которые были зарегистрированы у значительной доли пациенток во всех трёх группах. Хроническая артериальная гипертензия, несмотря на её клиническую значимость как общепризнанного фактора риска преэклампсии, встречалась существенно реже. При этом, если частота заболеваний почек и хронической гипертензии была сопоставима во всех трёх группах (не зависела от сроков манифестации) то в отношении инфекционного анамнеза была установлена неоднородность распределения. Сравнительный межгрупповой анализ с использованием критерия хи-квадрат выявил статистически значимые различия в частоте указаний на частые ОРВИ между обследованными группами в целом ($p < 0,001$). Это наблюдение позволяет предположить, что инфекционная нагрузка и состояние иммунной системы могут быть ассоциированы со сроками дебюта тяжёлой преэклампсии.

Особое внимание в исследовании было уделено поиску фоновых состояний, ассоциированных не со сроком, а с тяжестью исхода — то есть с развитием критических состояний. Здесь было сделано ключевое наблюдение: у пациенток, чья тяжёлая преэклампсия прогрессировала до жизнеугрожающих форм (эклампсии, HELLP-синдрома и др.), была выявлена статистически значимо более высокая частота йоддефицитных состояний в анамнезе. Высокое значение статистики ($\chi^2 = 67,2$) и высокий уровень значимости ($p < 0,001$) указывают на наличие выраженной ассоциации между йоддефицитными состояниями и развитием критических осложнений преэклампсии.

Таблица 1. - Частота экстрагенитальных заболеваний в зависимости от времени начала тяжёлой преэклампсии

группа нозолология	1 (n=60)	2(n=101)	3(n=79)	p
Частые ОРВИ	37 (61,7%)	89 (88,1%)	45 (57,0%)	p < 0,001
Заболевания почек	26 (43,3%)	53 (52,4%)	43 (54,4%)	p = 0,39
анемия	3 (5,0%)	9 (8,9%)	4 (5,1%)	p = 0,49
хроническая гипертензия	3 (5,0%)	2 (1,9%)	3 (3,8%)	p = 0,56
Заболевания ЖКТ	2 (3,3%)	4 (3,9%)	1 (1,3%)	p = 0,55
Йоддефицитные состояния	1 (1,7%)	8 (7,9%)	8 (10,1%)	p = 0,14

Примечание: данные представлены в виде абсолютного числа наблюдений и их доли (%). Сравнение частоты показателей между группами проводилось с использованием χ^2 -критерия Пирсона.

При рассмотрении профиля данных жизнеугрожающих ситуаций была установлена четкая иерархия по частоте встречаемости. Доминирующим осложнением являлась эклампсия. Это наиболее тяжелое проявление гестоза, сопровождающееся судорожным синдромом, было диагностировано у 17 женщин (что составило 28,3% от числа всех критических состояний).

Вторую по значимости позицию заняла группа гемолитических и печеночных нарушений. HELLP-синдром (в его развернутой, полной форме) был зарегистрирован у 12 пациенток (20,0%), в то время как частичные или неполные варианты данного синдрома (ELLP-синдром) были зафиксированы у 7 (11,6%).

Значительную долю составили полиорганные дисфункции. Отек легких развился у 6 пациенток (10,0%). Острая почечная недостаточность (ОПН), требующая интенсивной терапии, была отмечена у 5 женщин (8,3%). Тяжелая печеночная недостаточность была диагностирована у 3 пациенток (5,0%).

Среди акушерских геморрагических и гемостазиологических осложнений преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) была зафиксирована в 6 случаях (10,0%), что по частоте совпало с отеком легких. ДВС-синдром осложнил течение заболевания у 2 женщин (3,3%). Также у 2 пациенток (3,3%) была констатирована неуправляемая (рефрактерная) гипертензия, не поддающаяся стандартной гипотензивной терапии. – рисунок 1.

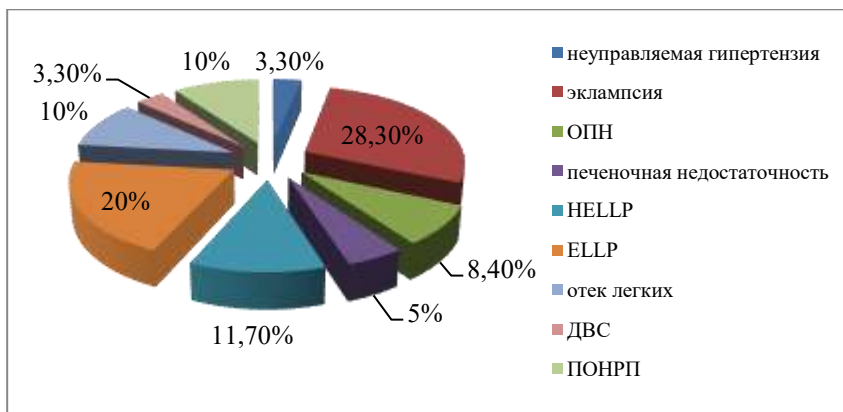


Рисунок 1. – Удельный вес осложнений тяжелой преэклампсии у женщин обследованных групп

Детальный анализ структуры гемодинамических расстройств, выявленных в системе «мать–плацента–плод», был систематизирован и представлен в таблице 2. Данные таблицы отражают распределение степени выраженности плацентарной недостаточности (компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной форм) в обследованных группах при различных сроках манифестации тяжёлой преэклампсии.

Таблица 2. – Распределение пациенток по степени выраженности нарушений кровообращения в системе «мать–плацента–плод» при различных сроках манифестации преэклампсии

Степень нарушений \ Группа	1(п=35)	2(п=85)	3(п=33)	p
компенсированные	1 (2,9%)	18 (21,2%)	8 (24,2%)	
субкомпенсированные	28 (80,0%)	61 (71,8%)	25 (75,8%)	
декомпенсированные	4 (11,4%)	6 (7,1%)	0	

Примечание: данные представлены в виде абсолютного числа наблюдений и их доли (%).

Анализ данных, представленных в таблице 3.5, показал, что структура гемодинамических нарушений в системе «мать–плацента–плод» различалась в зависимости от срока манифестации тяжёлой преэклампсии. В 1-й группе (пациентки с ранней преэклампсией) компенсированные формы плацентарной недостаточности регистрировались реже по сравнению с группами более позднего дебюта заболевания.

В то же время субкомпенсированные формы нарушений

кровообращения преобладали во всех трёх группах наблюдения. Их частота оставалась высокой и варьировала в диапазоне от 71,8% до 80%, без выраженных межгрупповых различий, что указывает на сходную структуру данной категории нарушений независимо от срока манифестации преэклампсии.

При тяжелой преэклампсии ультразвуковое исследование является одним из обязательных методов исследования. Ультразвуковое исследование, включая доплерометрию и фетометрию, проведено у 153 женщин, из которых 35 — с ранней преэклампсией, 85 — с преэклампсией позднего срока и 33 — с преэклампсией доношенного срока. Среди 153 обследованных женщин с тяжелой преэклампсией, нормальные параметры доплерометрии установлены в 28 (18,3%) случаях. Распределение женщин с нормальными показателями доплерометрии в зависимости от времени начала преэклампсии представлены на рисунке 2.

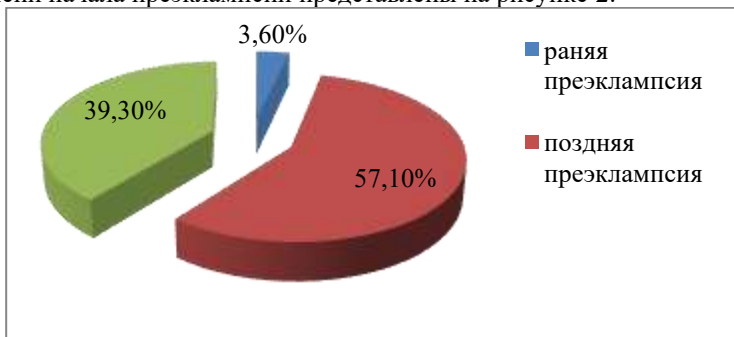


Рисунок 2. – Удельный вес женщин с нормальными показателями доплерометрии в зависимости от срока начала преэклампсии

Одним из важнейших этапов антенатальной оценки состояния плода при тяжелой преэклампсии является доплерометрическое исследование маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока. Анализ результатов данного исследования в нашей работе выявил выраженные различия в распределении показателей кровотока в зависимости от срока манифестации заболевания.

Так, в группе пациенток с ранней преэклампсией (дебют < 34 недель) нормальные гемодинамические показатели были зарегистрированы в единичном наблюдении, что составило 3,6% (n=1). В 96,4% наблюдений данной группы отмечались нарушения кровотока в системе «мать–плацента–плод».

Иная структура распределения показателей наблюдалась у женщин с более поздним дебютом. В группе преэклампсии позднего срока (34+0 - 36+6 недель) нормальные показатели доплерометрии встречались уже в большинстве случаев - 57,1% (n=16). В

группе с доношенной преэклампсией (≥ 37 недель) этот показатель также был высоким - 39,3% (n=11).

Сравнение распределения показателей показало, что относительная частота пациенток с сохранным кровотоком в группе преэклампсии поздних сроков превышала таковую в группе ранней преэклампсии примерно в 16 раз (57,1% против 3,6%) в рамках анализируемой выборки.

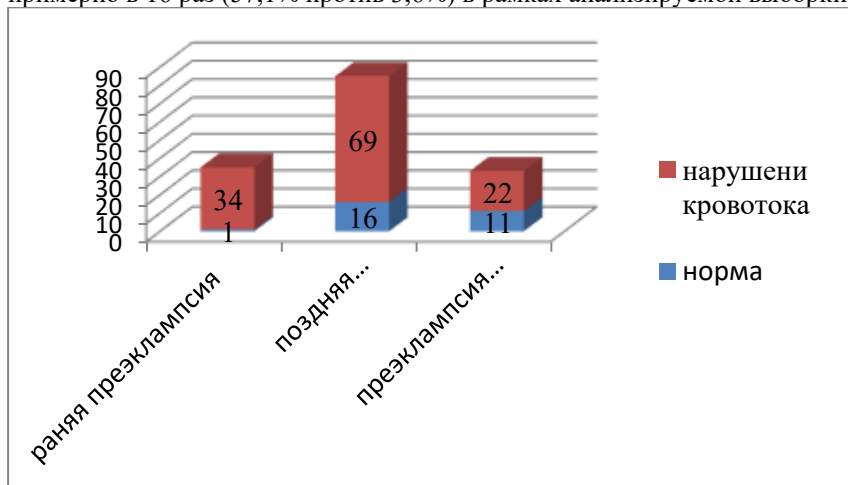


Рисунок 3. – Количество женщин с нормальным кровотоком и нарушениями кровотока у обследованных групп женщин

Относительный риск развития синдрома задержки роста плода при ранней преэклампсии составил 1,21 (95% ДИ 0,51–2,88).

