

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

**УДК 618.14-007.66**

*На правах рукописи*



**ИДИЗОДА ШАХЗОДА ХОКИМШОХ**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ,  
РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЖЕНЩИН С  
АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени кандидата  
медицинских наук по специальности  
3.1.1. – Акушерство и гинекология

**Душанбе – 2026**

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

**Научный  
руководитель:**

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

**Официальные  
оппоненты:**

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

**Ведущая  
организация:**

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

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Защита диссертации состоится «16» июне 2026 г в 14<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-006 при ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (г.Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, дом 31; [sh.tabarova@mail.ru](mailto:sh.tabarova@mail.ru); телефон – 918 69 16 68).

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

Автореферат разослан «  » \_\_\_\_\_ 2026г.

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



**Ш.Т. Муминова**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Пороки развития матки представляют сложную медицинскую и социально значимую проблему, что обусловлено их негативным влиянием на способность женщины к репродукции. По мнению многочисленных исследователей, в последние годы наблюдается тенденция к росту частоты встречаемости аномалий развития органов и систем у женщин, включая аномалии развития половых органов, что может быть связано с такими факторами, как внедрение новых методов диагностики, глобальные изменения климата, усугубление экологической ситуации, рост числа вирусных заболеваний, а также учащение родственных браков [1, с. 41; 2, с. 77; 3, с. 7; 4, с. 10; 5, с. 176].

Аномалии развития женской репродуктивной системы составляют 3-4% всех врождённых пороков; они выявляются у 3-13% женщин, страдающих бесплодием, и у 16,7% с привычным невынашиванием [2, с. 77; 5, с. 176].

Формирование аномалий развития матки связано с нарушениями процессов дифференцировки, слияния и резорбции парамезонефрических (мюллеровых) протоков в эмбриогенезе. В зависимости от характера этих нарушений развиваются различные формы пороков: агенезия, гипоплазия, однорогая, двурогая, седловидная матка, внутриматочная перегородка и удвоение матки [8, с. 73430; 9, с. 1784].

Клиническая значимость врождённых аномалий матки обусловлена их выраженным влиянием на репродуктивные и перинатальные исходы. Так, М.А. Kim и соавт. (2021) указывают, что «наличие врождённых аномалий матки негативно влияет на имплантацию, внутриутробное развитие плода и сохранение беременности, существенно повышая риск неблагоприятных репродуктивных исходов. У женщин с аномалиями развития матки (АРМ) значительно чаще отмечаются самопроизвольные выкидыши (в 2–3 раза), преждевременные роды (в 3–5 раз), неправильное предлежание плода, кесарево сечение, отслойка нормально расположенной плаценты (до девятикратного увеличения), задержка внутриутробного развития плода, внутриутробная

гибель плода, перинатальная смертность, а также истмико-цервикальная недостаточность» [7, с. 4797]. Авторы также подчёркивают, что «лёгкие формы аномалий (седловидная и дугообразная матка) ассоциированы с менее выраженными осложнениями, тогда как тяжёлые формы (перегородчатая и двурогая матка) оказывают негативное влияние на все этапы гестации, что связано с нарушением васкуляризации эндометрия и аномальной морфологией полости матки» [7, с. 4797]. Аналогичные результаты получены и в исследованиях М.С. Сатро и соавт. (2024), а также G. Nam и соавт. (2021), что подтверждает сходство полученных данных [6, с. 9; 10, с. 32].

Помимо осложнений во время беременности, у женщин с АРМ значительно чаще возникает необходимость в оперативном родоразрешении. Частота кесарева сечения в этой группе заметно выше, чем у женщин с нормальной анатомией матки. Основными причинами повышенного уровня оперативных родов являются неправильное положение плода (тазовое или поперечное) и дискоординация родовой деятельности [6, с. 9; 11, с. 1078; 12, с. 7406].

Следует отметить, что во многих случаях АРМ протекают бессимптомно и выявляются случайно при обследовании по поводу бесплодия, нарушений менструального цикла или уже в ходе беременности и родов. При этом выраженность репродуктивных нарушений, как правило, коррелирует с тяжестью аномалии [2, с. 77; 11, с. 1078].

Рост частоты врождённых аномалий органов репродуктивной системы, а также связанных с ними осложнений гестационного периода, определяет высокую актуальность данного исследования. Несмотря на накопленный клинический опыт, нерешёнными остаются вопросы относительно особенностей течения и ведения беременности, родов и перинатальных исходов при аномалиях развития матки и нет чётких рекомендаций по ведению этих случаев.

Учитывая вышеизложенное и отсутствие соответствующих исследований в нашей стране, проведение исследований по данной проблеме является весьма актуальным.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** Анализ современной научной литературы показывает, что врождённые аномалии развития матки представляют собой одну из актуальных проблем современного акушерства и гинекологии. В работах зарубежных исследователей достаточно подробно изучены вопросы классификации мюллеровых аномалий, их распространённости, а также их влияние на репродуктивную функцию женщины [6, с. 9; 10, с. 32].

Рядом авторов установлено, что аномалии развития матки могут оказывать неблагоприятное влияние на течение беременности, повышая риск невынашивания, преждевременных родов, плацентарной недостаточности и других акушерских осложнений. В последние годы активно изучаются вопросы диагностики мюллеровых аномалий, а также особенности ведения беременности и родов у данной категории пациенток [2, с. 77; 5, с. 176, 12, с. 7406].

Вместе с тем ряд аспектов данной проблемы остаётся недостаточно изученным. В частности, требуют дальнейшего исследования региональные особенности распространённости аномалий развития матки, особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у пациенток с данной патологией, а также морфологические изменения плаценты при различных формах аномалий матки.

В Республике Таджикистан имеются лишь единичные исследования, посвящённые данной проблеме, что не позволяет в полной мере оценить её распространённость, клинические особенности и акушерские исходы. Учитывая вышеизложенное, а также достаточно высокую частоту аномалий развития матки у беременных и рожениц, поступающих в стационар, следует заключить, что эта проблема является неизученной в нашей стране и потому

актуальной, требующей более тщательного и глубокого научно обоснованного изучения.

**Связь исследования с приоритетными направлениями развития науки, техники и технологии в республике.**

Диссертационная работа выполнена в рамках «Национальной стратегии здоровья населения на период до 2030 года», утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан №414 от 30 сентября 2021 г., Программы «Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в государственных медицинских учреждениях», утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан №545 от 30 декабря 2021 года, а также темы научно-исследовательской работы кафедры акушерства и гинекологии №1 Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» «Лечебно-диагностические и профилактические аспекты основных критических состояний в акушерстве в РТ» на 2023-2027 гг., регистрационный номер №0125TJ1686.

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель исследования.** Изучить особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с аномалиями развития матки.

**Задачи исследования:**

1. Изучить частоту, структуру, медико-социальные аспекты и факторы риска у беременных с аномалиями развития матки;
2. Выявить особенности течения беременности и родов у беременных с аномалиями развития матки;
3. Определить состояние внутриутробного плода и перинатальные исходы у беременных с аномалиями развития матки;
4. Разработать алгоритм ведения гестационного периода у женщин с аномалиями развития матки.

**Объект исследования.** Всего исследованию подвергнуты 270 женщин, в том числе 232 женщины с аномалиями развития органов гениталий и 38 практически здоровых беременных женщин.

**Предмет исследования.** Изучены частота аномалий развития матки, структура, медико-социальные аспекты и факторы риска, течение беременности, родов и перинатальных исходов, особенности клинико-лабораторных и функциональных исследований, патоморфологическая характеристика последа у женщин с аномалиями развития матки. Разработан комплекс мероприятий по выявлению аномалий развития органов гениталий, ведению беременности, родов и послеродового периода у женщин с аномалиями развития матки и алгоритм ведения гестационного периода у женщин с данной патологией.

**Научная новизна исследования.** Впервые в стране комплексно изучена частота и структура аномалий развития матки у беременных, их медико-социальные аспекты в учреждении 3-го уровня; исследованы особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с аномалиями развития матки; выявлены характерные нарушения развития внутриутробного плода и перинатальные исходы у исследуемого контингента; определена патоморфологическая характеристика последов родильниц с аномалиями развития матки.

На основании полученных результатов исследования составлен комплекс мероприятий и разработан алгоритм по ведению беременных, рожениц и родильниц с указанной патологией. Разработаны рекомендации и алгоритм по ведению гестационного периода у женщин с аномалиями развития матки для снижения частоты осложнений беременности и родов и перинатальной патологии.

**Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.** Теоретические и методологические основы исследования, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе на практических занятиях и при чтении лекций в медицинских вузах по теме «Аномалии развития органов репродуктивной

системы» а также в дальнейших научных исследованиях. Практическая значимость исследования заключается в разработке комплекса мероприятий и алгоритма ведения гестационного периода у женщин с аномалиями развития матки, которые будут способствовать снижению частоты репродуктивных потерь, а также материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Доказано, что основной причиной развития аномалий матки явилась наследственная предрасположенность, которая установлена при анализе отношения шансов факторов риска развития.

2. Выявлены высокая частота самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, неправильное положение и предлежание плода при аномалиях матки, которые были обусловлены недоразвитием мышечной массы матки, её асимметрией, истончением, недостаточным развитием соединительной ткани и истмико-цервикальной недостаточностью.

3. Установлены патологические морфологические изменения в гистоструктурах последа, которые способствуют плацентарной недостаточности, задержке внутриутробного развития плода и нарушению маточно-плодово-плацентарного кровотока с неблагоприятным влиянием на перинатальные исходы.

#### **Степень достоверности результатов диссертации**

Обоснована достоверность полученных результатов исследования, выводов и рекомендаций на достаточном объёме материала, использованием современных методов статистической обработки и публикациями. Заключение и рекомендации основаны на научном анализе результатов проведённого исследования.

#### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 3.1.1 – Акушерство и гинекология. I. Отрасль науки: медицинские науки. II. Формула специальности - Акушерство и гинекология. III. Область исследований - 3.1. Акушерство. Подпункт 3.1.2.

Определение состояния внутриутробного плода; 3.1.5. Отклонения в течение беременности: невынашивание, недонашивание и перенашивание плода. 3.1.7. Беременность и роды при заболеваниях и аномалиях развития половых органов. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.

**Личный вклад соискателя учёной степени в исследование.** Автором изучены мировые и отечественные научные публикации по теме «Аномалии развития органов репродуктивной системы» и на основе изученного литературного обзора составлены цели и задачи настоящих исследований, составлены анкеты, проведён набор собственного материала для исследования, выполнен анализ материалов из историй родов за 2015-2024 гг., подготовлен материал для патогистологического исследования последа. Автор участвовала в статистической обработке материала, интерпретации и обсуждении полученных результатов, научно обосновала выводы и рекомендации, участвовала в конференциях, на съездах, в публикациях статей, диссертации и автореферата. Теоретические и практические результаты исследования докладывались на международных, республиканских, региональных, вузовских научно-практических конференциях молодых учёных, проводившихся в Таджикистане и за его пределами.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные положения результатов диссертационного исследования доложены и обсуждены на ежегодных научно-практических конференциях молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (2022, 2023, 2024), а также на международной научно-практической конференции «Современные тренды в охране материнства и детства», 2025, г. Астана (онлайн), на совместном межклиническом заседании кафедры акушерства и гинекологии №1 и базового Городского родильного дома №1 (протокол №1 от 29.08.2025 г) и заседании Межкафедральной экспертной проблемной комиссии акушеров-гинекологов и детских хирургов при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (протокол №85 от 18.11. 2025 г).

Результаты исследования внедрены в клиническую практику родильного отделения Городского родильного дома №1, в лечебную деятельность ГУ «Городского центра репродуктивного здоровья» г. Душанбе, а также в учебную программу кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

**Публикации по теме диссертации.** По теме диссертации опубликованы 17 печатных работ, в том числе 5 в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена на 168 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, общей характеристики, 5 глав, включающих обзор литературы, главы материала и методов и 2 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов исследования, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка используемой литературы. Указатель литературы включает 54 работы на русском и 102 - на иностранных языках. Иллюстрирована 64 таблицами и 26 рисунками.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Материалы исследования.** С целью выполнения задач проведено ретроспективное когортное исследование историй родов пациенток с аномалиями развития матки за период 2015-2021 годы и проспективное исследование в период 2022-2024 годов в Городском родильном доме №1 города Душанбе.