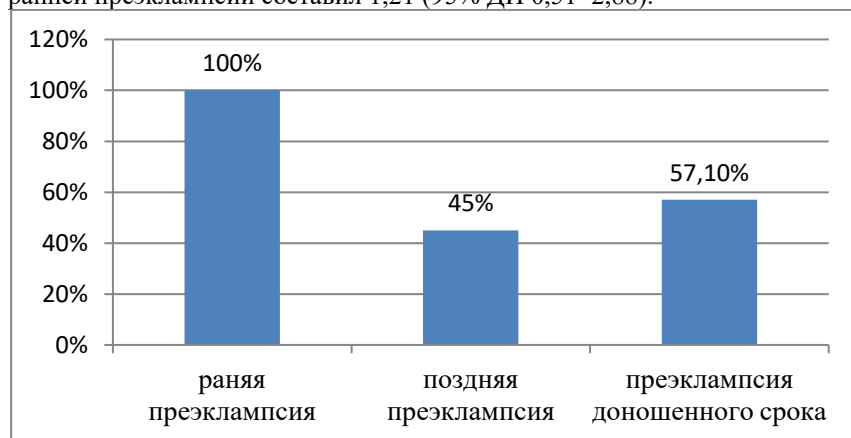


Рисунок 4. – Частота сочетания СЗРП с маловодием в группах обследованных женщин

Операция кесарева сечения 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 кесарева сечения 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 (рисунок 5).

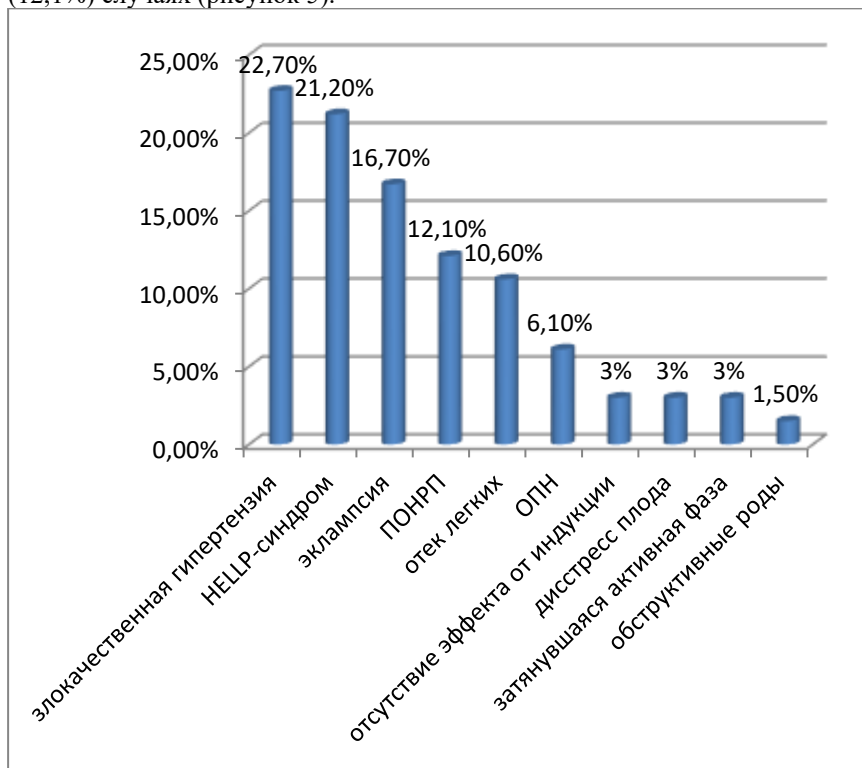


Рисунок 5. – Частота показаний к операции кесарева сечение в группах обследованных женщин

Относительный риск завершения беременности путем операции кесарева сечения у женщин с ранней преэклампсией, по сравнению с пациентками с преэклампсией поздних и доношенного сроков, составил $RR = 9,37$ (95% ДИ 6,0–14,6).

По показаниям, связанным с усугублением тяжелой преэклампсии, в группах женщин с преэклампсией позднего и доношенного срока

кесарево сечение проведено в 8 (4,4%) случаях, тогда как в группе женщин с ранней преэклампсией — в 15 (25%) случаях. При межгрупповом сравнении выявлено статистически значимое увеличение частоты кесарева сечения у женщин с ранней преэклампсией по сравнению с пациентками с преэклампсией позднего и доношенного сроков ($\chi^2 = 19,0$; $p < 0,001$). Полученные данные указывают на более частое применение оперативного родоразрешения по материнским показаниям при ранней преэклампсии, что требует индивидуальной оценки состояния пациентки при выборе метода родоразрешения.

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

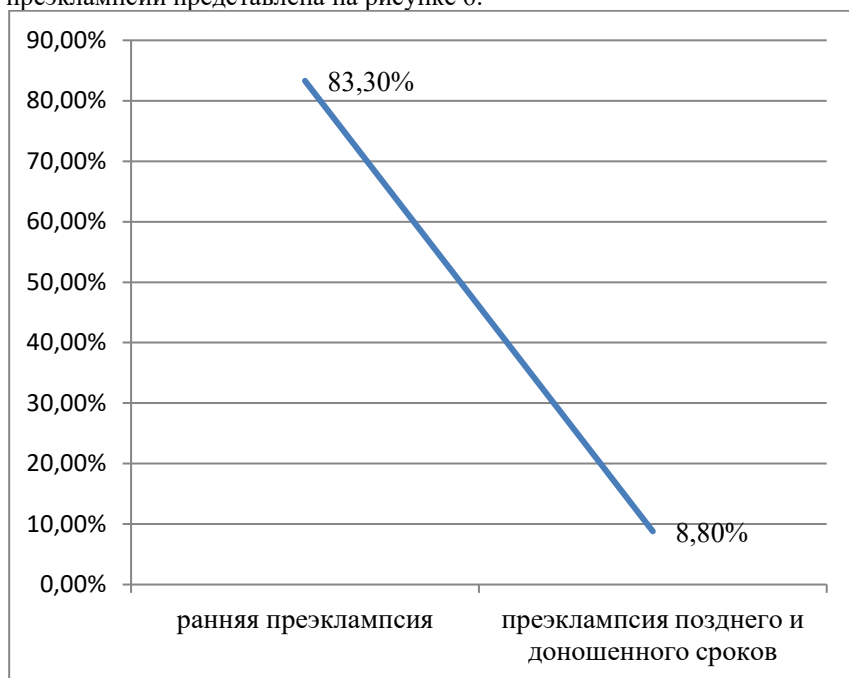


Рисунок 6. - Зависимость частоты кесарева сечения от времени начала преэклампсии

Относительный риск завершения беременности путем операции кесарева сечения у женщин с ранней преэклампсией, по сравнению с пациентками с преэклампсией поздних и доношенного сроков, составил $RR = 9,37$ (95% ДИ 6,0–14,6).

Сравнительная эффективность преиндукции и индукции родов динопростом у женщин с преэклампсией доношенного срока и с поздним началом преэклампсии представлена в таблице 3.

Таблица 3. – Показатели эффективности преиндукции и индукции родов с применением динопростона у женщин с поздней и доношенной преэклампсией.

подгруппа показатель	Д-1: поздняя ПЭ (n=31)	Д-2: доношенная ПЭ (n=20)	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)

Углубленный внутригрупповой анализ временных параметров индукции в группе пациенток, получавших динопростон (Группа Д), выявил клинически значимую зависимость от срока гестации. При сопоставлении подгруппы с «поздней» (недоношенной, 34-37 недель) преэклампсией и подгруппы с «доношенной» (≥ 37 недель) преэклампсией было установлено достоверное ($p < 0,05$) увеличение латентного периода, то есть интервала от начала применения препарата до развития регулярной родовой деятельности, именно у пациенток с недоношенной беременностью. Данный результат представляется патофизиологически закономерным. Можно предположить, что, несмотря на формально схожую оценку «незрелости» по шкале Бишопа, шейка матки в недоношенном сроке является менее рецептивной к фармакологической стимуляции и требует большего временного интервала для полноценного созревания по сравнению с шейкой матки при доношенной беременности. В то же время, что примечательно, общая продолжительность уже начавшегося родового процесса (от момента установления регулярных схваток до рождения ребенка) не продемонстрировала существенных, статистически значимых различий ($p > 0,05$) между этими двумя подгруппами.

Для более глубокого понимания того, как именно динопростон (ПГЕ₂) реализует свое фармакологическое действие в различных гестационных сроках, мы провели прицельный анализ степени зрелости шейки матки в тот момент, когда на фоне индукции развивалась регулярная родовая деятельность. Целью было выяснить, существует ли некий единый «клинический порог» зрелости, достигаемый препаратом, при котором

запускается процесс родов. Результаты показали, что динопростон обеспечивает достижение практически идентичного состояния готовности родовых путей, независимо от исходного срока гестации. Статистический анализ не выявил достоверных различий ($p>0,05$) в структуре оценок по шкале Бишопа в момент начала родов между двумя подгруппами.

У пациенток с поздней преэклампсией начало родов при оценке в 7 баллов было зафиксировано в $30,8\pm 7,4\%$ случаев ($n=12$), а при оценке в 8 баллов — в $69,2\pm 7,4\%$ случаев ($n=29$). В группе с преэклампсией доношенного срока эти показатели были почти зеркальными: $35,0\pm 10,7\%$ ($n=7$) и $65,0\pm 10,7\%$ ($n=13$) соответственно. Это указывает на достижение сходного уровня зрелости шейки матки к моменту начала родовой деятельности независимо от срока гестации.

Проведенный сравнительный анализ эффективности трех протоколов индукции (Мизопростол, Динопростон, Окситоцин) у пациенток с тяжелой преэклампсией позволяет сформулировать следующие ключевые выводы. Наиболее короткая продолжительность от начала индукции до развития регулярных схваток предсказуемо отмечена в группе окситоцина. Ключевое клиническое сопоставление развернулось между двумя простагландинами, которые использовались в исходно сложных условиях — при «незрелой» шейке матки. В этом прямом сравнении динопростон (ПГЕ2) продемонстрировал явное фармакологическое преимущество, сокращая среднее время до начала регулярных схваток на 3 часа по сравнению с мизопростолом (ПГЕ1). Финальным аргументом в пользу динопростона служат данные о достигнутой зрелости шейки. Тот факт, что родовая деятельность в обеих группах (поздней и доношенной ПЭ) инициировалась при достижении практически идентичного порога в 7-8 баллов, доказывает клиническую эффективность, надежность и универсальность данного препарата. Таким образом, применение динопростона является патогенетически обоснованным, безопасным и эффективным методом преиндукции и индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией, независимо от того, требуется ли родоразрешение в позднем недоношенном или в доношенном сроке.

Механизм действия динопростона, являющегося синтетическим аналогом простагландина E2, 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. Динопростон, являясь аналогом ПГЕ2, обеспечивает

физиологическую последовательность родового процесса, при которой созревание шейки матки предшествует развитию сократительной активности. Особую значимость данный механизм приобретает при преиндукции и индукции родов в сроке недоношенной беременности. Несмотря на то, что к 34-37 неделям гестации завершается формирование основных органов и систем плода, недоношенные новорожденные сохраняют повышенную чувствительность к гипоксии и акушерским манипуляциям. В этой связи щадящее ведение родов при необходимости досрочного родоразрешения является ключевым фактором оптимизации показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

Полученные нами комплексные результаты убедительно показывают, что материнские акушерские исходы при применении трех изученных медикаментозных методов индукции (динопростон, мизопростол, окситоцин) у женщин с преэклампсией 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 (n=58)	Д (n=51)	О (n=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	
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	
Средняя кровопотеря в родах(мл)	319,6±34,5	287,7±17,6	292,6±43,8	$p>0,05$

Примечание. Для сравнения частоты категориальных исходов между группами использовался критерий χ^2 Пирсона; при наличии ячеек с ожидаемыми частотами менее 5 применялся точный критерий Фишера. В случаях, когда в одной из групп наблюдаемое значение показателя отсутствовало (0), статистическое сравнение проводилось между двумя оставшимися группами. Сравнение средней кровопотери в родах выполнялось с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA)

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

1. Социально-анамнестический и репродуктивный профиль пациенток с тяжелой преэклампсией характеризуется преобладанием женщин, проживающих в сельской местности (87,7%; $p<0,001$), с преимущественно средним и средне-специальным уровнем образования (93,8%; $p<0,001$), не имеющих профессиональной занятости вне дома (домохозяйки — 82,5%; $p<0,001$). В структуре репродуктивного анамнеза во всех группах преобладали первородящие женщины, однако при межгрупповом сравнении статистически значимой ассоциации между паритетом родов и сроками манифестации тяжелой преэклампсии выявлено не было ($p>0,05$) [7-А].

2. В структуре экстрагенитальной патологии у женщин с тяжелой преэклампсией наиболее часто регистрировались отягощенный инфекционный анамнез в виде частых ОРВИ и заболевания почек. Частота указаний на частые ОРВИ статистически значимо различалась между группами, стратифицированными по срокам манифестации тяжелой преэклампсии ($\chi^2=13,97$; $p<0,001$), тогда как распространенность заболеваний почек, анемии и хронической артериальной гипертензии не зависела от сроков начала заболевания ($p>0,05$). У пациенток с развитием жизнеугрожающих форм тяжелой преэклампсии выявлена статистически значимая ассоциация с наличием йоддефицитных состояний в анамнезе ($\chi^2=67,2$; $p<0,001$) [7-А, 9-А].

3. Тяжелая преэклампсия ранних сроков ассоциируется с более выраженными нарушениями маточно-плацентарной и фето-плацентарной гемодинамики по сравнению с преэклампсией более позднего дебюта. В группе ранней преэклампсии нормальные показатели доплерометрии регистрировались существенно реже, чем при поздней и доношенной преэклампсии (3,6% против 57,1% и 39,3% соответственно). В структуре гемодинамических нарушений при ранней преэклампсии значительно реже выявлялись компенсированные формы плацентарной недостаточности по сравнению с преэклампсией более поздних сроков (2,9% против 22,0%; $p=0,0097$, критерий Фишера), при преобладании субкомпенсированных форм во всех обследованных группах [7-А, 9-А].

4. Перинатальные исходы у женщин с тяжелой преэклампсией статистически значимо зависят от сроков манифестации заболевания. Ранняя преэклампсия ассоциируется с более низкими показателями массы и роста новорожденных, более высокой частотой синдрома задержки роста плода (38,3% против 19,8% и 8,9% при поздней и доношенной преэклампсии соответственно; $\chi^2=18,1$; $p<0,001$), а также с выраженным

ухудшением показателей ранней неонатальной адаптации по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни ($p < 0,001$). У новорождённых от матерей с ранней преэклампсией статистически значимо чаще регистрировались дыхательная недостаточность, асфиксия, кровоизлияния в головной мозг и респираторный неонатальный дистресс-синдром ($p < 0,05$). При этом наибольший вклад в структуру перинатальных потерь при ранней преэклампсии вносила ранняя неонатальная смертность, тогда как различия по частоте антенатальной и интранатальной гибели статистически значимыми не были [5-A]

5. Акушерские исходы при тяжёлой преэклампсии статистически значимо различаются в зависимости от сроков манифестации заболевания. У женщин с ранней преэклампсией кесарево сечение выполнялось достоверно чаще, чем при преэклампсии поздних и доношенного сроков ($\chi^2=84,9$; $p < 0,001$), при этом относительный риск оперативного родоразрешения составил $RR=9,37$ (95% ДИ 6,0–14,6), а операции по материнским показаниям, связанным с прогрессированием заболевания, регистрировались значимо чаще ($p < 0,001$). Частота акушерских кровотечений была максимальной в группе ранней преэклампсии (20,0% против 3,0–3,8%; $p \approx 0,001$), включая более высокую частоту преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты ($p \approx 0,004$), тогда как различий в частоте гипотонических послеродовых кровотечений между группами выявлено не было ($p \approx 0,18$) [4-A].

6. Сравнительный анализ методов медикаментозной индукции родов у женщин с тяжёлой преэклампсией поздних и доношенного сроков при исходно незрелой и недостаточно зрелой шейке матки показал, что при сопоставимых исходных цервикальных условиях применение динопростона (ПГЕ2) ассоциируется с более коротким интервалом от начала индукции до развития регулярной родовой деятельности по сравнению с мизопростолом ($13,9 \pm 0,2$ против $16,9 \pm 1,3$ часа; $p < 0,017$). В группе динопростона не выявлено статистически значимых различий в распределении степени зрелости шейки матки перед индукцией между пациентками с поздней и доношенной преэклампсией ($p > 0,05$), а начало родовой деятельности в обеих подгруппах происходило при достижении сходного порога зрелости шейки матки (7–8 баллов по шкале Бишопа; $p > 0,05$). При этом у пациенток с поздней (недоношенной) преэклампсией латентный период индукции был достоверно более продолжительным, чем при доношенной беременности ($p < 0,05$), тогда как продолжительность уже начавшихся родов статистически значимо не различалась ($p > 0,05$), что подтверждает клиническую эффективность, воспроизводимость и безопасность применения динопростона для преиндукции и индукции родов при тяжёлой преэклампсии независимо от срока гестации [1-A, 3-A, 8-A].

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 динопростомом. При недостаточно зрелой шейке матки (6-7 баллов) проводить консультирование о возможности применения мизопростала и динопростала 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 динопростомом.

Публикации по теме диссертации Статьи в рецензируемых журналах

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

- [6-A]. Мадинаи Киёмиддинзода. Использование простогландинов для индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией (обзор литературы) / З.М. Абдусамадзода, М. Киёмиддинзода // Мать и дитя. Душанбе. - 2023. - №1. – С. 5 – 11.
- [7-A]. Мадинаи Киёмиддинзода. Клинико – социально – анамнестическая характеристики женщин с критической тяжелой преэклампсией / Г.К. Давлатзода, Ф.Р. Ишан–Ходжаева, М. Киёмиддинзода // Мать и дитя. Душанбе - 2023. - №4. – С. 36 – 43.
- [8-A]. 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 годовичная). Душанбе, 22.12. 2023г. – С. 64-65.
- [9-A]. Мадинаи Киёмиддинзода. Частота тяжелых преэклампсией и осложнений тяжелых преэклампсий в стационаре 3-го уровня Таджикистана / М.Я., Камилова, М. Киёмиддинзода, Ш.Ш. Амонова // Мать и Дитя - 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 годовичная), «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	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
РТ	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
«ПАЖҶҲИШГОҲИ АКУШЕРӢ, ГИНЕКОЛОГӢ ВА
ПЕРИНАТОЛОГИИ ТОҶИКИСТОН»**

УДК 618.39.-089.888.14

Бо ҳуқуқи дастнавис



МАДИНАИ ҚИЁМИДДИНЗОДА

**МУНОСИБАТГАРДОНИИ УСУЛҶОИ ТАВАЛЛУДКУНОНИИ
ЗАНОН БО ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ВАЗНИН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.01 – Монопизишкӣ ва бемориҳои занона

Душанбе – 2025

Таҳқиқоти илмӣ дар баҳши 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 баҳши акушерии МД «ПАГ ва ПТ»-и ВТ ҲИА ҚТ

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 «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия санаи «___» _____ с. 2026 соати «___» дар ҷаласаи шӯрои 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 расмӣ (www.niiagip.tj) МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ соли 2025 ирсол гардид.

Котиби илмӣ 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 мураккабиҳоро 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 мусоидат мекунад [С.А. Васильев ва ҳамкорон, 2021] [1].

Презклампсия як ҳолати патологӣи мураккаб мебошад, ки бо осеби полиоргани тавсиф мегардад, ки дар он гипертензияи артериявӣ бо даҳолати 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, норасоии 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 презклампсияи вазнин арзёбӣ шуда, табobati пешбурди мувофиқро талаб намояд, новобаста аз мавҷудияти протеинурия. Дар чанд кишвар аломатҳои мустақили иловагӣи дараҷаи шиддати презклампсияи манфиати беморӣ то ҳафтаи 32-34-уми гестатия ва нишонаҳои синдроми сусинкишоёбии дохили батнии тифл ҳисобида мешаванд. Ҷолиб аст, ки танҳо протеинурия бе аломатҳои клиникӣ ҳамрадиқ, ҳамчун омилҳои пешгӯии натиҷаҳои ҳомиладорӣ ҳам аз ҷониби модар ва ҳам кӯдак арзёбӣ намешавад [Капительный 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] [2,10]. Муолиҷаи презклампсияи вазнин пешгирии ихтилоҷҳо (муолиҷаи магнезия) ва пешгирии хунрезӣ ба майна (муолиҷаи антигипертензивӣ) дар бар мегирад. Ҳамзамон, дароз кардани муддати ҳомиладорӣ барои пешгирии синдроми норасоии нафаскашӣ кӯдак (СДР) низ ба нақша гирифта мешавад. Усули асли ва муоссири муолиҷаи презклампсияи 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 презкламписияи вазнин, ба монанди экламписия ва синдроми HELLP мавҷуданд [У.Д. Узакова ва ҳамкорон, 2015] [4].

Презкламписияи вазнин мақоми пешсафро дар сохтори сабабҳои фавти модарӣ ишғол мекунад. Одатан ташҳиси саривақтӣ, бистарикунони ва таваллуди занон бо презкламписияи вазнин имкониятҳои коҳиш додани рушди ҳолатҳои вазнин ва фавти модариро фароҳам меоранд. Аз ин рӯ, омӯзиши усулҳои мақбултарини индуксияи таваллуд дар занон бо презк-ламписияи вазнин дар давраҳои гуногуни гестация яке аз самтҳои хеле муҳим ва актуалии таҳқиқоти илмӣ мебошад [WHO systematic analysis,2023] [12].

Маълум аст, ки оғоз, қараён ва натиҷаи таваллуд дар таваллуд бо усули индуксия ба ду омил вобаста аст — тайёршавии гарданаки бачадон ва кашишхурии миометрий. Раванди физиологӣи 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 омилҳои муайянкунанда барои муваффақияти индуксияи таваллуд ҳам дар ҳомиладорӣ бо мӯҳлат ва ҳам пеш аз мӯҳлат мебошад. Барои баҳодихии тайёршавии ноаи 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] [3,11].

Дар таҷрибаи муосири акушерӣ барои пешиндуксияи таваллуд усулҳои гуногуни фармакологӣ истифода мешаванд, ки дар байни онҳо нақши асосӣ ба динопростон — аналоги синтетикии простагландин E2 дода мешавад. Истифодаи таҳқиқоти физиологӣи он афзоиши табиӣи концентратсияи простагландин E2 дар ҳучайраҳои пардаи назди тифли дар минтақаи ноаи 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 калсӣ ва метаболизми аденозинмонофосфати циклиқӣ. 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 пласебо тасдиқ шудааст. Мувофиқи тавсияҳои клиникӣи 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; Н. Mendez-Figueroa ва дигарон, 2021] [6,8].

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)[11], истифодаи динопростон барои пешиндуксияи таваллуд дар мӯҳлати расида дараҷаи баланди исбот ва эътимоднокии далелҳоро дорад. Бо вучуди 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 презклампсия дар мӯҳлати норасоиди ҳомиладори талаб мекунад.