Объектом исследования явились 232 беременные женщины и роженицы с аномалиями развития матки, из них 135 были изучены ретроспективно и 97 - проспективно, составляя основную группу обследованных женщин. Группу сравнения составили 38 практически здоровые беременные женщины.

Для ретроспективного и проспективного анализа были использованы истории родов пациенток, поступивших в городской родильный дом №1 г. Душанбе за 2015-2024 годы и медицинская документация пациенток, наблюдавшихся в отделениях репродуктивного здоровья ГУ ГЦЗ №8, №9, №10,

№14, т.е. пациенток, которые для родоразрешения были госпитализированы в ГРД №1, специально подготовленные индивидуальные анкеты, содержащие данные наблюдения и ведения беременных, обменные карты (учётная форма №113/у).

Критерии включения в основную группу исследования: диагностированная аномалия развития матки во время беременности или в родах. Критерии исключения: отсутствие аномалий развития матки; тяжёлые острые сопутствующие соматические патологии.

Критерии включение в группу сравнения: отсутствие аномалий развития матки. Критерии исключения: тяжёлые острые сопутствующие соматические патологии.

### **Методы исследования**

- Ретроспективный анализ карт беременности и историй родов, проспективное ведение беременных женщин: анамнез жизни, репродуктивный анамнез, анамнез заболевания, наблюдение за течением беременности, родов и послеродового периода, за состоянием плода и новорождённого;
- общепринятые лабораторные и дополнительные методы исследования, исследования внутриутробного плода: гравидограмма, ультразвуковая фетометрия, доплерометрия;
- оценка акушерских и перинатальных исходов;
- оценка состояния инволюции матки женщин с аномалиями матки ультразвуковым методом;
- патоморфологическое исследование последа родильниц обеих сравниваемых групп.

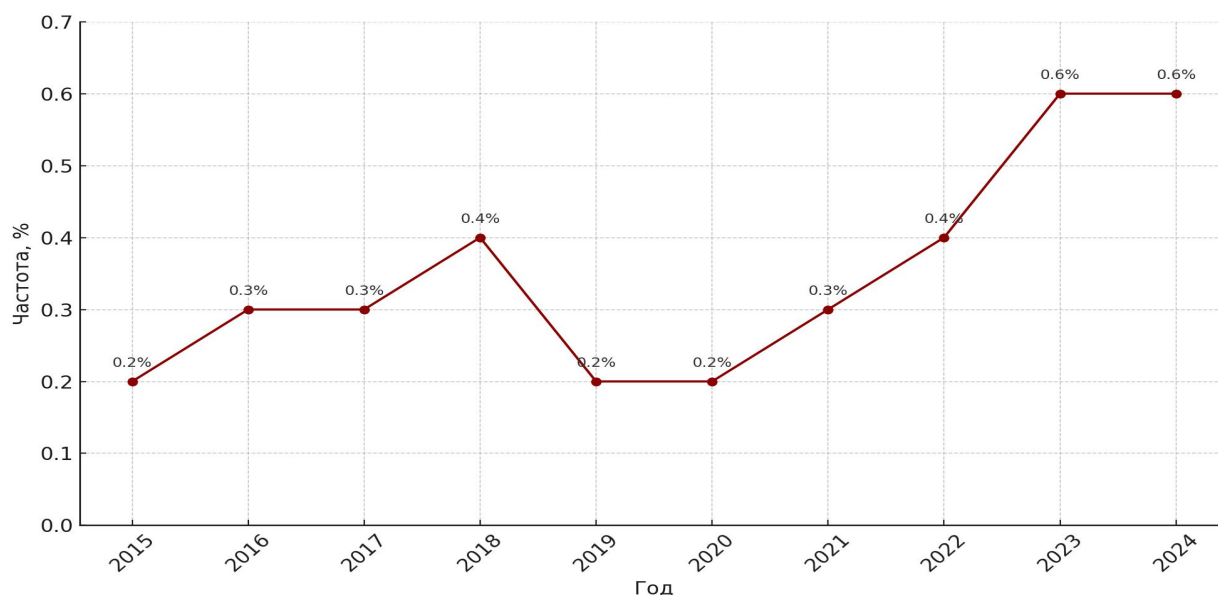
Морфологический фрагмент диссертационного исследования выполнен во 2-м патологоанатомическом отделении Федерального Государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, куда были

доставлены срезы плаценты из соответствующих разделов последа. Исследования были проведены под руководством заведующего 2-м патологоанатомическим отделением д.м.н., профессора Щеголева Александра Ивановича и старшего научного сотрудника отделения Куликовой Галины Викторовны.

**Статистический анализ.** Данные были собраны и проанализированы с использованием прикладного пакета Microsoft Excel 2000 (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA). Также данные были импортированы в программы IBM SPSS Statistics версии 26.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Абсолютные показатели представлены в виде медианы с нижним и верхним квартилями (Me [Q1; Q3]), а относительные величины в виде частоты или долей (%).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно поставленным целям и задачам, были изучены частота и структура аномалий развития органов репродуктивной системы за период 2015-2024 гг. по материалам Городского родильного дома №1 г. Душанбе.



**Рисунок 1. - Динамика частоты аномалий развития матки за 2015–2024 гг., (%)**

За этот период в этом учреждении произошло 67 852 родов, из них у 232 пациенток с аномалиями развития органов гениталий. Приведённые данные свидетельствуют о продолжающемся увеличении частоты аномалий развития органов половой сферы, в том числе матки, особенно, в последние годы (рисунок 1).

Диагностика аномалий развития матки проводилась на основании клинических признаков, в родах или интраоперационно, при ультразвуковом исследовании (таблица 1).

**Таблица 1. - Время выявления аномалий развития матки**

Время выявления	Основная группа – 97	
	п	%
Интраоперационно:	47	48,5
-при настоящей беременности	39	40,2
-при предыдущих операциях	8	8,2
При поступлении:	29	29,9
-во время первичного акушерского осмотра в стационаре	6	6,2
-при проведении УЗИ в стационаре	23	23,7
На антенатальном уровне в ЦРЗ	21	21,6

Структура аномалии развития матки и её частота за последние 3 исследуемых года (2022-2024) приведены в таблице 2. Как видно, наиболее часто были диагностированы двурогая и седловидная матка, однорогая и другие формы составили 10,2%. В 6 случаях (6,1%) было обнаружено сочетание указанных форм с другими формами аномалий шейки матки и влагалища.

**Таблица 2. - Структура аномалий развития матки у беременных**

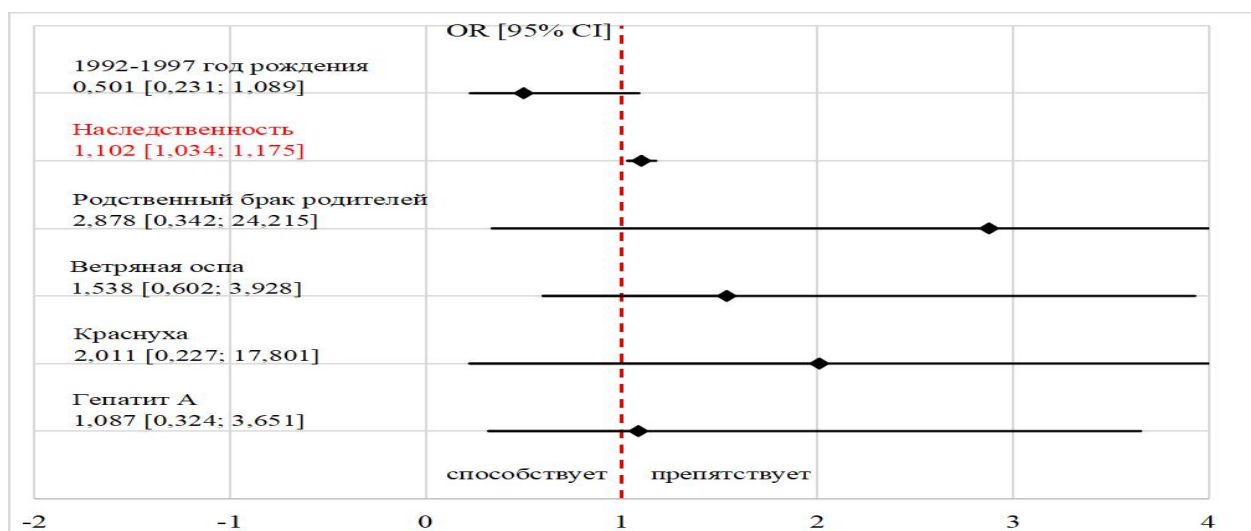
Вид аномалий развития матки	Основная группа – 97	
	п	%
Двурогая матка (Ut. bicornis)	45	46,4
Седловидная матка (Ut. arcuatus)	42	43,3
Однорогая матка (Ut. unicornis)	4	4,1
Изолированная перегородка во влагалище	2	2,1
Септированная матка (Ut. septus)	1	1,0
Рудиментарный рог (Ut. Rudimentarius)	1	1,0
Удвоение шейки матки (Ut. bicollis)	1	1,0
Атрезия цервикального канала	1	1,0
<b>Сочетанные пороки:</b>	6	6,1
-двурогая матка+перегородка во влагалище	4	4,1
-двурогая матка+удвоение шейки матки+перегородка во влагалище	1	1,0

-седловидная матка+перегородка во влагалище	1	1,0
---	---	-----

Анализ возрастной структуры пациенток показало, что за последние 3 года (2022-2024 гг) наблюдалось более активное выявление АРМ у молодых пациенток 19-24 года, которые составили 43,3% ( $p < 0,001$ ).

Анализ паритета показал, что за последние 3 года наметилось активное выявление аномалий матки у первобеременных и первородящих пациенток ( $p < 0,001$ ).

Сделана попытка выяснения факторов риска развития аномалий матки у обнаруженных пациенток. Путём опроса пациенток с АРМ выясняли особенности течения беременности их матерей, но, к сожалению, не были получены убедительные данные; зачастую они отрицали болезни при беременности, или не помнили о них.



**Рисунок 2. - Анализ отношения шансов факторов риска развития аномалий матки**

Установлено, что 28 пациенток (28,8%) были рождены в 1992-1997 гг, т.е. беременность и роды их матерей совпадали с конфликтным периодом в стране, который сопровождался со стрессами, нарушением питания и гомеостаза многих пациенток. У 7 (7,2%) пациенток выяснился близкородственный брак у родителей и у 9 (9,3%) отягощённая наследственность – аномалии развития различных органов у родственников, однако, анализ отношения шансов (рисунок 2) показал, что единственным фактором развития аномалий матки среди приведённых причин оказалась наследственная предрасположенность.

Заслуживает внимания тот факт, что почти у каждой 10-й беременной с аномалией развития матки были обнаружены аномалии почек. Учитывая высокую частоту сочетания аномалии матки с аномалией почек, нами проведён анализ за 2015-2024 гг. За этот период были выявлены 22 (9,4%) пациентки с указанным сочетанием аномалий. У 15 из них была выявлена единственная врождённая почка, в 3-х случаях гипоплазия, в 2-х – удвоение почки и у 2-х – тазовая дистопия почки. Почти у более половины пациенток с единственной почкой была обнаружена двурогая матка.

Среди гинекологических заболеваний лидировали нарушение репродуктивной функции, в том числе бесплодие (24,7%,  $p=0,008$ ), а также нарушение менструальной функции (28,9%,  $p=0,025$ ). Высока была и частота патологий шейки матки (19,6%).