Дараҷаи коркарди илмӣи проблемани мавриди омӯзиш. Таҳлили манбаъҳои адабиётӣ, ки ба презклампсияи вазнин ва усулҳои таваллуд дар занон бо зарурати таваллуди пеш аз мӯҳлат бахшида шудаанд, нишон дод, ки ин масъалаҳо васеъ ва амиқ омӯхта шудаанд. Презклампсияҳои 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 презклампсия новобаста аз мӯҳлати ҳомиладори ва усули таваллуд то ҳол баҳсбарангез боқӣ мемонанд. Аз як тараф, индуксияи таваллуд дар занони бо презклампсияи вазнин метавонад аз авориз ёфтани ҳомиладориро пешгирӣ намояд. Яке аз мураккабҳои презклампсияи 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 [K. Irene et al., 2021] [10].

Баъзе муҳаққиқон бар онанд, ки индуксияи таваллуд дар занони дорои презклампсия басомади ҷарроҳии буриши қайсариро зиёд мекунад. Аммо мувофиқи маълумоти дигар таҳқиқотҳо, дар занони бо презклампсия афзоиши мӯҳлати гестатсионӣ басомади таваллудҳои муваффақ тавассути роҳи табиӣ зиёд шуда, ин ба коҳиши басомади буриши қайсари мусоидат мекунад. Аз ин рӯ, ҷомеаи байналмилалӣ акушерон ва гинекологҳо оид ба идораи омузиши пешбурди бо презклампсия бар онанд, ки дар интиҳоби 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 мусоидат мекунад [J. Lai et al., 2021] [7].

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

Интиҳоби усули индуксия барои занон бо презклампсияи 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), мавзӯҳои илмӣ. Корномаи диссертатсионӣ дар доираи татбиқи Стратегияҳои миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки ба коҳиш додани ғавти модарона ва перинаталӣ равона шудаанд, тасдиқ ва иҷро шудааст. Таҳқиқоти илмӣ бо иҷрои мавзӯи корҳои илмӣ-таҳқиқотии шуъбаи акушерии Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи 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 2022–2027) 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 презклампсияи давраи дер ва мӯҳлати расида.

Вазифаҳои таҳқиқот:

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

Объекти таҳқиқот: Объекти таҳқиқот занони ҳомиладоре буданд, ки бо презклампсияи вазнин мурочиат карда, дар Муассисаи

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

Барои ноил шудан ба ҳадаф ва вазифаҳои муайяншудаи таҳқиқот, се марҳилаи таҳқиқот гузаронида шуд. Дар марҳилаи аввал, адабиёт оид ба мавзӯи тадқиқот баррасӣ шуд. Манбаъҳо китобхонаи электронӣ, PubMed, Medline ва Китобхонаи ТУТ-ро дар тӯли ҳафт соли охир дар бар мегирифтанд. Манбаъҳои интихобшуда баррасӣ ва таҳлил карда шуданд, ки ба мо имкон дод, ки аҳамияти таҳқиқоти интихобшударо муайян кунем ва ҳулосаеро нависем, ки ҳадаф ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян мекунад. Марҳилаи дуюми таҳқиқот таҳлили ретроспективии 240 таърихи таваллуди занони гирифтори презклампсияи шадидро дар бар мегирифт. Таҳқиқот омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва анамнестии занони гирифтори презклампсияи шадидро дар бар мегирифт, бо таваҷҷӯҳи махсус ба презклампсияи дер ва пурраи ҳомиладорӣ. Марҳилаи сеюми таҳқиқот муоинаи дурнамои 180 зани гирифтори презклампсияи шадид буд, ки усулҳои гуногуни тиббии ҳавасмандкунии таваллуд, аз ҷумла амниотомияро аз сар гузарониданд. Таҳлили муқоисавии усулҳои гуногуни ҳавасмандкунии таваллуд гузаронида шуд, ки натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, мушкilot ва шумораи буришҳои минбаъдаи қайсариро таҳқиқ мекард, ки қобили қабул будани усулро муайян мекунад. Самаранокии усулҳои гуногуни индуксия арзёбии вақтро аз оғози индуксия то оғози таваллуд, давомнокии таваллуд, суръати оғози таваллуд бо гарданаки бачадони "ташаққулёфта" ва шумораи ҳолатҳоеро дар бар мегирифт, ки индуксияи таваллуд номуваффақ буд.

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

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Бори аввал натиҷаҳои таҳлили муқоисавии хусусиятҳои клиникӣ-иқтисодии занон вобаста ба мӯҳлатҳои пайдоиши презклампсия дар шароити Тоҷикистон пешниҳод карда шуданд. Нишон дода шуд, ки зергурӯҳи сину-сол (18-20 сол) нахустзояндаҳо дар мӯҳлати гуногуни ҳомиладори зиёдтар аворизҳо ба назар мерасад. Омилҳои иҷтимоии рушди аворизҳои презклампсия дар мӯҳлатҳои гуногуни ҳомиладори ин зиндаги дар деҳот, сатҳи пасти таҳсил, мақоми пасти иҷтимоӣ, маҳдудияти имкониятҳои муоширати дар муҳити иҷтимоӣ барои ҳамагуна

зертӣҳои презклампсия дорои аҳамияти якхела мебошад. Омилҳои тиббии назаррас фарқкунанда дар занони бо презклампсия, новобаста аз оғози презклампсия инҳоянд: дар собиқаи бемори-бемориҳои шадиди роҳҳои нафас, гипертензияи музмин, ҳолати норасоии йод, инчунин анамнези аворизноки гинекологи бо патологияҳои экстрагенитали.

Шароитҳои рушди пренаталии навзод вобаста ба вақти пайдоиши презклампсия омӯхта шуданд: робитаи манфии нисбатан қавӣ байни таъсири омилҳои хавф «презклампсияи барвақт» ва шаклҳои компенсатсияи норасоии платсентарӣ ошкор гардид; аҳамияти хавфи нисбӣ барои рушди ССИДБТ дар занон бо презклампсияи барвақт муайян карда шуд. Таҳлили натиҷаҳои акушерӣ нишон дод, ки байни мӯҳлатҳои пайдоиши презклампсия ва усули таваллуд алоқамандии муҳим вучуд дорад. Дар беморони бо презклампсияи барвақт афзоиши басомади таваллуди ҷарроҳӣ бо роҳи буриши қайсари қайд карда шуд, ки дар он робитаи манфии байни вақти оғози презклампсия ва басомади таваллуди абдоминалӣ ошкор гардид. Фарқиятҳои нишондодҳои таваллуди ҷарроҳиро дар гурӯҳҳои занон бо мӯҳлатҳои гуногуни оғози мушкilot тавассути роҳи табиӣ таваллуд муайян карданд. Фарқиятҳои маънӣноки басомади хунравии акушерӣ дар занон бо презклампсияи барвақт ба ҳисоби афзоиши басомади ҷудошавии пеш аз мӯҳлати ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда ошкор шуданд. Собит гардид, ки натиҷаҳои перинаталӣ вобаста ба мӯҳлатҳои амалӣ шудани презклампсия мебошанд ва саҳми асосӣ дар натиҷаҳои номусоидро презклампсияҳои барвақт доранд, ки дар онҳо бемории навзодон (норасоии нафаскашӣ, асфиксия, осебҳои мағзи сар) ва ғавти барвақти неонаталӣ нисбат ба презклампсияҳои дер ва презклампсияи бо мӯҳлати расида омории маънӣнок зиёд мешавад. Самаранокӣ ва беҳатарии клиникии истифодаи динопростон барои индуксияи таваллуд дар занон бо презклампсияи дер ва мӯҳлати расида исбот карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣно 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 «презклампсияҳои вазнин» ва «индуксияи таваллуд» истифода шаванд. Омӯзгорон метавонанд натиҷаҳои таҳқиқотро ҳангоми дарсҳои назариявӣ оид ба акушерӣ ва дар вақти гузаронидани машғулиятҳои амалӣ истифода баранд. Равишҳои оптимизатсияшудаи таваллудкунии занон бо презклампсияҳои вазнин барои табииони таҷрибавӣ зарур буда, дар фаъолияти амалии онҳо истифода хоҳанд шуд.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

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

2. Таъсири номусоиди презклампсияҳои барвақт бар шароити рушди пренаталӣ 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 презклампсия, коҳиши маънӣноки басомади занон бо норасоии ҷубронишуда бо презклампсияи барвақт нисбат ба презклампсияи дер ва мӯҳлати расида, ҳавфи назарраси рушди ССИДБТ дар таъсири омил «презклампсияи барвақт», фарқиятҳо дар басомади буриши қайсари, нишондодҳои таваллуди ҷарроҳӣ тавассути роҳи табиӣ таваллуд, хунравии акушерӣ, нишондиҳандаҳои марги перинаталӣ ва бемории барвақти неонаталӣ тасдиқ мегарданд.

3. Собит карда шуд, ки интиҳоби индуксияи таваллуди занон бо презклампсияҳои дер ва мӯҳлати расида, ки равишҳои дифференсиалӣ ва инфиродӣ доранд, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталиро беҳтар мекунад.

Дарачаи 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 илмӣ натиҷаҳои омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-иҷтимоӣ-анамнестикӣ занон бо презклампсияҳои вазнин, омӯзиши нишондиҳандаҳои самаранокӣ ва қобили қабул будани истифодаи усулҳои гуногуни индуксияи таваллуд асос ёфтаанд.

Мубокиқати 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. Норасогӣҳо дар давраи ҳомиладорӣ: нобардошти, норасиди

ҳомиладори таваллуд кардан ва дер таваллуд кардан; гестозҳои ҳомиладор; хунравӣ дар давраи ҳомиладорӣ; ҳомиладорӣи берун аз бачадон; ҳомиладорӣи эктопи. Клиника, табобат, пешгирӣ.

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

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Унвончу мавзӯро бо иштироки роҳбар интиҳоб 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 авторефератро бо роҳбар ҳамкорӣ кардааст. Нашр кардани мақолаҳо ва суҳанронӣ дар конфронсҳоро мустақилона анҷом додааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Маводи диссертатсия дар конфронси илмӣ-амалӣ бо иштироки олимони байналмилалӣ «Саломатии репродуктивии Ўзбекистон: 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), «Ҷолишҳои муосир ва стратегияҳои рушди илми тиб ва тандурустӣ» бахшида ба 32-солагии Истиқлоли давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 22.12.2023, дар ҷаласаи комиссияи масъалавӣ-экспертӣ оид ба акушерӣ ва гинекологӣ Муассисаи давлатии «ПАГ ва ПТ» (протоколи № 2 аз 06.04.2025), дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D КОА-006 дар Муассисаи давлатии «ПАГ ва ПТ»-и Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (протоколи № 1 аз 01.06.2026).пешниҳод гардидааст.

Муқарароти асосии диссертатсия дар шӯбаҳои эҳғари ва табobati интенсиви, шӯбаи 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 рӯи 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 илмӣ

таҳриршавандаи КОА Ўзбекистон нашр гардидааст.

Соҳтор 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 ҳудаш, муҳокима, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёт бо 156 манбаъро дар бар мегирад. Диссертатсия бо 13 расм ва 23 ҷадвал тасвир шудааст.