Аномалии развития матки прежде всего влияют на репродуктивную, в том числе менструальную функцию. Анализ менструальной функции показал, что у 55,7% пациенток первая менструация была зарегистрирована до 15 лет, у 44,3% в 16 лет и более. В группе сравнения эти показатели были равны 78,9% и 21,1% соответственно. У пациенток с врождённой аномалией матки выявлены различные нарушения менструального цикла, а именно позднее менархе – более 15 лет (44,3%), длительные менструации (43,3%), обильные кровянистые выделения, почти у каждой 10-й – опсоменорея и у каждой третьей – альгодисменорея. Это было характерно при всех формах аномалий с небольшим преобладанием при двурогой матке. Указанные нарушения, возможно, были обусловлены проявлением дисфункции яичников, нарушением оттока менструальной крови, деформацией полости и сниженной сократительной функцией аномальной матки.

Большое внимание заслуживал анализ генеративного анамнеза пациенток с АРМ. Всего лишь у 43,3% из 97 случаев в анамнезе были срочные роды, в 24,7% - преждевременные, что с группой сравнения обнаруживает высокую степень достоверности ( $p<0,031$ ). У каждой четвёртой из них было указание на самопроизвольный выкидыш. У 4-х была внематочная беременность. В 25

случаях из 66 родов пациенток с АРМ роды закончились операцией кесарева сечения, что составило 43,8%, в 32 случаях (33,0%) – завершились родами через естественные родовые пути ( $p < 0,001$ ). Из указанного числа пациенток, у которых были роды, у 14 (14,4%) роды осложнились преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, у 8 (8,2%) – гипотоническим кровотечением, у одной разрывом добавочного рога, в 10 случаях была обнаружена перинатальная смертность. В 4-х случаях родились новорождённые с эмбриофетопатиями.

Особое внимание заслуживал показатель самопроизвольных выкидышей, который стал статистически значимым при пересчёте общего количества беременностей. Суммарно самопроизвольные выкидыши у женщин с аномалиями развития матки составили 44 случая (26,3%), частота которых оказалась значительно выше по сравнению со сравнительной группой ( $p = 0,029$ ). Частота неразвивающихся беременностей в анамнезе также была относительно высокой - 31 случай (18,6%). Это отражает тенденцию к повторным потерям беременности у отдельных пациенток, в анамнезе которых отмечалось от двух до семи самопроизвольных выкидышей и неразвивающихся беременностей, что существенно повлияло на общую статистическую значимость показателя.

Основная часть обследованных женщин в обеих группах были взяты на учёт в сроках от 6-12 недель, составляя 68% и 78,9%. Однако беременные женщины с АРМ достоверно ( $p = 0,032$ ) чаще были взяты на учёт в сроке 16 недель и больше, по сравнению с женщинами с группы сравнения. Средний срок первого визита составил  $13,1 \pm 4,8$  недель. Как было указано выше, в наших проспективных исследованиях аномалии развития матки были обнаружены на антенатальном уровне всего в 21 случае (21,6%) из 97.

**Осложнения гестационного процесса.** В первом триместре беременность наиболее часто осложнялась в основной группе рвотой беременных – 46,4% и 28,9% в группе сравнения ( $p = 0,045$ ), частота угрожающего выкидыша также была высока и составила 30,9%, т.е. почти у каждой третьей, но разница показателей между группами были

недостовверными ( $p>0,05$ ). Обращает внимание высокий процент (6,2%) невынашиваний беременности у женщин с АРМ в виде самопроизвольных выкидышей и неразвивающийся беременности, каковых в группе сравнения не было.

У 91 пациентки с АРМ, беременность которых продолжалась во втором триместре: у 5 женщин рвота беременных продолжалась до 18 недель; у 18 женщин наблюдалась угроза прерывания беременности; у 9 женщин было отмечено обострение хронического пиелонефрита; у 4 женщин произошёл самопроизвольный поздний выкидыш; в 2 случаях беременность была прервана из-за эмбриофетопатии в виде синдрома Дауна и гидроцефалии.

В III триместре беременность прогрессировала у 85 из 97 обследованных женщин основной группы. При этом в основной группе преждевременные роды произошли у 21 женщины (24,7%), что было статистически значимо выше ( $p=0,002$ ).

**Таблица 3. - Положение и предлежание плода при АРМ**

Вид положения и предлежания	Общее число n=203		в том числе						p <sub>1</sub>
			двурогая n=84		седловидная n=95		другие n=24		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Головное предлежание	112	55,2	46	54,8	51	53,7	15	62,5	>0,05 (df=2)
Тазовое предлежание	55	27,1	28	33,3	18	18,9	9	37,5	=0,046 (df=2)
Предлежание плаценты	1	0,5	1	1,2	-	-	-	-	-
Косое положение	4	2	2	2,4	2	2,1	-	-	>0,05*
Поперечное положение	31	15,3	7	8,3	24	25,3	-	-	=0,029*
<b>p<sub>2</sub></b>	<0,001 (df=4)		<0,001 (df=4)		<0,001 (df=3)		>0,05*		-

Примечание: p<sub>1</sub> – статистическая значимость различий частоты различных видов предлежания между всеми видами аномалий матки; p<sub>2</sub> – статистическая значимость различий долей предлежаний (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub> – по критерию Хи-квадрат для произвольных таблиц; \* - по критерию Фишера).

Наиболее низкий показатель доношенности отмечен при двурогой матке - 61,1%, тогда как при седловидной и других формах аномалий он составлял 89,7% и 70,0% соответственно. Согласно парным сравнениям, различия между

пациентками с двурогой и седловидной маткой оказались статистически значимыми ( $p_1=0,004$ ), что свидетельствует о более высокой склонности к преждевременным родам у женщин с двурогой маткой. При сравнении с другими типами аномалий достоверных различий не выявлено ( $p_2 > 0,05$ ).

Анализ исходов настоящей беременности и родов показал, что у женщин с аномалиями развития матки значительно чаще наблюдались преждевременные роды - у 21 из 97 пациенток (21,6 %), что статистически достоверно превышало показатель сравнительной группы (2,6%,  $p=0,008$ ).

**Таблица 4. - Исход настоящей беременности и родов пациенток с АРМ, n=97**

Структура	Общее число n=97		Сравнительная группа, n=38		p
	n	%	n	%	
Срочные роды	59	60,8	36	94,7	>0,05
Преждевременные роды	21	21,6	1	2,6	=0,008
Запоздалые роды	5	5,2	1	2,6	>0,05
Самопроизвольный выкидыш	7	7,2	-	-	-
Неразвивающаяся беременность	3	3,1	-	-	-
Индукцированный выкидыш в связи с эмбриофетопатией	2	2,1	-	-	-

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию Фишера).

Кроме того, установлен высокая частота репродуктивных потерь (12,4 %) у женщин с аномалиями развития матки, включающих самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, а также медицинские прерывания по поводу эмбриофетопатий, которые в группе сравнения не наблюдались (таблица 4).

Анализ методики родоразрешения у пациенток с врождёнными аномалиями развития матки выявил преобладание оперативного родоразрешения. Так, частота кесарева сечения среди женщин с двурогой маткой составила 77,8%, при седловидной форме - 87,2%, а при других аномалиях - 91,7%. При этом достоверных различий между группами не выявлено ( $p>0,05$ ).

Осложнения в родах у женщин с АРМ: у каждой третьей женщины с аномалиями развития матки роды осложнились аномалией родовой

деятельности (35,3%), что статистически значимо чаще, чем в группе сравнения (10,5%,  $p=0,004$ ). Остальные осложнения, включая гипертензивные нарушения, дистресс плода, дородовое излитие околоплодных вод (ДРПО), преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и обструктивные роды, встречались с одинаковой частотой в обеих группах ( $p>0,05$ ). Выпадение пуповины и мелких частей были обнаружены при седловидной матке - 4 случаях (4,7%). Антенатальная смертность при поступлении была диагностирована у 3-х рожениц с двурогой и у 1-й - с седловидной маткой. У 2-х пациенток с седловидной маткой была диагностирована угроза разрыва матки и у одной с двурогой маткой произошёл разрыв матки с развитием ДВС и геморрагическим шоком.

У женщин основной группы по сравнению с группой сравнения отмечалась тенденция к менее благоприятным показателям степени чистоты влагалищного содержимого: I степень выявлена реже (31,8% против 52,6%), а IV степень - только в основной группе (18,8%). У основной группы также чаще выявлялось значительное количество эпителия (57,6% против 21%), что может быть признаком раздражения или воспаления слизистой. Количество лейкоцитов было повышенным (медиана 24,0 против 18,0), указывая на воспалительный компонент ( $p=0,016$ ).

В послеродовом бактериологическом исследовании полости матки у женщин основной группы чаще выявлялись *Staphylococcus haemolyticus* (40%) и *Staphylococcus epidermidis* (20%), а также различные виды *Candida* (около 13% для *Candida glabrata* и *Candida albicans*). В группе сравнения доминировал *Staphylococcus aureus* (33,3%) и *Escherichia coli* (22,2%). Различия в распространённости отдельных микроорганизмов в исследуемых группах не отражают особенности микробного пейзажа у пациенток с аномалиями развития матки.

**Перинатальные исходы.** В сроках беременности 26-36 недели проведено исследование доплерометрических показателей фетоплацентарного комплекса (ФПК) у женщин основной ( $n=50$ ) и сравнительной ( $n=20$ ) групп. Установлены

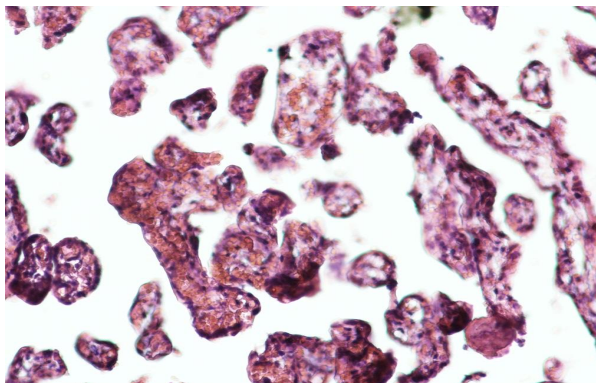
достоверные различия по всем изученным параметрам. Индекс резистентности в пупочной артерии (UmA) был значительно ниже в основной группе - 1,04 [0,70; 1,80] по сравнению с 2,20 [2,10; 2,50] в сравнительной ( $p < 0,001$ ). Аналогичная картина наблюдалась и в маточных артериях: справа (Artut) - 0,71 [0,50; 1,80] против 1,90 [1,80; 2,00] ( $p = 0,007$ ), слева (Altut) - 0,73 [0,50; 0,93] против 1,90 [1,80; 2,00] ( $p < 0,001$ ). Плацентарный коэффициент (ПК) в основной группе был существенно выше - 1,20 [0,48; 2,80], тогда как в сравнительной - 0,25 [0,22; 0,26] ( $p < 0,001$ ). Эти данные отражают снижение сосудистого сопротивления в системе маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока у беременных с аномалиями развития матки, что, вероятно, свидетельствует о формировании компенсаторной адаптации, направленной на поддержание адекватного кровоснабжения плода.

Антропометрические показатели новорождённых в основной группе были ниже по сравнению с группой сравнения: медиана массы тела составила 3000,0 г [2740,0; 3350,0] против 3250,0 г [3000,0; 3410,0] в группе сравнения ( $p = 0,025$ ), окружность груди - 33,0 см [32,0; 34,0] против 34,0 см [33,0; 34,0] соответственно ( $p = 0,030$ ). Различия по росту и окружности головы между группами не достигли статистической значимости ( $p > 0,05$ ). Также у новорождённых из основной группы медианное значение на 1-й минуте составило 7,0 баллов (от 0 до 8,0) против 7,5 баллов (от 6,0 до 8,0) в группе сравнения ( $p = 0,008$ ); на 5-й минуте - 8,0 баллов (от 0 до 9,0) против 8,0 баллов (от 7,0 до 9,0) соответственно ( $p = 0,018$ ).

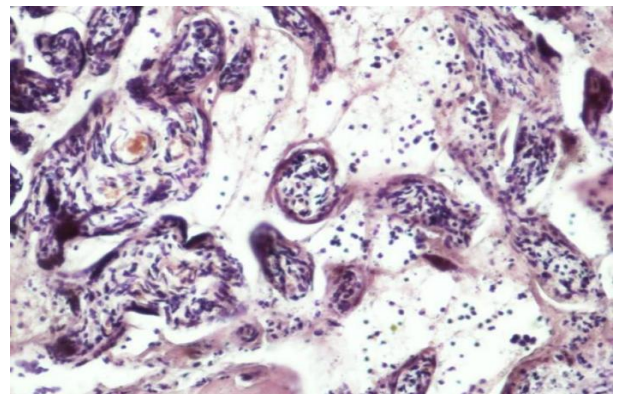
Данные свидетельствуют о более неблагоприятном состоянии новорождённых в основной группе. Среди новорождённых, чьи матери имели аномалии развития матки, наиболее частым осложнением была перинатальная энцефалопатия - 24,7% случаев. Это осложнение чаще всего наблюдалось при следующих формах аномалий: двуругая матка: 27,8%; седловидная матка: 20,5%. Отмечались ЗВУР (14,1%,  $p = 0,050$ ), недоношенности (24,7%,  $p = 0,002$ ) и ВУИ (9,4%), причём при двуругой матке их частота была выше по сравнению с другими формами. Антенатальная гибель плода наблюдалась в 4,7% случаев,

преимущественно при двурогой матке. В 4-х случаях дети родились с эмбриофетопатиями в виде врождённые пороки различных органов, косолапость и кривошеи. Таким образом, наиболее выраженные неблагоприятные перинатальные исходы наблюдались в основной группе, особенно при двурогой форме матки.

Морфологическими особенностями исследованных образцов пуповины, плаценты и плодных оболочек явились: задержка формирования ворсинкового хориона; фетальная мальформация, представленная полнокровием в сосудах ворсин (рисунок 3); стромально-паренхиматозные нарушения в виде гипоплазии дистальных ворсин; признаки воспалительных процессов (рисунок 4); умеренно выраженные компенсаторные реакции в виде наличия очагов ворсин с признаком Тенни-Паркера и дистрофические изменения, представленные накоплением кальцификатов в ворсинах. Степень выраженности патологических реакций была более значительной в краевых отделах плаценты.



**Рисунок 3. - Плацента от пациентки ДМ 30 нед. Полнокровие, задержка развития ворсин. Вариабельность морфологии ворсин в разных полях зрения.х200.**



**Рисунок 4. - Плацента пациентки с двурогой маткой. Хронический виллит и интервиллезит. х 400.**

Полученные данные свидетельствуют о достоверной связи между наличием врождённых аномалий матки и нарушениями созревания, васкуляризации и инволюции плацентарной ткани. Морфологическая

незрелость, воспалительные и дистрофические процессы в плаценте у таких пациенток могут быть патогенетически значимыми механизмами формирования осложнений беременности и нарушений фетоплацентарного кровообращения у пациенток с АРМ.

Прегравидарная подготовка женщин с врождёнными аномалиями развития матки представляет собой ключевой этап в обеспечении благоприятного наступления и течения беременности, родов, а также рождения жизнеспособного плода. Эти меры особенно актуальны ввиду высокого риска осложнений беременности, таких как невынашивание и недонашивание, аномалии расположения плода и прикрепления плаценты, фетоплацентарная недостаточность и неблагоприятные перинатальные исходы.

На первом этапе проводится всесторонний сбор семейного анамнеза, информации о течении беременности у матери, перенесённых детских инфекциях и сопутствующих заболеваниях. В клинико-инструментальное обследование включаются общий и гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза, а также щитовидной железы, печени и почек, гистеросальпингография, МРТ (при необходимости). Для оценки гомеостаза проводится исследование анализов крови, мочи и биоценоза влагалища.

На этапе лечения и оздоровления проводится коррекция анемии, витаминных и микроэлементных дефицитов, назначаются препараты фолиевой кислоты и йода. При наличии признаков хронической инфекции проводится санация очагов, включая восстановление нормального биоценоза влагалища.

В первом триместре беременности основными задачами являются оценка плодного яйца, локализация имплантации и исключение грубых аномалий развития. Уже на ранних сроках важно выявить угрозу прерывания беременности и, при необходимости, назначить поддерживающую терапию (спазмолитики, седативные средства).

Начиная со II триместра, необходимо регулярное ультразвуковое наблюдение с оценкой фетометрии, состояния плаценты, количества околоплодных вод и кровотока в сосудах фетоплацентарного комплекса.

Интервалы между УЗИ обычно сокращаются до 3–4 недель, а при выявлении признаков фетоплацентарной недостаточности - до 1–2 недель.

Для профилактики и своевременной диагностики угрозы преждевременных родов важно проводить мониторинг состояния шейки матки, особенно при наличии сопутствующей истмико-цервикальной недостаточности. В случае укорочения шейки матки возможно применение акушерского пессария и цервикального шва.

В III триместре необходимо более тщательное наблюдение за ростом плода, состоянием стенок матки и околоплодных вод, а также функцией плаценты. При выявлении признаков задержки роста плода (ЗВУР), гипоксии или декомпенсации ФПК вопрос о сроках и способе родоразрешения решается индивидуально.

## **ВЫВОДЫ**

1. Установлено статистически значимое увеличение частоты аномалий развития матки среди поступивших на роды в родильный дом №1г. Душанбе с 0,2% в 2015 году до 0,6% в 2024 году ( $p < 0,001$ ), среди которых преобладала частота седловидной (46,1%) и двурогой матки (43,5%), причём у 6,9% была обнаружена сочетанная с другими формами аномалий матки и в 9,5% с аномалиями развития почек. Единственным фактором риска развития аномалий матки среди приведённых причин оказалась наследственная предрасположенность ( $OR=1,102$ ;  $DI 1,034-1,175$ ) [1-А, 5-А, 6-А, 7-А, 8-А, 14-А, 15-А].
2. Беременность у пациенток с аномалиями развития матки чаще всего наступала после 1-5 и более лет от начала регулярной половой жизни независимо от вида аномалии матки ( $p < 0,001$ ), осложнялась высокой частотой невынашивания (10,3%) и недонашивания (21,6%,  $p=0,008$ ), в виде выкидышей, неразвивающейся беременности и преждевременных родов. Кроме того отмечалась высокая частота неправильного положения (17,3%,  $p=0,029$ ) и предлежания плода (27,1%,  $p=0,046$ ), а роды осложнялись

- аномалиями родовой деятельности (35,3%;  $p=0,004$ ) [2-А, 4-А, 5-А, 9-А, 11-А, 13-А].
3. У беременных с аномалиями развития матки установлена высокая частота синдрома задержки развития плода (14,1%;  $p=0,050$ ) и нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока (29,4%,  $p=0,008$ ), рождения детей с более низкой массой тела ( $p=0,025$ ) и низкими показателями шкалы Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни ( $p=0,008$  и  $p=0,018$ ), высокая частота недоношенных детей (24,7%;  $p=0,002$ ) и эмбриофетопатии (4,7%) [2-А, 5-А, 10-А, 13-А].
  4. Морфологическое исследование плаценты у пациенток с аномалиями развития матки выявило достоверную задержку формирования ворсинкового хориона (9,1-25,0%;  $p=0,008$ ) и признаки фетальной сосудистой мальформации, представленные полнокровием сосудов ворсин (30,0-75,0%;  $p<0,001$ ). Установлены стромально-паренхиматозные нарушения в виде дистальной гипоплазии ворсин (25,0-72,7%;  $p<0,001$ ) и воспалительных изменений (60,0-100,0%;  $p<0,001$ ). Инволютивно-дистрофические процессы характеризовались наличием фибриноидных отложений (27,3-50,0%;  $p<0,001$ ), кровоизлияний (40,0-50,0%;  $p<0,001$ ) и отёка стромы ворсин (50,0-60,0%;  $p<0,001$ ). Выявленные морфологические изменения свидетельствуют о неблагоприятном влиянии аномалий развития матки на течение беременности и состояние плода [5-А].
  5. Разработанный алгоритм ведения беременных с аномалиями развития матки предусматривает предбрачную и предгравидарную подготовку указанного контингента, программу обследования, которые будут способствовать снижению частоты осложнений беременности и улучшению перинатальных исходов, уменьшению риска разрыва матки и неблагоприятных исходов как для матери, так и для плода [2-А, 3-А, 5-А, 6-А, 7-А, 8-А, 9-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Женщины с аномалией гениталий относятся к группе высокого риска развития осложнений гестационного периода, поэтому включать в программу предбрачного и прегравидарного обследования обязательное проведение УЗИ с оценкой анатомии матки, а при сомнительных данных использовать ГСГ и МРТ малого таза.
2. Всем женщинам с выявленными аномалиями развития матки проводить обязательное УЗИ почек для исключения возможных сочетанных аномалий мочевыводящей системы, которые нередко встречаются при аномалиях развития матки.
3. Обязательное консультирование женщин с выявленными аномалиями матки у гинеколога-репродуктолога и генетика, коррекция сопутствующих патологических состояний.
4. Частое динамическое наблюдение в период беременности с включением УЗИ, мониторинг состояния плода и плаценты, оценка кровотока с помощью доплерометрии.
5. В сроке 16-18 недель беременности выполнение трансвагинального УЗИ шейки матки для раннего выявления истмико-цервикальной недостаточности.
6. Контроль признаков угрозы прерывания беременности и преждевременных родов, профилактика и лечение осложнений беременности.
7. Заблаговременная госпитализация беременных в 38 недель и своевременное решение тактики родоразрешения, если абдоминально - родоразрешение в плановом порядке.
8. В послеродовом периоде следить за инволюцией матки и своевременное предупреждение осложнений послеродового периода, консультирование по послеродовой контрацепции.

## Алгоритм ведения гестационного периода у женщин с АРМ

### Обследование до наступления беременности

- ✓ Семейный анамнез
- ✓ Течение беременности у матери
- ✓ Перенесённые заболевания в детстве
- ✓ Сопутствующая патология

- ✓ Менструальная функция
- ✓ Генеративная функция

- ✓ Общий и гинекологический осмотр и обследования

- ✓ УЗИ:
  - гениталий
  - почек
  - печени
  - щитовид. железы
- ✓ при необходимости: ГСГ, МРТ

- ✓ Общеклинические анализы:
  - ОАК
  - ОАМ
  - Мазок на флору
  - Бакпосев из цервик. канала

### Оздоровление по выявленным заболеваниям

### При необходимости реконструктивно-пластические операции

### При наступлении беременности

#### 1-ТРИМЕСТР

- ✓ Ведение по национальному стандарту
- ✓ Исключение внематочной беременности
- ✓ Профилактика выкидыша

#### 2-ТРИМЕСТР

- ✓ УЗИ-скрининг-динамика роста и развития плода
- ✓ Оценка гравидограммы
- ✓ Лечение выявленных нарушений

#### 3-ТРИМЕСТР

- ✓ УЗИ матки, плода и доплерометрия
- ✓ При необходимости госпитализация в 24-28 нед. для профилактики преждевременных родов
- ✓ Госпитализация в 36–37 нед.
- ✓ Консилиум по выбору тактики родоразрешения

#### В РОДАХ

- ✓ Ведение родов согласно тактике консилиума
- ✓ Плановое кесарево сечение по показаниям
- ✓ При естественных родах мониторинг состояния плода и родовой деятельности

#### В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

- ✓ Профилактика гнойно-септических осложнений
- ✓ УЗИ матки – контроль и инволюции матки
- ✓ Консультирование по планированию беременности

## **Публикации по теме диссертации**

### **Статьи в журналах, входящих в Перечень ВАК при Президенте РТ**

[1-А]. Идиева Ш.Х. Репродуктивное здоровье женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – Душанбе. – 2024. - Т. 14, № 1 (49). - с. 46-58.