Қисмҳои асосии таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи таҳқиқотро занони ҳомиладори бо преэклампсияи вазнин буда ташкил доданд. Меёӯрҳои ташҳиси преэклампсияи вазнин тибқи протоколи клиникии Ҷумҳурии Тоҷикистон (соли 2018) инҳоянд: фишори хун систолий 160 мм.рт.ст ва бештар, диастолий 110 мм.рт.ст ва бештар, протеинурия 3 г/л ва бештар дар ҳаҷми пешоб дар як рӯз ё меёӯрҳои гипертензия ва протеинурия, ки ба преэклампсияи миёна мувофиқат мекунанд, ҳамроҳ бо аломатҳо – дарди сар, дарди минтақаи эпигастрий, нороҳатӣ, қай, анасарка ва тағйироти таҳлилҳои биохимиявӣ – сатҳҳои баландшудаи АлАТ, АсАТ, креатинин ва мочевина. Меёӯрҳои 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). Меёӯрҳои истисноӣ аз гурӯҳҳои санҷидашуда инҳоянд: мӯҳлати гестация то 34 ҳафта ва 6 рӯз, ҷойгиршавии нодурусти тифл, ҳомиладорӣи серҳомила, миомаҳои бачадон, бемории гемолитикии навод, бемориҳои ҷиддии экстрагениталӣ, вайроншавии шадиди гемодинамикии плацента, преэклампсияи вазнин танзимшаванда, ки талабгори таваллуди фаврӣ бо роҳи буриши қайсари мебошанд.

Усулҳои таҳқиқот дохил буданд: ташҳиси 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» доплерометрияи артерияҳои бачадон ва артерияи ноғ гузаронида шуд, ки дар онҳо нисбати систоло-диастолӣ, индекси пулсатсия ва индекси муқовимат чен карда шуд. Барои муайян кардани дараҷаи вазнинии мушкулоти 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 хусусиятҳои мисли кушодашавӣ, дарозӣ, ҷойгиршавии қисми пешомад нисбати устухонҳои нишастӣ кос, консистенсия ва ҷойгиршавӣ нисбати меҳвари кос арзёбӣ намояд. Ҳар як хусусият бо системаи ҳолдихӣ аз 0 то 3 ҳол баҳогуздорӣ шуд. Пас ҳолҳо ҷамъ шуда, тағйир дода шуданд: барои презклампсия ва таваллуди худи худ дар таърихи бемор 1 ҳол илова шуд; барои ҳомиладории дермонда, таваллуди аввал ва пеш аз мӯҳлат рехтани обҳои назди тифли 1 ҳол кам карда шуд. Тавсифи ҳолдихии пазиши гарданаки бачадон: «ношикаста» 0–5 ҳол; «пазиши нокифоя» 6–7 ҳол; «пухта» 8–13 ҳол.

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 $M \pm m$ 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 2×2 усули хи-квадрат бо ислоҳи Йейтс татбиқ гардид. Барои муайян кардани омилҳои таъсиркунанда таҳлил бо истифода аз ҳавфи нисбӣ (RR) ва интервали эътимоднокии 95% гузаронида шуд. Таҳлили коррелятсионӣ бо истифода аз коэффиенти Пирсон анҷом дода шуд.

Форзияи сифрӣ дар сатҳи аҳамият $a=0,05$ рад карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Дар доираи таҳқиқот таҳлили муқоисавии хусусиятҳои клиникӣ-ичтимоӣ ва анамнестикӣ беморон бо презклампсияи вазнин бо дарназардошти мӯҳлати пайдоиши беморӣ гузаронида шуд. Заноне, ки бо презклампсияи ҳар мӯҳлат дучор шуданд, бештар дар зергурӯҳи синнТУСлии 18–25 сола вохӯрдаанд (мутаносибан 41,6%, 45,6%, 48,5%). Шаҳрнишинон ($15-6,3 \pm 1,6\%$) 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 ($93,8 \pm 1,6\%$ баробар ба $6,3 \pm 1,6\%$, $t=39,7$; $p<0,001$). Ҷолиб аст, ки тақсими таҳсилот вобаста ба вақти пайдоиши презклампсия тағйир намекунад ($p>0,05$), ки нишон медиҳад, ки сатҳи таҳсилоти паст дар ҳамаи гурӯҳҳои таҳқиқшуда маъмул аст. Фарқияти омори дар теъдоди занони хонашин ($82,5 \pm 2,5\%$) нисбат ба занони коркунанда ($17,5 \pm 2,5\%$) муайян шуд ($t=18,4$; $p<0,001$). Сатҳи маҳдуди таҳсилот ва набудани имкони муошират дар муҳити иҷтимоӣ нишонаи сатҳи пастии иҷтимоӣ буда, ба раванди номусоиди ҳомиладорӣ мусоидатидат мекунад. Таҳлили профили ҳамроҳикунанда дар гурӯҳи тадқиқотӣ ду пешвои возеҳро аз ҷиҳати басомад ошкор кард: таърихи бемориҳои сироятӣ, бахусус таърихи сироятҳои шадиди роҳҳои нафас (БШРН) дар тӯли ҳаёт. Бемории гурда аз ҷиҳати басомад дар ҷои дуюм қарор дошт ва дар қисми назарраси беморон дар ҳар се гурӯҳ рух мебуд. Гипертонияи музмин, сарфи назар аз аҳамияти клиникӣ он ҳамчун омил хавфи эътирофшудаи презклампсия, хеле камтар маъмул буд. Дар ҳоле ки пайдоиши бемории гурда ва гипертонияи музмин дар ҳар се гурӯҳ (новобаста аз вақти пайдоиш) қобили муқоиса буд, гетерогенӣ дар тақсими бемориҳои сироятӣ мушоҳида шуд. Таҳлили муқоисавии байни гурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши хи-квадрат фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ назаррасро дар басомади гузоришҳо дар бораи БШРН-ҳои зуд-зуд байни гурӯҳҳои тадқиқотӣ дар маҷмӯъ нишон дод ($p<0,001$). Ин мушоҳида нишон медиҳад, ки бори сироятӣ ва вазъи системаи масуният метавонад бо вақти пайдоиши презклампсияи шадид алоқаманд бошад. Таҳқиқот ба муайян кардани шароити аслӣ, ки на бо вақти пайдоиш, балки бо вазнинии натиҷа - яъне бо пайдоиши мушкilotи ҷиддӣ алоқаманданд, тамаркуз кард. Мушоҳидаи муҳим анҷом дода шуд: бемороне, ки презклампсияи шадиди онҳо ба шаклҳои хатарноки ҳаёт (эклампсия, синдроми HELLP ва ғайра) гузаштааст, басомади таърихи норасоии йодро аз ҷиҳати оморӣ ба таври назаррас баландтар доштанд. Арзиши баланди оморӣ ($\chi^2 = 67.2$) ва сатҳи

баланди аҳамият ($p < 0.001$) робитаи қавӣ байни шароити норасоии йод ва инкишофи мушкilotи ҷиддии преэклампсияро нишон медиҳанд.

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

нозология \ гурӯҳ	1 (n=60)	2(n=101)	3(n=79)	p
БШРН	37 (61,7%)	89 (88,1%)	45 (57,0%)	$p < 0,001$
Бемориҳои гурдаҳо	26 (43,3%)	53 (52,4%)	43 (54,4%)	$p = 0,39$
анемия	3 (5,0%)	9 (8,9%)	4 (5,1%)	$p = 0,49$
Гипертензияи музмин	3 (5,0%)	2 (1,9%)	3 (3,8%)	$p = 0,56$
Бемориҳои узвҳои ҳозима	2 (3,3%)	4 (3,9%)	1 (1,3%)	$p = 0,55$
Норасоии йод	1 (1,7%)	8 (7,9%)	8 (10,1%)	$p = 0,14$

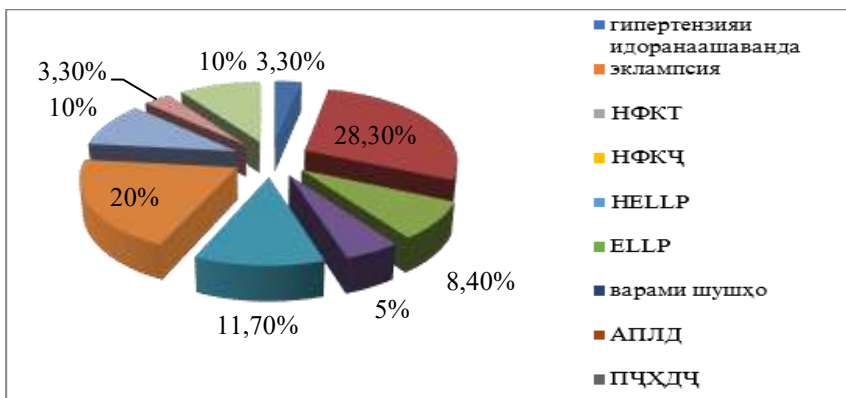
Эзоҳ: Маълумот ҳамчун шумораи мутлақи мушоҳидаҳо ва таносуби онҳо (%) пешниҳод карда мешаванд. Муқоисаи басомад байни гурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши Пирсон χ^2 гузаронида шуд.

Ҳангоми таҳқиқи профили вазъиятҳои хатарнок барои ҳаёт, иерархияи равшани басомад муқаррар карда шуд. Эклампсия мушкилии асосӣ буд. Ин зухуроти шадидтарини гестоз, ки бо кашишхӯрӣ ҳамроҳӣ мекунад, дар 17 зан ташхис карда шуд (28,3% ҳамаи ҳолатҳои вазнинро ташкил медиҳад).

Ихтилоли гемолитикӣ ва ҷигар аз ҷиҳати аҳамият дар ҷои дуюм қарор гирифт. Алоими HELLP (дар шакли пурра ва пурраи худ) дар 12 бемор (20,0%) сабт шудааст, дар ҳоле ки вариантҳои қисман ё нопурраи ин алоим (алоими ELLP) дар 7 нафар (11,6%) мушоҳида шудаанд.

Нуқсонҳои сершумори узвҳои саҳми назаррасро ташкил доданд. Варами шушҳо дар 6 бемор (10,0%) инкишоф ёфт. Норасоии шадиди фаъолияти кори гурда (НФКГ), ки ба нигоҳубини шадиди ниёз дорад, дар 5 зан (8,3%) мушоҳида шуд. Дар 3 бемор (5,0%) норасоии шадиди фаъолияти кори ҷигар (НФКҶ), ташхис карда шуд.

Дар байни мушкilotи хунравии акушерӣ ва гемостатикӣ, пурра ҷудошавии ҳамроҳаки дурустҷойгиршуда (ПЧХДЧ) дар 6 ҳолат (10,0%) ба қайд гирифта шудааст, ки бо варами шушҳо рост меояд. Алоими паҳншудаи лахташавии дохилирагӣ (АПЛД) қараёни бемориро дар 2 зан (3,3%) мушкilotар кард. Гипертонияи идоранашаванда (тобовар), ки ба терапияи стандартӣ зидди гипертензионии табобатнашаванда – дар 2 бемор (3,3%) тасдиқ шуд. — расми 1.



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

Таҳлили муфассали сохтори ихтилоли гемодинамикӣ, ки дар системаи модар-пласента-ҷанин муайян шудаанд, ба низом дароварда шуда, дар Ҷадвали 2 пешниҳод карда шуд. Маълумоти дар ҷадвал овардашуда тақсими вазнинии норасоии пласента (шаклҳои ҷуброншуда, зеркомпенсатсияшуда ва декомпенсатсияшуда)-ро дар гурӯҳҳои тафтишшуда дар вақтҳои гуногуни зуҳури презеклампсияи шадид инъикос мекунад.

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

Дараҷаи вайроншавӣ \ Гурӯҳҳо	1(п=35)	2(п=85)	3(п=33)	p
компенсатсияшуда	1 (2,9%)	18 (21,2%)	8 (24,2%)	
субкомпенсатсияшуда	28 (80,0%)	61 (71,8%)	25 (75,8%)	
декомпенсатсияшуда	4 (11,4%)	6 (7,1%)	0	

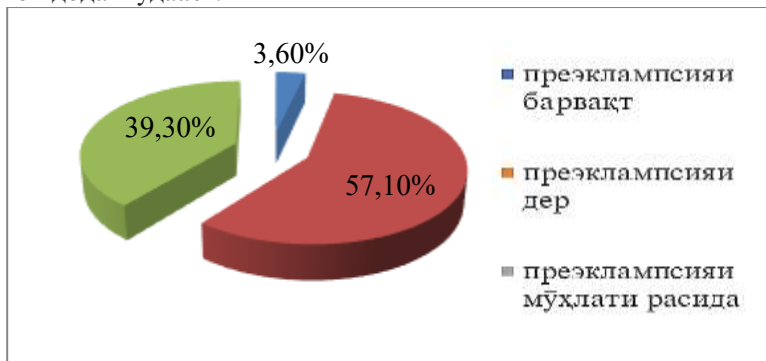
Эзоҳ: Маълумот ҳамчун шумораи мутлақи мушоҳидаҳо ва таносуби онҳо (%) пешниҳод карда мешаванд.

Таҳлили маълумоти дар ҷадвали 3.5 овардашуда нишон дод, ки намунаи ихтилоли гемодинамикӣ дар системаи модар-ҳамроҳак-ҷанин вобаста ба пайдоиши презеклампсияи шадид фарқ мекунад. Дар гурӯҳи 1 (беморони гирифтори презеклампсияи барвақтӣ), шаклҳои ҷуброншудаи норасоии ҳамроҳак нисбат ба гурӯҳҳои, ки пайдоиши дертари беморӣ доштанд, камтар ба қайд гирифта шудаанд.

Дар айни замон, шаклҳои зерҷубронии ихтилоли гардиши хун

дар ҳар се гурӯҳи мушоҳида бартарӣ доштанд. Басомади онҳо баланд боқӣ монд, аз 71,8% то 80%, бидуни фарқиятҳои назарраси байнигурӯҳӣ, ки намунаи шабеҳи ин категорияи ихтилолиро новобаста аз пайдоиши преэклампсия нишон медиҳад.

Дар преэклампсияи шадид, ултрасадо як усули ҳатмии ташхис аст. Муоинаи ултрасадо, аз ҷумла Доплер ва фетометрия, дар 153 зан, аз ҷумла 35 нафар бо преэклампсияи барвақтӣ, 85 нафар бо преэклампсияи дерӣ ва 33 нафар бо преэклампсияи пурраи мӯҳлат, гузаронида шуд. Дар байни 153 зане, ки гирифтори преэклампсияи шадид буданд, дар 28 ҳолат (18,3%) параметрҳои муқаррари Доплер муайян карда шуданд. Тақсими заноне, ки параметрҳои муқаррари Доплер доранд, вобаста ба вақти пайдоиши преэклампсия дар расми 2 нишон дода шудааст.



Расми 2. – Вазни ҳоси занон бо нишондиҳандаҳои муқаррари доплерометрия вобаста ба давраи оғози преэклампсия

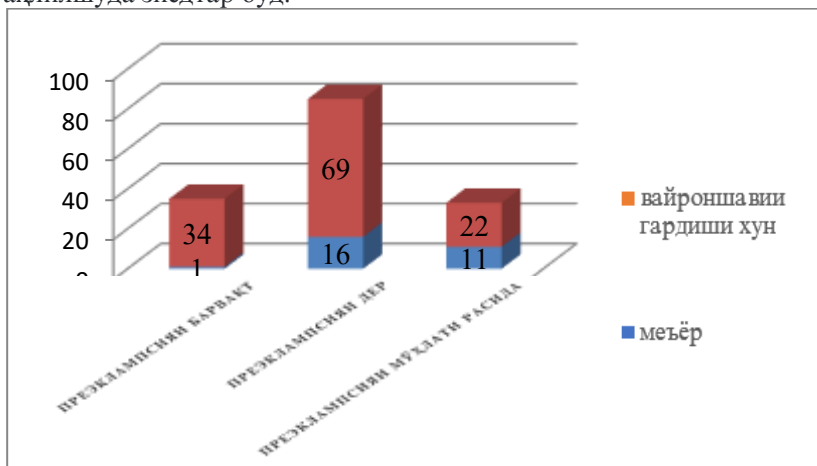
Яке аз марҳилаҳои муҳимтарин дар арзёбии пеш аз таваллуди саломатии ҷанин дар преэклампсияи шадид ташхиси ултрасадои Доплерӣ оид ба ҷараёни хуни бачадон ва фетоҳамроҳак мебошад. Таҳлили натиҷаҳои ин таҳқиқот фарқиятҳои назаррасро дар тақсими параметрҳои ҷараёни хун вобаста ба вақти пайдоиши беморӣ нишон дод.

Масалан, дар гурӯҳи беморони гирифтори преэклампсияи барвақтӣ (аз оғоз <34 ҳафта), параметрҳои муқаррари гемодинамикӣ дар як мушоҳида сабт карда шуданд, ки 3,6% (n=1)-ро ташкил дод. Дар 96,4% мушоҳидаҳо дар ин гурӯҳ, ҷараёни ғайримуқаррари хун дар системаи модар-ҳамроҳак-ҷанин мушоҳида карда шуд.

Дар заноне, ки преэклампсия дертар оғоз ёфтанд, намунаи дигари тақсими параметрҳо мушоҳида карда шуд. Дар гурӯҳе, ки преэклампсияи дер пеш аз мӯҳлат (34+0 - 36+6 ҳафта) доштанд,

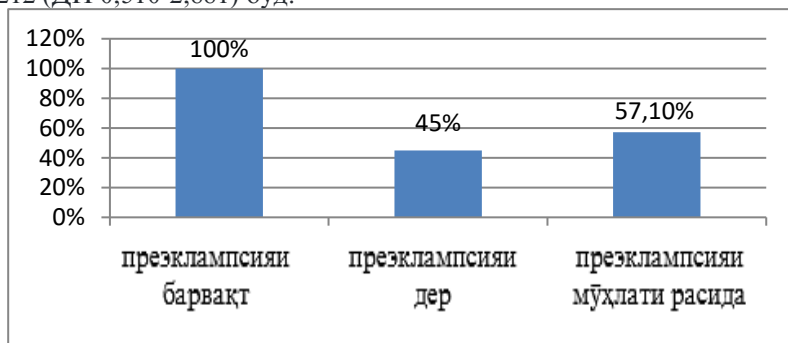
параметрҳои муқаррарии Доплер дар аксари ҳолатҳо мушоҳида шуданд - 57,1% (n=16). Дар гурӯҳи гирифтори презклампсияи пуррамуҳлат (≥ 37 ҳафта), ин нишондод низ баланд буд - 39.3% (n=11).

Муқоисаи тақсимои нишондиҳандаҳо нишон дод, ки басомади нисбии беморон бо ҷараёни хуни нигоҳдошташуда дар гурӯҳи презклампсияи дертар тақрибан 16 маротиба нисбат ба гурӯҳи презклампсияи барвақтӣ (57.1% нисбат ба 3.6%) дар дохили намунаи таҳлилшуда зиёдтар буд.



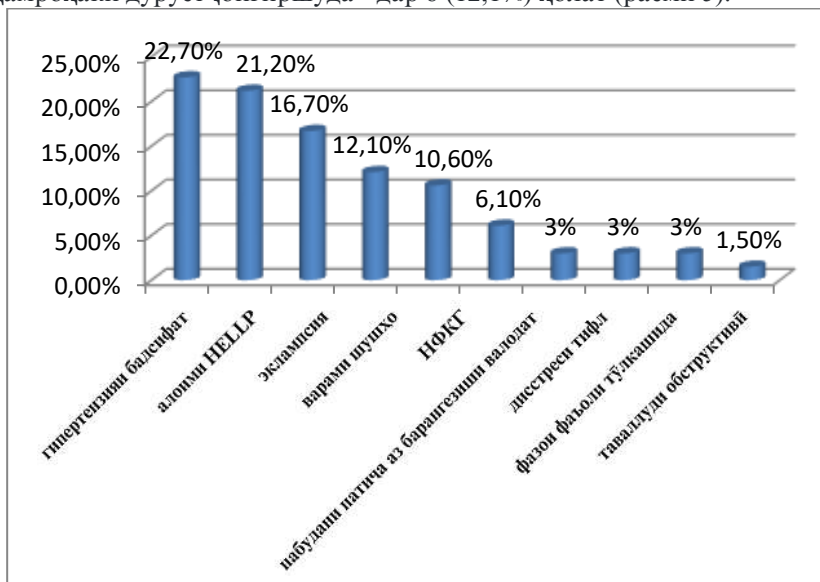
Расми 3. – Шумораи занон бо гардиши хуни муқаррарӣ ва вайроншавиҳои гардиши хун дар гурӯҳҳои занони таҳқиқшуда

Хавфи нисбии рушди ССИДБТ (синдроми сустинкишофебии дохили батнии тифл) таъти таъсири омил «презклампсияи барвақт» 1,212 (ДИ 0,510-2,881) буд.



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

Дар 66 (20,8%) занони муоинашуда ҷарроҳии қайсарӣ анҷом дода шуд. Таваллуди табиӣи худсарона дар 9 (3,8%), таваллуди банақшагирфташуда дар 165 (68,8%) занон рух дод. Нишондодҳо барои ҷарроҳии қайсарӣ аворизҳои презклампсияи вазнин буданд: эклампсия дар 11 (16,7%) ҳолат, гипертонияи бадсифат - дар 15 (22,7%) ҳолат, алоими HELLP - дар 14 (21,2%) ҳолат, норасоии гурда - дар 4 (6,1%) ҳолат, варами шушҳо дар 7 (10,6%), пеш аз муҳлат ҷудошавии ҷамроҳаки дурустҷойгиршуда - дар 8 (12,1%) ҳолат (расми 5).



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

Хатари нисбии ҷарроҳии қайсарӣ дар заноне, ки презклампсияи барвақтӣ доранд, дар муқоиса бо онҳое, ки презклампсияи дер ва мӯҳлати расида доранд, $RR = 9.37$ (95% CI 6.0–14.6) буд.

Барои нишондодҳои марбут ба бадтар шудани презклампсияи шадид, ҷарроҳии қайсарӣ дар 8 (4.4%) ҳолат дар гурӯҳҳои заноне, ки презклампсияи дер ва мӯҳлати доранд, анҷом дода шуд, дар муқоиса бо 15 (25%) ҳолат дар гурӯҳи заноне, ки презклампсияи барвақтӣ доранд. Муқоисаи байнигурӯҳҳо афзоиши назарраси омории сатҳи ҷарроҳии қайсариро дар заноне, ки презклампсияи барвақтӣ доранд, дар муқоиса бо онҳое, ки презклампсияи дер ва мӯҳлати расида доранд, нишон дод ($\chi^2 = 19.0$; $p < 0.001$). Маълумоти бадастомада истифодаи зудтари ҷарроҳии ҷарроҳиро барои нишондодҳои модарӣ дар

преэклампсияи барвақтӣ нишон медиҳад, ки ҳангоми интиҳоби усули таваллуд арзёбии инфиродии ҳолати беморро талаб мекунад.