[2-А]. Додхоева М.Ф. Исход беременности и родов у женщины с аномалией развития матки [Текст] / М.Ф. Додхоева, Ш.Х. Идиева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – Душанбе. – 2024. - Т.14, № 1 (49). - с. 98-102.

[3-А]. Идиева Ш.Х. Комплекс мероприятий по ведению беременных и рожениц с врождёнными аномалиями матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева // Мать и дитя. - 2025. - № 3. - с.21-25.

[4-А]. Идиева Ш.Х. Репродуктивная функция женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллаева // Симург. - 2025. - Т.27, № 3. - с. 58-67.

[5-А]. Идиева Ш.Х. Беременность и роды у женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева // Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2025. - № 3. – с. 542-558.

### **Статьи и тезисы в сборниках материалов съездов и конференций**

[6-А]. Идиева Ш.Х. Сопутствующая экстрагенитальная патология у беременных женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева, В.Ю. Мельникова // Материалы XXIV Всероссийского форума «Мать и дитя». - Москва. - 2023. - с. 88 – 89.

[7-А]. Додхоева М.Ф. Ведение беременных с аномалиями развития мочеполовой системы [Текст] / М.Ф. Додхоева, Ш.Х. Идиева, Ш.С. Рахимова // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Инновации в медицине: от науки к практике», «Современные тенденции клинической урологии». - Душанбе. - 2023. - с. 21-24.

- [8-А]. Идиева Ш.Х. Структура аномалии развития матки у беременных женщин и рожениц [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева, В.Ю. Мельникова // Материалы XVIII международного конгресса по репродуктивной медицине. - Москва. - 2024. - с. 63-64.
- [9-А]. Идиева Ш.Х. Особенности течения беременности и родов у женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, З.Дж. Салимова // Тезисы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». - Душанбе. - 2024. - Т. 1. - с. 74.
- [10-А]. Идиева Ш.Х. Перинатальные исходы у женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева // Тезисы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». - Душанбе. - 2024. - Т. 1. - с. 74-75.
- [11-А]. Идиева Ш.Х. Оценка репродуктивной функции у женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева // Тезисы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». - Душанбе. - 2024. - Т. 1. - С-75.
- [12-А]. Идиева Ш.Х. Репродуктивный анамнез женщин с аномалией развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева, Г.Н. Салохуддинова // Материалы XXV Всероссийского форума «Мать и дитя». - Москва. - 2024. - с. 40 – 41.
- [13-А]. Идиева Ш.Х. Исход беременности и родов у женщин с аномалией развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева, Н.М. Ашурова // Материалы XXV Всероссийского форума «Мать и дитя». - Москва. - 2024.- с. 21 – 22.
- [14-А]. Идиева Ш.Х. Медико-социальные аспекты у беременных и рожениц с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева // Тезисы международной XX (юбилейная) научно-практической конференции молодых учёных и

студентов ТГМУ «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». - Душанбе. - 2025. - Т. 1. - с. 86.

[15-А]. Идизода Ш.Х. Некоторые медико-социальные аспекты аномалии развития матки у беременных женщин и рожениц [Текст] / Ш.Х. Идизода, М.Ф. Додхоева, П.Ф. Икромова // Материалы V-й международной конференции «Современные тренды в охране материнства и детства». - Астана. - 2025. - с. 100-102.

[16-А]. Идиева Ш.Х. Менструальная функция пациенток с аномалиями развития матки [Текст] / Ш.Х. Идиева, М.Ф. Додхоева, П.Ф. Икромова // Материалы XXVI Всероссийского форума «Мать и дитя». - Москва. - 2025.- с. 70-71.

[17-А]. Идиева Ш.Х. Течение послеродового периода у пациенток с врождёнными аномалиями развития половых органов [Текст] / Ш.Х. Идиева, Н.К. Мансурова // Материалы XXVI Всероссийского форума «Мать и дитя». - Москва. - 2025. - с. 160-161.

### **Доклады на съездах и конференциях**

1. Идиева Ш.Х. Особенности течения беременности и родов у женщин с аномалиями развития матки. Научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». - Душанбе. - 3.05.2024.

2. Идизода Ш.Х. Морфологические особенности последа у родильниц с аномалиями развития матки. V-й международной конференции «Современные тренды в охране материнства и детства». - Астана. - 23.05.2025.

### **Перечень сокращений и условных обозначений**

**АРМ** – аномалии развития матки

**ВУИ** - внутриутробные инфекции

**ГСГ** – гистеросальпингография

**ДВС** – диссеминированное внутрисосудистое свёртывание

**ДРПО** – дородовой разрыв плодных оболочек

**ЗВУР** – задержка внутриутробного развития

**МРТ** – магнитно-резонансная томография

**НЦ АГИП РАМН** – Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
Российской академии медицинских наук

**ОАК** - общий анализ крови

**ОАМ** - общий анализ мочи

**ПИ** – пульсационный индекс

**ПК** – плацентарный коэффициент

**ПОНРП** – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

**СЗРП** - синдром задержки роста плода

**УЗИ** – ультразвуковое исследование

**ФПК** – фетоплацентарный кровоток

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

**ВБД 618.14-007.66**

*Бо ҳуқуқи дастнавис*



**ИДИЗОДА ШАҲЗОДА ҲОКИМШОҲ**

**ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАӢНИ ҲОМИЛАДОРӢ, ТАВАЛЛУД ВА  
НАТИҶАҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ЗАНОН БО НУҚСОНҲОИ  
ИНКИШОФИ БАЧАДОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии номзади  
илмҳои тиббӣ аз рӯйи ихтисоси  
3.1.1. – Акушерӣ ва гинекологӣ

**Душанбе – 2026**

Таҳқиқоти илмӣ дар кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро шудааст.

**Роҳбари илмӣ:**

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

**Муқарризони расмӣ:**

**Рафиева Зарина Ҳамдамовна** - доктори илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи акушерӣ ва гинекологии факултаи тиббии «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон».

**Пулатова Азиза Пулатовна** - номзади илми тиб, мудирӣ баҳши иттилоотӣ-методии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

**Муассисаи муқарриз:**

МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия «16» июне с. 2026 соати 14<sup>00</sup> дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-006 назди МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон баргузор мегардад. Суроға: ш. Душанбе, ш. Душанбе, к. Мирзо Турсунзода, бинои 31; [sh.tabarova@mail.ru](mailto:sh.tabarova@mail.ru); телефон: 918 69 16 68.

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

Автореферат «    » \_\_\_\_\_ с.2026 тавзеъ шуд.

**Котиби илмии  
шӯрои диссертатсионӣ  
номзади илмҳои тиб**

**Ш.Т. Муминова**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамии мавзуи таҳқиқот.** Нуқсонҳои инкишофи бачадон проблемаи мураккаби тиббӣ ва назарраси иҷтимоӣ мебошанд, ки сабаби ин таъсири манфии онҳо ба қобилияти репродуктивии зан аст. Ба ақидаи муҳаққиқони сершумор, тайи чанд соли охир тамоюли афзоиши ҳолатҳои ташҳиси нуқсонҳои инкишофи узву системаҳо дар занон, аз ҷумла нуқсонҳои аъзои таносул, мушоҳида мешавад, ки ба омилҳои монанди қорӣ кардани усулҳои нави ташҳис, тағйирёбии глобалии иқлим, бад шудани вазъи экологӣ, афзоиши патологияҳои вирусӣ ва бештар шудани издивоҷҳои хешутаборӣ метавонад вобаста бошад [1, с. 41; 2, с. 77; 3, с. 7; 4, с. 10; 5, с. 176].

Нуқсонҳои инкишофи системаи репродуктивии занон 3-4% аз тамоми нуқсонҳои модарзодиро ташкил медиҳанд, аз онҳо 3-13% занони гирифтори безуретӣ ва 16,7% занон бо исқотҳои такрорёбандаи ҳамл мебошанд [2, с. 77; 5, с. 176].

Ба вучуд омадани нуқсонҳои бачадон бо ҳалалдоршавии равандҳои тафриқаёбӣ (дифференсиатсия), якҷояшавӣ ва резорбсияи маҷроҳои парамезонефрикӣ (каналҳои Мюллер) дар эмбриогенез алоқаманд аст. Вобаста ба хусусияти ин ихтилолҳо шаклҳои гуногуни нуқсонҳо: агенезия, гипоплазия, якшоха, душоха, бачадони зиншакл, миёнадевори дохилибачадонӣ ва дутошавии бачадон инкишоф меёбанд [8, р. 73430; 9, р. 1784].

Нуқсонҳои модарзодии бачадон аз сабаби таъсири возеҳи онҳо ба натиҷаҳои репродуктивӣ ва перинаталӣ аҳамияти хоси клиникӣ доранд. М.А. Кім ва ҳаммуал. (2021) таъкид мекунанд, ки «мавҷудияти нуқсонҳои модарзодии бачадон ба имплантиатсия, рушди дохилибачадонии ҷанин ва нигоҳдории ҳомиладорӣ таъсири манфӣ мерасонад ва хатари натиҷаҳои номатлуби репродуктивиро ба таври назаррас зиёд мекунад. Дар занони гирифтори нуқсонҳои рушди бачадон (НРБ) эҳтимоли бачапартоии беихтиёрони (2-3 маротиба), таваллуди бармаҳал (3-5 маротиба), пешомади нодурусти ҷанин, қарроҳии қайсарӣ, ҷудошавии машинаи муқаррарӣ ҷойгиршуда (то 9 маротиба бештар), сустшавии афзоиши дохилибачадонии

ҳамл, ғавти дохилибачадонии ҳамл, ғавти перинаталӣ ва ҳамчунин норасоии гарданаки бачадонро ба таври назаррас бештар ба қайд мерасад" [7, p. 4797]. Муаллифон инчунин таъкид мекунанд, ки "шаклҳои сабуки нуқсонҳо (бачадони зиншакл ва камоншакл) бо оризаҳои камтар ифодаёфта алоқаманданд, дар ҳоле ки шаклҳои вазнин (бачадони деворадор ва душоха) ба ҳама марҳилаҳои гестатсия таъсири манфӣ мерасонанд, ки бо ихтилоли сохтори рагии эндометрий ва морфологияи аномалии холигоҳи бачадон вобастагӣ дорад» [7, p. 4797]. Натиҷаҳои монанд аз таҳқиқотҳои М.С. Сапро ва ҳаммуал. (2024), инчунин G. Nam ва ҳаммуал. (2021) низ ба даст омадаанд, ки шабоҳати маълумоти ҳосилшударо тасдиқ мекунанд [6, p. 9; 10, p. 32].

Ба ғайр аз аворизи давраи ҳомиладорӣ, занони гирифтори НРБ ба таври назаррас бештар ба усули ҷарроҳии валодаткунонӣ ниёз пайдо мекунанд. Басомади ҷарроҳии қайсарӣ дар ин гурӯҳ нисбат ба заноне, ки анатомияи муқаррарии бачадон доранд, хеле баландтар аст. Сабабҳои асосии афзоиши валодатҳои ҷарроҳӣ мавқеи ғайримуқаррарии ҷанин (косӣ ё кӯндаланг) ва дискоординатсияи ҷаъолияти валодатӣ мебошанд [6, p. 9; 11, p. 1078; 12, p. 7406].

Қайд кардан лозим аст, ки дар бисёр мавридҳо нуқсонҳои рушди бачадон бе симптом гузашта, тасодуфан - ҳангоми муоина оид ба безуретӣ, ихтилолҳои давраи ҳайз ё дар ҷараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд муайян карда мешаванд. Дар ин ҳолатҳо возеҳии ихтилолҳои репродуктивӣ, чун қоида, бо вазнинии нуқсон вобастагӣ дорад [2, p. 77; 11, p. 1078].