Вазъияти басомади амалиёти чарроҳии буриши қайсари аз вақти оғози преэклампсия дар расми 6 нишон дода шудааст.



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

Хатари нисбии қатъи чарроҳии қайсарӣ дар занони гирифтори преэклампсияи барвақтӣ, дар муқоиса бо занони гирифтори преэклампсияи дер ва мӯҳлати расида, $RR = 9.37$ (95% CI 6.0–14.6) буд.

Самаранокии муқоисавии пеш аз таваллуд ва ба вуҷуд овардани таваллуд бо динопростон дар занони гирифтори преэклампсияи мӯҳлати расида ва преэклампсияи дер дар ҷадвали 3 оварда шудааст.

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

зергурӯҳ нишондод	Д-1: преэклампсияи дер (n=31)	Д-2: преэклампсияи мӯҳлати расида (n=20)	U- критерияи Манна- Уитни	P
Давомноки аз оғози индуксия то оғози таваллуд (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 аз ҷиҳати омӯри назаррас (Арзиши муҳими санҷиши Манн-Уитни U барои шумораи додашудаи гурӯҳҳои муқоисавӣ 119 аст).

Таҳлили муфассали вақти индуксия дар гурӯҳи беморони динопростон (Гурӯҳи Д) робитаи аз ҷиҳати клиникӣ назаррасро бо синну соли ҳомиладорӣ нишон дод. Ҳангоми муқоисаи зергурӯҳ бо презклампсияи "дер" (бармаҳал, 34-37 ҳафта) ва зергурӯҳ бо презклампсияи "муҳлати расида" (≥ 37 ҳафта), афзоиши назарраси ($p < 0.05$) дар давраи ниҳоният, яъне фосила аз оғози табобат то оғози таваллуди муқаррарӣ, махсусан дар беморони ҳомиладории бармаҳал мушоҳида шуд. Чунин ба назар мерасад, ки ин натиҷа аз ҷиҳати патофизиологӣ пешгӯишаванда аст. Фарзия кардан мумкин аст, ки сарфи назар аз арзёбиҳои расмӣ монанд ба "норасой" дар ҷадвали Бишоп, гарданаки бачадон дар ҳомиладории бармаҳал ба ҳавасмандкунии фармакологӣ камтар ҳассос аст ва барои пухта расидани пурра дар муқоиса бо гарданаки бачадон дар ҳомиладории пуррамуддат фосилаи тӯлонии вақтро талаб мекунад. Дар айни замон, махсусан қайд кардан бамаврид аст, ки давомнокии умумии таваллуд (аз оғози кашишхӯриҳои мунтазам то таваллуд) байни ин ду зергурӯҳ фарқиятҳои назаррас ва аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ($p > 0.05$) нишон наод.

Барои беҳтар фаҳмидани он, ки чӣ гуна динопростон (PGE₂) таъсири фармакологии худро дар синну соли гуногуни ҳомиладорӣ нишон медиҳад, мо таҳлили мақсадноки камолоти гарданаки бачадонро дар замони пайдоиши таваллуди муқаррарӣ пас аз индуксия анҷом додем. Ҳадаф муайян кардани он буд, ки оё як "остонаи клиникӣ"-и камолот бо доруе, ки таваллудро оғоз мекунад, ба даст омадааст ё не. Натиҷаҳо нишон доданд, ки динопростон новобаста аз синни ибтидоии ҳомиладорӣ, қариб якхела ҳолати омодагии таваллудро ба даст овардааст. Таҳлили омӯрӣ дар сохтори ҳолҳои Бишоп дар оғози таваллуд байни ду зергурӯҳ фарқиятҳои назаррас ($p > 0.05$)-ро ошкор накард.

Дар беморони гирифтори презклампсияи дер, оғози таваллуд бо ҳолҳои 7 дар $30.8 \pm 7.4\%$ ҳолатҳо ($n=12$) сабт шудааст, дар ҳоле ки бо ҳолҳои 8, он дар $69.2 \pm 7.4\%$ ҳолатҳо ($n=29$) сабт шудааст. Дар гурӯҳи гирифтори презклампсияи пуррамуддат, ин нишондиҳандаҳо қариб ки аксҳои оинаӣ буданд: мутаносибан $35.0 \pm 10.7\%$ ($n=7$) ва $65.0 \pm 10.7\%$ ($n=13$). Ин нишон медиҳад, ки сатҳҳои шабеҳи камолоти гарданаки бачадон бо оғози таваллуд, новобаста аз синну соли ҳомиладорӣ, ба даст оварда мешаванд.

Таҳлили муқоисавии самаранокии се протоколи индуксия

(мизопростол, динопростон ва окситотсин) дар беморони гирифтори презклампсияи шадид ба мо имкон медиҳад, ки натиҷаҳои калидии зеринро тартиб диҳем. Кӯтоҳтарин вақт аз оғози индуксия то оғози кашишхӯриҳои муқаррарӣ дар гурӯҳи окситоцин пешгӯишаванда мушоҳида карда шуд. Муқоисаи калидии клиникӣ байни ду простагландин буд, ки дар шароити душвори ибтидоии гарданаки бачадони "пуктанашуда" истифода мешуданд. Дар ин муқоисаи мустақим, динопростон (PGE2) бартарии равшани фармакологиро нишон дод ва вақти миёнаи оғози кашишхӯриҳои муқаррариро дар муқоиса бо мизопростол (PGE1) 3 соат кам кард. Далели ниҳой ба манфиати динопростон маълумот дар бораи камолоти бадастомадашудаи гарданаки бачадон аст. Далели он, ки таваллуд дар ҳарду гурӯҳ (табиати таваллуди дер ва пурраи давраи таваллуд) дар остонаи қариб яхелаи 7-8 ҳол оғоз шудааст, самаранокӣи клиникӣ, эътимоднокӣ ва гуногунҷабҳагӣи ин доруро нишон медиҳад. Ҳамин тариқ, истифодаи динопростон як усули аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснокшуда, бехатар ва муассир барои пеш аз ба вучуд овардани таваллуд ва ба вучуд овардани таваллуд дар занони гирифтори презклампсияи шадид мебошад, новобаста аз он ки таваллуд дар давраи бармаҳали дер ё пурра зарур аст.

Механизми таъсири динопростон, аналоги синтетикии простагландин E2, ба раванди физиологии афзоиши концентратсияи простагландин E2 дар ҳуҷайраҳои мембранаҳои ҷанинии устухони дарунии давраи таваллуд асос ёфтааст. Дору ихроҷи коллагеназа, эластаза ва кислотаи гиалурониро дар гарданаки бачадон ҳавасманд мекунад, ки пухта расидани онро таъмин мекунад ва кашишхӯрии бачадонро фаъол мекунад. Натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон медиҳанд, ки истифодаи динопростон бо рушди тадриҷии таваллуд, ки бо раванди пухта расидани гарданаки бачадон ҳамоханг карда мешавад, тавсиф мешавад. Динопростон, ки аналоги PGE2 аст, пайдарпайии физиологии раванди таваллудро таъмин мекунад, ки дар он пухташавии гарданаки бачадон пеш аз инкишофи фаъолияти кашишхӯрӣ ба амал меояд. Ин механизм махсусан ҳангоми пеш аз ба вучуд омадан ва ба вучуд омадани таваллуд дар ҳомиладорӣ бармаҳал муҳим аст. Гарчанде ки ташаккули узвҳо ва системаҳои асосии ҷанин то 34-37 ҳафтаи ҳомиладорӣ ба анҷом мерасад, навзодони бармаҳал ба гипоксия ва амалиётҳои акушерӣ хеле ҳассос

боқӣ мемонанд. Аз ин рӯ, идоракунии нарми таваллуд ҳангоми зарурати таваллуди бармаҳал омили калидӣ дар беҳтар кардани нишондиҳандаҳои перинаталӣ мебошад.

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

нишондод \ гурӯҳ	М (n=58)	Д (n=51)	О (n=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 ҷарроҳии буриши кайсари	6(10,3%)	4(7,8%)	5(7,04%)	p>0,05
Гиперстимулятсия	0	0	0	
Хунравиҳо пас аз таваллуд	2(3,4%)	1(1,9%)	0	p>0,05
Вакуум-экстракция тифл	2(3,4%)	2(3,9%)	6(8,6%)	p>0,05
Аворизҳои презклампсия	0	1(1,9%)	0	
Ҳаҷми миёнаи хунталафот дар таваллуд (мл)	319,6±34,5	287,7±17,6	292,6±43,8	p>0,05

Эзоҳ: Санчиши Пирсон χ^2 барои муқоисаи басомади натиҷаҳои категориявӣ байни гурӯҳҳо истифода шуд; Санчиши дақиқи Фишер барои ҳуҷайраҳо бо басомади пешбинишуда камтар аз 5 истифода шуд. Дар ҳолатҳое, ки арзиши мушоҳидашудаи нишондиҳанда дар яке аз гурӯҳҳо мавҷуд набуд (0), муқоисаҳои омории байни ду гурӯҳи боқимонда анҷом дода шуданд. Муқоисаи талафоти миёнаи хун ҳангоми таваллуд бо истифода аз таҳлили яктарафаи дисперсия (ANOVA) анҷом дода шуд.

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

Алгоритми интихоби усули барангезиши валодат



Хулосаҳо

1. Профили иҷтимоию анамнестикӣ ва репродуктивии беморони гирифтори презклампсияи шадид бо бартарии заноне, ки дар деҳот зиндагӣ мекунанд (87.7%; $p < 0.001$), ки асосан маълумоти миёна ва миёнаи махсус доранд (93.8%; $p < 0.001$), ки берун аз хона шугли касбӣ надоранд (хонашинзанҳо - 82.5%; $p < 0.001$) тавсиф мешавад. Дар сохтори таърихи репродуктивӣ, занони аввалия дар ҳама гурӯҳҳо бартарӣ доштанд, аммо ҳангоми муқоисаи байни гурӯҳҳо, байни таваллуд ва вақти зуҳури презклампсияи шадид ягон робитаи омӯрӣ муҳим пайдо нашуд ($p > 0.05$) [7-А].

2. Дар сохтори патологияи экстрагениталӣ дар занони гирифтори презклампсияи шадид, бештар сабтшуда таърихи сироятӣ шадидшуда дар шакли сироятҳои шадиди вирусӣ зуд-зуд ва бемориҳои гурда буд. Басомади гузоришҳои зуд-зуд дар бораи сироятҳои шадиди вирусӣ респираторӣ (ARVI) байни гурӯҳҳое, ки бо пайдоиши презклампсияи шадид гурӯҳбандӣ шудаанд, аз ҷиҳати омӯрӣ ба таври назаррас фарқ мекард ($\chi^2 = 13.97$; $p < 0.001$), дар ҳоле ки паҳншавии бемориҳои гурда, камхунӣ ва гипертонияи музмини артериалӣ аз пайдоиши беморӣ вобаста набуд ($p > 0.05$). Дар бемороне, ки шаклҳои хатарноки презклампсияи шадиди ба ҳаёт таҳдидкунанда доранд, робитаи аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим бо таърихи норасоии йод пайдо шуд ($\chi^2 = 67.2$; $p < 0.001$) [7-А, 9-А].