Афзоиши басомади нуқсонҳои модарзодии узвҳои системаи репродуктивӣ, инчунин аворизи давраи гестатсионии ба онҳо марбут дараҷаи баланди мубрамии ин таҳқиқотро муайян месозад. Сарфи назар аз таҷрибаи клиникии ҷамъшуда, масъалаҳои вобаста ба раванд ва идоракунии ҳомиладорӣ, валодат ва натиҷаҳои перинаталӣ ҳангоми мавҷудияти нуқсонҳои рушди бачадон ҳалношуда боқӣ мемонанд ва тавсияҳои возеҳ барои таъобати ин ҳолатҳо вучуд надоранд.

Бо назардошти гуфтаҳои боло ва набудани таҳқиқоти марбут дар кишвари мо, таҳқиқи ин масъала мубрамияти хоса дорад.

**Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш.** Таҳлили адабиёти муосири илмӣ нишон медиҳад, ки нуқсонҳои модарзодии рушди бачадон яке аз масъалаҳои мубрами акушерӣ ва гинекологияи муосир ба ҳисоб мераванд. Дар қорҳои муҳаққиқони хориҷӣ масъалаҳои марбут ба таснифоти аномалияҳои мюллерӣ, паҳншавии онҳо, инчунин таъсири онҳо ба фаъолияти репродуктивии занон ба таври нисбатан муфассал мавриди омӯзиш қарор гирифтаанд [6, р. 9; 10, р. 32].

Тибқи маълумоти як қатор муаллифони муайян гардидааст, ки нуқсонҳои рушди бачадон метавонанд ба ҷараёни ҳомиладорӣ таъсири номусоид расонида, хатари бачапартоӣ, таваллуди пеш аз муҳлат, норасоии плацентарӣ ва дигар оризаҳои акушериро зиёд гардонанд. Дар солҳои охир масъалаҳои ташҳиси аномалияҳои мюллерӣ, инчунин хусусиятҳои идоракунии ҳомиладорӣ ва таваллуд дар занони дорои ин патология фаъолона мавриди омӯзиш қарор доранд [2, с. 77; 5, с. 176, 12, р. 7406].

Бо вучуди ин, як қатор ҷанбаҳои ин мушкилот то ҳол нокифоя омӯхта шудаанд. Аз ҷумла, зарурати таҳқиқи минбаъдаи хусусиятҳои минтақавии паҳншавии нуқсонҳои рушди бачадон, хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд ва натиҷаҳои перинаталӣ дар беморони дорои чунин патология, инчунин тағйироти морфологии машима ҳангоми шаклҳои гуногуни аномалияҳои бачадон вучуд дорад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон танҳо таҳқиқотҳои ҷудогона ба ин масъала бахшида шудаанд, ки ин барои арзёбии пурраи паҳншавӣ, хусусиятҳои клиникӣ ва натиҷаҳои акушерии ин патология имконияти кофӣ намедиҳад.

Бо назардошти гуфтаҳои боло, инчунин сатҳи нисбатан баланди рушди нуқсонҳои бачадон дар занони ҳомила ва дар давраи таваллуд, ки дар муассисаи статсионарӣ бистарӣ шудаанд, хулоса бояд кард, ки ин мушкилот дар кишвари мо то ҳол ноомӯхта ва аз ин сабаб мубрам боқӣ монда, таҳқиқоти муфассалу амиқтари илман асоснокро талаб мекунад.

**Робитаи таҳқиқот бо самтҳои афзалиятноки рушди илм, техника ва технология дар ҷумҳурӣ.** Кори диссертатсионӣ дар доираи «Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №414 аз 30 сентябри соли 2021 тасдиқ шудааст, Барномаи «Расонидани ёрии тиббӣ ба занони ҳомила, занони дар давраи таваллуд ва занони пас аз таваллуд дар муассисаҳои тиббии давлатӣ», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №545 аз 30 декабри соли 2021 тасдиқ шудааст, инчунин мавзуи кори илмӣ-таҳқиқотии кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1-и Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» «Ҷанбаҳои табобатӣ-ташхисӣ ва профилактикии ҳолатҳои асосии бӯҳронӣ дар акушерӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» барои солҳои 2023-2027, рақами бақайдгирӣ №0125TJ1686 иҷро карда шудааст.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, валодат (давраи таваллуд) ва натиҷаҳои перинаталӣ дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот**

1. Омӯзиши басомад, сохтор, ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва омилҳои хавф дар занони ҳомила бо нуқсонҳои инкишофи бачадон;
2. Муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ ва валодат дар занони ҳомила бо нуқсонҳои инкишофи бачадон;
3. Муайян кардани ҳолати ҷанини дохили бачадон ва натиҷаҳои перинаталӣ дар занони ҳомила бо нуқсонҳои инкишофи бачадон;
4. Таҳияи алгоритми идоракунии давраи ҳомиладорӣ дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон.

**Объекти таҳқиқот.** Дар маҷмӯъ 270 зан, аз ҷумла 232 зан бо нуқсонҳои инкишофи узвҳои таносул ва 38 зани ҳомилаи амалан солим омӯхта шуданд.

**Мавзуи (предмети) таҳқиқот.** Басомади нуқсонҳои инкишофи бачадон, сохтори онҳо, ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва омилҳои хавф, ҷараёни ҳомиладорӣ,

валодат ва натиҷаҳои перинаталӣ, хусусиятҳои таҳқиқотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва функционалӣ, тавсифи патоморфологии ҳамроҳак дар занони дорои нуқсонҳои инкишофи бачадон омӯхта шуданд. Маҷмуи тадбирҳо барои муайян кардани нуқсонҳои инкишофи узвҳои таносул, идоракунии ҳомиладорӣ, давраи таваллуд ва баъди таваллуд дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон ва алгоритми идоракунии давраи гестатсионӣ дар занони дорои ин патология таҳия карда шуданд.

**Навгонии илмӣ таҳқиқот.** Бори нахуст дар кишвар басомад ва сохтори нуқсонҳои инкишофи бачадон дар занони ҳомила, ҷанбаҳои тиббӣ-ичтимоии онҳо дар муассисаи сатҳи 3-юм ҳамаҷониба омӯхта шуданд; хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, давраи таваллуд ва баъди таваллуд дар заноне, ки нуқсонҳои инкишофи бачадон доранд, таҳқиқ карда шуданд; ихтилолҳои хоси инкишофи ҷанини дохили бачадон ва натиҷаҳои перинаталӣ дар гурӯҳи аҳолии мавриди таҳқиқ муайян карда шуданд; хусусиятҳои патоморфологии ҳамроҳакҳои занони таваллудкарда бо нуқсонҳои инкишофи бачадон муайян карда шуданд.

Дар асоси натиҷаҳои таҳқиқот, маҷмуи тадбирҳо ва алгоритми идоракунии занони ҳомила, занони дар ҳоли таваллуд ва занони таваллудкарда бо ин патология таҳия карда шуданд. Тавсияҳо ва алгоритми идоракунии давраи ҳомиладорӣ дар занони дорои нуқсонҳои инкишофи бачадон барои кам кардани басомади аворизи ҳомиладорӣ ва валодат ва патологияҳои перинаталӣ коркард шуданд.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.** Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот, хулосаҳо ва тавсияҳои дар ин диссертатсия пешниҳодшуда метавонанд дар муассисаҳои таълимӣ, дарсҳои амалӣ ва лексияҳо дар муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ дар мавзӯи "Нуқсонҳои инкишофи системаи репродуктивӣ" ва дар таҳқиқотҳои илмӣ оянда истифода шаванд. Аҳамияти амалии ин таҳқиқот дар таҳияи маҷмуи тадбирҳо ва алгоритми идоракунии давраи гестатсионӣ дар занони дорои нуқсонҳои инкишофи бачадон мебошад, ки ба коҳиш додани басомади талафоти

репродуктивӣ, инчунин беморшавӣ ва фавтнокии модарону навзодон мусоидат мекунад.

### **Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Исбот гардид, ки сабаби асосии рушди нуқсонҳои бачадон майли ирсӣ мебошад, ки он дар асоси таҳлили таносуби эҳтимолияти омилҳои хавфи рушд муайян карда шудааст.
2. Басомади баланди исқотҳои беихтиёр ва таваллуди пеш аз муҳлат, инчунин мавқеи нодуруст ва пешомади нодурусти ҷанин ҳангоми нуқсонҳои бачадон муайян карда шуданд, ки онҳо бо рушди нокифояи массаи мушакии бачадон, асимметрияи он, борикшавии девораш, инкишофи нокифояи бофтаи пайвастананда ва норасоии истмикӣ-сервикалӣ вобаста мебошанд.
3. Тағйироти патологӣ-морфологӣ дар сохторҳои ҳамроҳак муайян карда шуданд, ки онҳо ба рушди норасоии машина, қафомонии рушди дохилибачадонии ҳамл ва ҳалалёбии маҷрои хуни бачадонӣ-ҳамлу-машинавӣ мусоидат намуда, ба натиҷаҳои перинаталӣ таъсири номусоид мерасонанд.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия.** Эътимоднокии натиҷаҳои аз таҳқиқот бадастомада, хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи ҳаҷми кофии маводҳо ва истифодаи усулҳои муосири коркарди оморӣ ва интишорот асоснок карда шуд. Хулосаву тавсияҳо ба таҳлили илмии натиҷаҳои таҳқиқоти иҷрошуда асос ёфтаанд.

**Мувофиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Диссертатсия ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 3.1.1 – Акушерӣ ва гинекология мувофиқат мекунад. I. Соҳаи илм: илмҳои тиббӣ. II. Формулаи ихтисос - Акушерӣ ва гинекология. III. Соҳаи таҳқиқот - 3.1. Акушерӣ. Зербанди 3.1.2. Муайян намудани ҳолати дохилибатнии ҷанин; 3.1.5. Иллатҳо дар чараёни ҳомиладорӣ: бардошт накардан (исқоти ҳамл), то ба охир бардошт накардан (таваллуди бармаҳал) ва аз муҳлати муқаррарӣ зиёд бардоштани ҷанин (таваллуди дер); 3.1.7. Ҳомиладорӣ ва таваллуд ҳангоми бемориҳо ва нуқсонҳои рушди узвҳои таносул. Нишонаҳои клиникӣ, ташҳис, муолиҷа ва пешгирӣ.

### **Саҳми шахсии докталаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот.**

Муаллиф интишороти ҷаҳонӣ ва ватани илмиро дар мавзуи «Нуқсонҳои инкишофи узвҳои системаи репродуктивӣ» омӯхтааст, дар асоси ин мақсаду вазифаҳои таҳқиқоти мавриди назар, саволномаҳо тартиб дода шудаанд, ҷамъовариҳои маводи худӣ барои таҳқиқот анҷом дода шуд, таҳлили маводҳо аз таърихи валолатҳо дар солҳои 2024-2025 иҷро гардид, маводҳо барои таҳқиқоти патогистологии ҳамроҳак омода карда шуданд. Муаллиф дар коркарди омори мавод, тавзеҳу баррасии натиҷаҳои ҳосилшуда иштирок кард, хулосаҳо ва тавсияҳоро аз диди илмӣ асоснок намуд, дар конференсияҳо, ҷамъишҳо, интишори мақолаҳо, диссертатсия ва автореферат ширкат варзид. Натиҷаҳои назарӣ ва амалии таҳқиқот дар конференсияҳои байналмилалӣ, ҷумҳуриявӣ, минтақавӣ, донишгоҳии илмӣ-амалии олимони ҷавон, ки дар Тоҷикистон ва берун аз он баргузор гардидаанд, маъруза карда шуданд.

**Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Муқаррароти асосии натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конференсияҳои солони илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯён бо иштироки байналмилалии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (2022, 2023, 2024), инчунин дар конференсияи байналмилалии илмӣ-амалии «Тамоюлҳои муосир дар ҳифзи сихати модар ва кӯдак», 2025, ш. Остона (онлайн), дар ҷаласаи муштараки байниклиникии кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 ва муассисаи пойгоҳии Таваллудхонаи шаҳрии №1 (протоколи №1 аз 29.08.2025), инчунин дар ҷаласаи Комиссияи байнидоравии проблемавии коршиносони акушер-гинеколог ва ҷарроҳони кӯдакона дар МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (протоколи №85 аз 18.11.2025) пешниҳод ва муҳокима карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда ба кори шӯбаи таваллуди Таваллудхонаи шаҳрии №1, ба фаъолияти табобатии МД «Маркази шаҳри солимии репродуктивӣ»-и ш. Душанбе ва ба барномаи таълимии кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ворид карда шуданд.

**Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия.** Дар мавзуи диссертатсия 17 таълифоти чопӣ интишор шудааст, аз ҷумла аз ҷумла 5-тои он дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшавандае, ки ба феҳристи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил мешаванд.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 168 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шуда, аз муқаддима, тавсифи умумӣ ва 5 боб, ки шарҳи адабиёт, боб дар бораи маводу усулҳо ва 2 боби бахшида ба таҳқиқоти ҳуди муаллиф, баррасии натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаву тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёти истифодашударо дар бар мегирад. Рӯйхати адабиёт 54 асар бо забони русӣ ва 102 асар бо забонҳои дигари хориҷиро дар бар мегирад. Кор бо 64 ҷадвал ва 26 расм шарҳ дода шудааст.

## **ҚИСМИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ**

### **Маводи таҳқиқот**

Бо мақсади иҷрои вазифаҳои таҳқиқоти ретроспективии таърихи валолати занони гирифтори нуқсонҳои инкишофи бачадон дар солҳои 2015-2021 ва баъдан, таҳқиқоти проспективӣ дар давраи байни солҳои 2022-2024 дар Таваллудхонаи шаҳрии №1-и шаҳри Душанбе анҷом дода шуд.

Дар таҳқиқот 232 зани ҳомила ва дар ҳоли таваллуд иштирок карданд. 135 нафари онҳо ба таври ретроспективӣ ва 97 нафар ба таври проспективӣ омӯхта шуданд, ки инҳо гурӯҳи асосии занони муоинашударо ташкил меоданд. Гурӯҳи муқоисавӣ аз 38 зани ҳомилаи солим иборат буд.

Барои таҳлили ретроспективӣ ва проспективӣ таърихи таваллуди заноне, ки дар солҳои 2015-2024 ба Таваллудхонаи №1-и шаҳри Душанбе қабул шудаанд, инчунин ҳуҷҷатҳои тиббии заноне, ки дар шӯъбаҳои саломатии репродуктивии МД МСШ-и №8, №9, №10 ва №14 таҳти мушоҳида будаанд (заноне, ки пасон барои валолат дар Таваллудхонаи шаҳрии №1 бистарӣ карда шуданд), истифода гардидаанд. Ҳамчунин саволномаҳои инфиродии махсус омодакарда, ки дорои маълумот роҷеъ ба мушоҳида ва идоракунии занони ҳомила мебошанд ва картаҳои мубодилавӣ (шакли бақайдгирии №113/у) истифода карда шуданд.

Меъёри дохилнамоӣ ба гурӯҳи асосии таҳқиқот чунин буд:

- нуқсони ташхисшудаи рушди бачадон ҳангоми ҳомиладорӣ ё валодат.

Меъёрҳои истиснонамоӣ:

- мавҷуд набудани нуқсони рушди бачадон;
- патологияҳои соматикӣ вазнини шадиди ҳамрав.

Меъёри дохилнамоӣ ба гурӯҳи муқоисавӣ:

- мавҷуд набудани нуқсони рушди бачадон.

Меъёрҳои истиснонамоӣ:

- патологияҳои соматикӣ вазнини шадиди ҳамрав.

### **Усулҳои таҳқиқ**

- Таҳлили ретроспективии картаҳои ҳомиладорӣ ва таърихи валодат, идоракунии проспективии занони ҳомила: анамнези ҳаёт, анамнези репродуктивӣ, таърихи беморӣ, мушоҳидаи ҷараёни ҳомиладорӣ, давраи таваллуд ва давраи баъди таваллуд, мушоҳидаи ҳолати ҷанин ва навзод;
- усулҳои таҳқиқоти лаборатории маъмул ва усулҳои иловагии таҳқиқ, таҳқиқи ҷанини дохили бачадон: гравидограмма, фетометрияи ултрасадоӣ, доплерометрия;
- арзёбии натиҷаҳои акушерӣ ва перинаталӣ;
- арзёбии ҳолати инволютсияи бачадон дар занони дорои нуқсонҳои бачадон бо усули ултрасадоӣ;
- ташхиси патоморфологии ҳамроҳак дар занони ҳарду гурӯҳи муқоисашаванда.

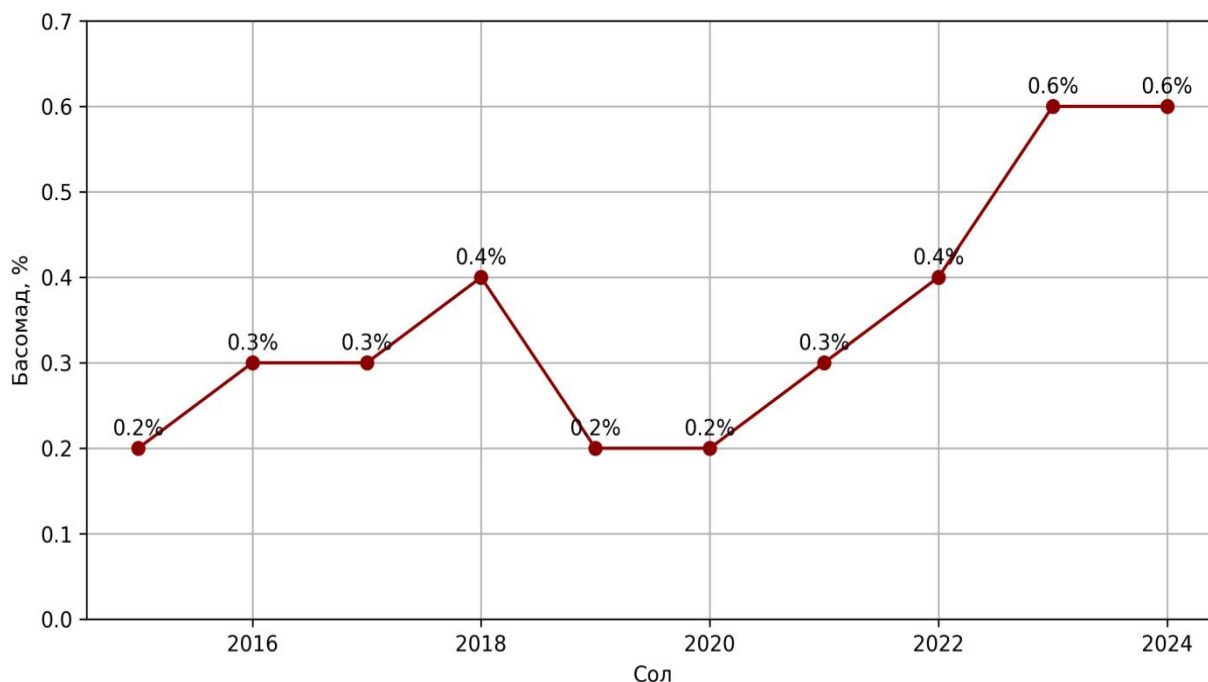
Қисми морфологии таҳқиқоти диссертатсионӣ дар шӯъбаи анатомияи патологияи 2-юми Муассисаи федералии давлатии бучавии «Маркази миллии таҳқиқоти тиббии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ ба номи академик В.И. Кулаков»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия иҷро карда шуд, ки ба он намунаҳои аз қисматҳои дахлдори ҳамроҳак гирифташудаи машина интиқол дода шуданд. таҳқиқот таҳти роҳбарии мудири шӯъбаи анатомияи патологияи 2-

юм, доктори илмҳои тиб, профессор Шеголев Александр Иванович ва корманди калони илмии шуъба Куликова Галина Викторовна гузаронида шуд.

**Таҳлили оморӣ.** Маълумот бо истифода аз бастаи амалии Microsoft Excel 2000 (Microsoft Corp., Redmond, WA, ИМА) ҷамъоварӣ ва таҳлил карда шуд. Ҳамчунин маълумот ба барномаҳои IBM SPSS Statistics version 26.0 (IBM Corp, Armonk, NY, ИМА) ва Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) ворид карда шуд. Арзишҳои мутлақ ҳамчун медианаҳо бо кватилҳои поёни ва болоӣ (Me [Q1; Q3]) ва арзишҳои нисбӣ ҳамчун басомадҳо ё ҳиссаҳо (%) пешниҳод карда шудаанд.

### НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Мувофиқи мақсаду вазифаҳои гузошташуда басомад ва сохтори нуқсонҳои инкишофи узвҳои системаи репродуктивӣ дар давраи байни солҳои 2015-2024 бо истифода аз маводҳои Таваллудхонаи шаҳрии №1-и ш. Душанбе омӯхта шуданд.



**Расми 1. – Динамикаи басомади нуқсонҳои инкишофи бачадон дар с. 2015–2024, (%)**

Дар ин давра дар муассиса 67 852 таваллуд ба амал омад, ки аз онҳо 232 ҳолат ба занҳои дорои нуқсонҳои инкишофи узвҳои таносул рост меомад. Омори овардашуда аз идома доштани зиёдшавии нуқсонҳои инкишофи узвҳои

таносул, аз ҷумла бачадон, махсусан дар солҳои охир, шаҳодат медиҳад (расми 1).

Таҳлили нуқсонҳои инкишофи бачадон дар асоси аломатҳои клиникӣ, ҳангоми валодат ё дар ҳаёти ҷарроҳӣ (интраоператсионӣ), бо истифода аз таҳқиқоти ултрасадоӣ анҷом дода шуд (ҷадвали 1).

### Ҷадвали 1. - Ҷамони муайяннамҳои нуқсонҳои инкишофи бачадон

Ҷамони ошкорнамоӣ	Гурӯҳи асосӣ – 97	
	n	%
Интраоператсионӣ:	47	48,5
-дар вақти ҳомиладорӣ ҷорӣ	39	40,2
-дар вақти ҷарроҳии қаблӣ	8	8,2
Ҳангоми қабул:	29	29,9
- дар вақти муоинаи акушерии ибтидоӣ дар муассисаи статсионарӣ	6	6,2
-дар вақти гузаронидани ТУС дар муассисаи статсионарӣ	23	23,7
Дар сатҳи антенаталӣ дар МСР	21	21,6

Соҳтори нуқсонҳои инкишофи бачадон ва басомади он дар 3 соли охир (2022-2024) дар ҷадвали 2 оварда шудааст. Таҷриба дида мешавад, беш аз ҳама бачадони душоҳа ва зиншакл ба қайд расидаанд ва шаклҳои дигар 10,2%-ро ташкил доданд. Дар 6 ҳолат (6,1%) мавҷудияти ҳамзамони шаклҳои номбаршуда ва шаклҳои дигари нуқсонҳои инкишофи бачадон ва маҳбал ошкор карда шуд.