3. Презклампсияи шадиди барвақт бо вайроншавии возеҳтари гемодинамикаи бачадон ва фетопласенталӣ дар муқоиса бо презклампсия бо пайдоиши дертар алоқаманд аст. Дар гурӯҳи презклампсияи барвақт, параметрҳои муқаррарии ултрасадои Доплер нисбат ба презклампсияи дертар ва пурра ба таври назаррас камтар сабт карда шуданд (мутаносибан 3.6% нисбат ба 57.1% ва 39.3%). Дар сохтори ихтилоли гемодинамикӣ, шаклҳои ҷуброншудаи норасоии пласенталӣ дар презклампсияи барвақтӣ нисбат ба презклампсияи дертар хеле камтар ошкор карда шуданд (2.9% нисбат ба 22.0%; $p = 0.0097$, санҷиши дақиқи Фишер), ки шаклҳои зеркомпенсатсияшуда дар ҳамаи гурӯҳҳои тафтишшуда бартарӣ доштанд [7-А, 9-А].

4. Натиҷаҳои перинаталӣ дар заноне, ки презклампсияи шадид доранд, аз ҷиҳати омӯрӣ ба таври назаррас аз вақти зоҳиршавии беморӣ вобастаанд. Презклампсияи барвақтӣ бо нишондиҳандаҳои пасти вазн ва қад таваллуди навзодон, пайдоиши бештари синдроми ақибмонии афзоиши чанин (мутаносибан 38.3% нисбат ба 19.8% ва 8.9% дар презклампсияи дер ва пурра; $\chi^2 = 18.1$; $p < 0.001$) ва бадшавии назарраси нишондиҳандаҳои мутобиқшавии барвақти навзодон мувофиқи миқёси Апгар дар дақиқаҳои 1 ва 5-уми ҳаёт ($p < 0.001$) алоқаманд аст.

Навзодоне, ки модарони гирифтори презклампсияи барвақтӣ буданд, аз ҷиҳати омӯрӣ эҳтимолияти бештари аз даст додани норасоии нафас, асфиксия, хунравии мағзи сар ва синдроми дистресс-респиратории навзодон доштанд ($p < 0.05$). Ғайр аз ин, ғавти барвақти навзодон дар сохтори талафоти перинаталӣ дар презклампсияи барвақт саҳми бузургтаринро гузоштааст, дар ҳоле ки тафовут дар басомади ғавти пеш аз таваллуд ва ҳангоми таваллуд аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамияти омӯрӣ надоштанд [5-A]

5. Натиҷаҳои акушерӣ дар презклампсияи шадид вобаста ба вақти зоҳиршавии бемӯрӣ аз ҷиҳати омӯрӣ ба таври назаррас фарқ мекунанд. Дар заноне, ки презклампсияи барвақтӣ доштанд, ҷарроҳии қайсарӣ нисбат ба онҳое, ки презклампсияи дер ва пурра доштанд, хеле зуд-зуд анҷом дода мешуд ($\chi^2=84.9$; $p < 0.001$), дар ҳоле ки хатари нисбии таваллуди ҷарроҳӣ $RR=9.37$ (95% CI 6.0–14.6) буд ва ҷарроҳиҳо барои нишондодҳои модарӣ, ки бо пешрафти бемӯрӣ алоқаманданд, хеле зуд-зуд сабт мешуданд ($p < 0.001$). Сатҳи хунравии акушерӣ дар гурӯҳи презклампсияи барвақтӣ баландтарин буд (20.0% дар муқоиса бо 3.0–3.8%; $p \approx 0.001$), аз ҷумла сатҳи баланди ҷудошавии бармаҳали плацентаи муқаррарӣ ($p \approx 0.004$), дар ҳоле ки дар сатҳи хунравии гипотоникӣ пас аз таваллуд байни гурӯҳҳо фарқиате мушоҳида нашуд ($p \approx 0.18$) [4-A].

6. Таҳлили муқоисавии усулҳои индуксияи тиббии таваллуд дар заноне, ки презклампсияи шадиди дер ва пурра бо гарданаи ибтидоии нопахта ва нокифоя пухташуда доранд, нишон дод, ки дар шароити муқоисашавандаи ибтидоии гарданаи бачадон, истифодаи динопростон (PGE2) бо фосилаи кӯтоҳтар аз оғози индуксия то рушди таваллуди муқаррарӣ дар муқоиса бо мизопростол алоқаманд аст (13.9 ± 0.2 дар муқоиса бо 16.9 ± 1.3 соат; $p < 0.017$). Дар гурӯҳи динопростон, дар тақсимои дараҷаи пухтагии гарданаи бачадон пеш аз ба вуҷуд омадан байни беморони гирифтори презклампсияи дер ва пурра ($p > 0.05$) ягон фарқиате аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим мушоҳида нашуд ва оғози таваллуд дар ҳарду зергурӯҳ ҳангоми расидан ба остонаи монанд ба пухтагии гарданаи бачадон (7-8 ҳол дар миқёси Бишоп; $p > 0.05$) ба амал омад. Ғайр аз ин, дар беморони гирифтори презклампсияи дер (бармаҳал), давраи пинҳонии ба вуҷуд омадан нисбат ба ҳомиладорӣ пуррамуддат ба таври назаррас дарозтар буд ($p < 0.05$), дар ҳоле ки давомнокии таваллуде, ки аллакай оғоз шуда буд, аз ҷиҳати омӯрӣ ба таври назаррас фарқ надошт ($p > 0.05$), ки самаранокии клиникӣ, такроршавандагӣ ва бехатарии истифодаи динопростонро барои пеш аз ба вуҷуд омадан ва ба вуҷуд омадани таваллуд дар презклампсияи шадид, новобаста аз синну соли ҳомиладорӣ, тасдиқ мекунанд [1-A, 3-A,

8-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Занони гирифтори презклампсияи вазнин дар давраи дер ва презклампсияи мӯҳлати расида бояд пас аз расонидани ёрии фаврии акушерӣ таваллуд кунонида шавад.
2. Ҳангоми интиҳоби усули барангезиши валодат, ҳолати гарданаки бачадон бояд бо истифода аз ҷадвали тағйирёфтаи Бишоп (ҚТБ) 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 презклампсияи дар мӯҳлати норасида ва мӯҳлати расида бо гарданаки бачадони тайёрнабуда (0-5 ҳолл), 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. Интиҳоби ниҳой ба зан вобаста аст.
5. Ҳангоми интиҳоби усули барангезиши таваллуди пеш аз муҳлат дар занони бо презклампсияи 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. Каптивный В. А. Презклампсия: определение, новое в патогенезе, методические рекомендации, лечение и профилактика / В. А. Каптивный, 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. Клинический протокол №177 «Индукция родов» Казахстан, 2022

- г. - С. 1–15.
6. Carlos De Bonrostro Torralba et al., 2019; H. Mendez-Figueroa, et al., 2021.
 7. 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.
 8. 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.
 9. Maternal and perinatal outcomes in women with eclampsia by mode of delivery at Riley mother baby hospital: a longitudinal case-series study / K. Irene, P. P. Amubuomombe, R. Mogeni [at all] // BMC pregnancy and childbirth. – 2021. – Vol. 1 (21). – P. 439.
 10. Poon L.C. et al. 2021; Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019.
 11. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018.
 12. WHO systematic analysis, 2023.

**Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

- [1-M]. 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-M]. Мадинаи Киёмиддинзода. Методы индукции родов женщин с тяжелой преэклампсией (обзор литературы) / М.Я.Камилова, Б.К. Коимдодова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева, М Киёмиддинзода. // Вестник Авиценны. Душанбе - 2023. - №3. – С. 380-389.
- [3-M]. 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-M]. 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-M]. Мадинаи Киёмиддинзода. Перинатальные исходы у женщин с преэклампсией различного срока реализации / М

Киёмиддинзода.// Матъ и дитя. – 2025. - №2. – С. 5-12.

Маколахо ва фишурдахо дар маҷмӯаҳои маводҳои анҷуманҳои ва конференсиҳо

- [6-М]. Мадинаи Киёмиддинзода. Использование простогландинов для индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией (обзор литературы) / З.М. Абдусамадзода, М Киёмиддинзода. //Матъ 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. // Матъ 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: Матъ и Дитя. Душанбе - 2024. - №1. – С. 16– 21.

Фехристи ихтисораҳо:

АПЛД	Алоими паҳншудаи лахташавии дохилирағӣ
ВТ ва ҲИА	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
ҚТ –	Қумхурии 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
НФКҚ	Норасогии фаъолияти кори чигар
О.М. –	Осиёи Марказӣ
ПЭ.В. –	Преэклампсияи вазнин
ПЭ –	Преэклампсия
СММ –	Созмони Милали Муттаҳид
СР –	Саломатии репродуктивӣ

СДР –	Синдроми дистресси респираторӣ
ССИДБТ –	Синдроми сусткунии фобии дохилии бати тифл
СҚТ –	Созмони ҷаҳонии тандурустӣ
ТЭЛА –	Тромбоэмболияи артерияҳои шуш
ТЁТХ –	Технологияҳои ҷирирасони такророни ҳомиладорӣ
ФА –	Фавти модари
ФМА –	Фишори миёнаи артерия
ФР –	Федератсияи Россия
ПЧХДХ –	Пурра ҷудошавии ҳамроҳаки дурустҷойгиршуда
ҚТБ	Қадвали тағйирёфтаи Бишоп Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention
ASPRE –	(скрининги мултимаркерӣ ва табобати тасодуфии беморон бо аспирин барои пешгирии преэклампсия)
HELLP –	Ҳемолиз, афзоиши фаъолияти ферментҳои чигар, тромбоцитопения
PIGF –	Placental Growth Factor (фактори афзоиши ҳамроҳак)
PAPP-A –	Pregnancy Associated Plasma Protein A (сафедаи плазмаи вобаста ба ҳомиладорӣ А)
NK-клеток –	Natural killer cells (хуҷайраҳои табиӣи 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 E2, 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 домохозяйек, 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 дараҷаи илмӣ номзади илмҳои
тбӣ аз рӯйи ихтисоси - 14.01.01 – Монопизишкӣ ва бемориҳои
занона**

Ваҷаҳои калидӣ: преэклампсияи вазнин, натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ, индуксияи валодат, аналоғи ғалдин 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 оризаҳо.

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

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навиғариҳои 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 омилҳои, ки ба рушди преэклампсияи вазнини ҳар марҳила мусоидат мекунанд, сатҳи пасти маълумот, иқомат дар деҳот, маҳдуд будани муоширати соҳибхоназан дар ҷомеа, таваллуди аввал, омезиши патологияи гинекологӣ бо бемориҳои экстрагениталӣ дар анамнез мебошад.

Аҳамияти ҳавфи нисбии инкишофи ССИДБТ дар занони гирифтори преэклампсияи барвақт муайян карда шудааст. Байни вақти дебюти преэклампсия ва басомади ҷарроҳии буриши кайсарӣ таносуби баръакс баръало ошкор карда шуд. Тафовутҳои аз ҷиҳати омории муҳим дар басомади хунравии акушерӣ дар занони гирифтори преэклампсияи барвақт аз сабаби зиёд шудани пеш аз мӯҳлат ҷудошавии ҳамоҳаки дуруст ҷойгиршуда мебошад. Муайян карда шуд, ки преэклампсияи барвақт ба оқибатҳои номусоиди перинаталӣ саҳми асосӣ мегузорад. Самаранокҳои клиникӣ ва бехатарии динопростон барои индуксияи валодат дар занони гирифтори преэклампсияи дер ва преэклампсияи мӯҳлати расида исбот карда шудааст.

Тавсияҳо аз натиҷаҳои тадқиқот: Кор барои акушер - гинекологҳо аҳамияти амали дорад. Натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашуда дар қори таваллудхонаҳои ҷумҳури қори 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 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.