### Ҷадвали 2. - Соҳтори нуқсонҳои инкишофи бачадон дар ҳомилаҳо

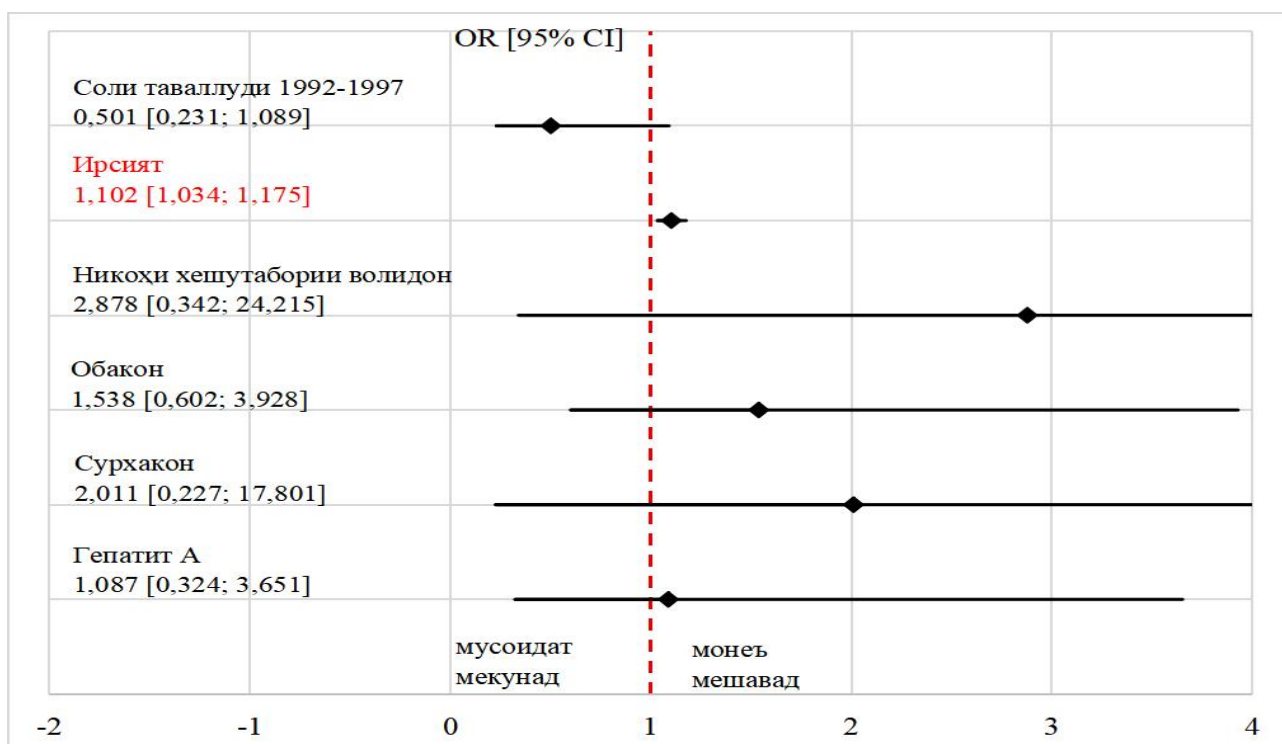
Шакли нуқсонҳои инкишофи бачадон	Гурӯҳи асосӣ – 97	
	n	%
Бачадони душоҳа ( <i>Ut. bicornis</i> )	45	46,4
Бачадони зиншакл ( <i>Ut. arcuatus</i> )	42	43,3
Бачадони якшоҳа ( <i>Ut. unicornis</i> )	4	4,1
Девора дар маҳбал	2	2,1
Бачадони деворадор ( <i>Ut. septus</i> )	1	1,0
Шоҳаи рудиментарӣ ( <i>Ut. Rudimentarius</i> )	1	1,0
Дутошавии гарданаки бачадон ( <i>Ut. bicollis</i> )	1	1,0
Атрезияи канали сервикалӣ	1	1,0
<b>Нуқсонҳои омехта</b>	6	6,1
-бачадони душоҳа+девора дар маҳбал	4	4,1
- бачадони душоҳа+дутошавии гарданаки бачадон +девора дар маҳбал	1	1,0

-бачадони зиншакл+девора дар маҳбал	1	1,0
-------------------------------------	---	-----

Таҳлили сохтори синнусолии патсиентон нишон дод, ки дар 3 соли охир (2022-2024) бештар муайян шудани НИБ дар занҳои 19-24-сола, ки 43,3%-ро ташкил доданд ( $p < 0,001$ ), ба мушоҳида мерасад.

Дар ҳақиқати 3 дидан мумкин аст, ки дар 3 соли охир ошкорнамоии фаъолонатари нуқсонҳои бачадон дар занон бо ҳомиладории якум ва заноне, ки бори аввал таваллуд мекунанд, ба қайд расидааст ( $p < 0,001$ ).

Кӯшиши муайян намудани омилҳои хавфи инкишофи нуқсонҳои бачадон дар беморони ошкоркарда пеш гирифта шуд. Бо роҳи пурсиши занони гирифтори НИБ хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладории модарони онҳо муайян карда мешуд, вале, мутаассифона, маълумоти қобили эътимод ба даст наомад: онҳо зиёд мавҷудияти беморию инкор мекарданд ё дар хотир надоштанд.



**Расми 2. – Таҳлили таносуби эҳтимолияти омилҳои хавфи инкишофи нуқсонҳои бачадон**

Муқаррар карда шуд, ки 28 зан (28,8%) дар солҳои 1992-1997 таваллуд шудаанд, яъне ҳомиладорӣ ва таваллудкунии модарони онҳо ба давраи низои дохилии кишвар рост омадааст, ки дар бисёр ҳолатҳо ба стрессҳо, ихтилолҳои вобаста ба ғизо ва гомеостаз алоқаманд буд. Дар 7 (7,2%) зан никоҳи ҳешутабории наздики волидон ва дар 9 (9,3%) зан ирсияти вазниншуда –

нуқсонҳои инкишофи узвҳои гуногун дар ҳешовандон қайд гардид, аммо таҳлили таносуби эҳтимолият (расми 2) нишон дод, ки омили ягонаи таъсировар ба инкишофи нуқсонҳои бачадон аз миёни сабабҳои овардашуда ирсият буд.

Далеле қобили тавачҷуҳ аст, ки тақрибан дар ҳар ҳомили 10-уми гирифтори нуқсони инкишофи бачадон нуқсонҳои гурда низ пайдо карда шуданд. Басомади баланди мавҷудияти ҳамроҳи нуқсони бачадон ва нуқсони гурдахоро ба назар гирифта, мо маълумоти солҳои 2015-2024-ро таҳлил намудем. Дар ин давра 22 (9,4%) зане муайян карда шуд, ки нуқсонҳои мазкурро дар якҷоягӣ доштанд. 15 нафари онҳо модарзодӣ як гурда доштанд, дар 3 ҳолат гипоплазия, дар 2 ҳолат дутошавии гурда ва дар 2 ҳолати дигар дистопияи косии гурда ошкор карда шуд. Дар зиёда аз нисфи занҳое, ки як гурда доштанд, бачадони душоха муайян карда шуд.

Дар байни беморҳои гинекологӣ ихтилолҳои функсияи репродуктивӣ, аз ҷумла безуретӣ (24,7%,  $p=0,008$ ), инчунин ихтилолҳои функсияи ҳайзӣ (28,9%,  $p=0,025$ ) пешсаф буданд. Басомади патологияҳои гарданаки бачадон низ баланд буд (19,6%).

Нуқсонҳои инкишофи бачадон пеш аз ҳама ба фаъолияти системаи репродуктивӣ, аз ҷумла ба функсияи ҳайзӣ таъсир мерасонанд. Таҳлили функсияи ҳайзӣ нишон дод, ки дар 55,7% аввалин ҳайз то синни 15-солагӣ ба амал омадааст, дар ҳоле ки 44,3%-и занҳо онро дар 16-солагӣ ё дертар аз он аз сар гузаронидаанд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ ин рақамҳо мутаносибан 78,9% ва 21,1% буданд. Дар беморони дорои нуқсонҳои модарзодии бачадон ихтилолҳои гуногуни давраи ҳайзӣ, аз ҷумла менархеи дер - пас аз 15-солагӣ (44,3%), ҳайзҳои дарозмуддат (43,3%), тарашшуҳоти хунолуди шадид, опсоменорея қариб дар ҳар зани 10-ум ва дар ҳар зани 3-юм алгоменорея муайян карда шуданд. Ин ба ҳама шаклҳои нуқсонҳо хос буд, танҳо андак бартарӣ дар онҳое нишон меод, ки бачадони душоха доштанд. Ин норасоӣҳо, эҳтимолан, аз сабаби зухуроти дисфунксияи тухмдонҳо, ихтилоли ҷараёни ихроҷии хуни ҳайз,

деформатсияи ковокӣ ва коҳиш ёфтани фаъолияти кашишхӯрии бачадони нуқсондор ба вучуд омадаанд.

Таҳлили анамнези генеративии беморони гирифтори НИБ сазовори таваччуҳи махсус буд. Дар собиқаи танҳо 43,3% аз 97 ҳолат таваллуд дар муҳлати муқаррарӣ дида шуд, 24,7% таваллуди бармаҳал доштанд, ки дар муқоиса бо гурӯҳи муқоисавӣ дараҷаи баланди эътимоднокиро ташкил медиҳад ( $p < 0,031$ ). Ҳар нафари 4-ум аз доштани исқоти ҳамли беихтиёро на хабар додааст. 4 нафар ҳомиладорӣ берун аз бачадон доштанд. Дар 25 аз 66 валодати занони гирифтори НИБ ин раванд бо ҷарроҳии қайсарӣ анҷом ёфт, ки 43,8%-ро ташкил дод ва дар 32 ҳолат (33,0%) валодат тариқи роҳҳои табиӣ ба амал омад ( $p < 0,001$ ). Аз шумораи зикршудаи бемороне, ки таваллуд карданд, 14 нафар (14,4%) бо ҷудошавии бармаҳалли машинаи муқаррарӣ ҷойгиршуда мушкilot доштанд, дар 8 нафар (8,2%) хунравии гипотониявӣ, дар 1 нафар кандашавии шохи иловагӣ, дар 10 ҳолат фаоти перинаталӣ муайян карда шуд. Дар 4 ҳолат наводон бо эмбриофетопатияҳо таваллуд шуданд.

Нишондиҳандаи исқоти ҳамли беихтиёро, ки дар натиҷаи бозҳисоби шумораи умумии ҳомиладорӣҳо аҳамияти омӯрӣ доштани он ошкор гардид, таваччуҳи вижаро ҷалб намуд. Исқоти ҳамли беихтиёро дар заноне, ки нуқсонҳои бачадон доштанд, дар маҷмӯъ 44 ҳолатро (26,3%) ташкил дод, ки нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ хеле зиёдтар буд ( $p = 0,029$ ). Басомади ҳомиладорӣҳои қаблии инкишофнаёбанда низ нисбатан баланд буда, 31 ҳолатро ташкил медиҳад (18,6%). Ин тамоюлро ба талафоти такрорӣ ҳомиладорӣ дар баъзе беморон, ки таърихи аз ду то ҳафт исқоти ҳамли беихтиёро ва ҳомиладорӣ инкишофнаёбанда доштанд, инъикос мекунад, ки ба аҳамияти умумии омӯрии нишондиҳандаи мазкур таъсири назаррас расонд.

Аксарияти занони ҳарду гурӯҳ дар давраи аз ҳафтаи 6-ум то 12-уми ҳомиладорӣ сабти ном шуда буданд, ки мутаносибан 68% ва 78,9%-ро ташкил медиҳад. Бо вучуди ин, занони ҳомила бо НИБ дар муқоиса бо занони гурӯҳи муқоисавӣ дар 16 ҳафта ё баъдтар ба таври назаррас бештар ба қайд гирифта шуданд ( $p = 0,032$ ). Муҳлати миёнаи муоинаи аввалин  $13,1 \pm 4,8$  ҳафтара ташкил

дод. Тавре болотар зикр гардид, дар таҳқиқоти проспективии мо нуқсонҳои инкишофи бачадон дар сатҳи антенаталӣ танҳо дар 21 (21,6%) аз 97 ҳолат ошкор карда шуданд.

**Аворизҳои раванди ҳомиладорӣ.** Дар гурӯҳи асосӣ дар семоҳаи аввал оризаи вазнинкунандаи ҳомиладорӣ аксар вақт қайқунӣ буд - 46,4% (дар гурӯҳи муқоисавӣ - 28,9%) ( $p = 0,045$ ), басомади хатари бачапартоӣ низ баланд буд ва 30,9%, яъне қариб сеякро ташкил меод, аммо фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо ночиз ба назар расид ( $p > 0,05$ ). Ҳиссаи баланди (6,2%) бачапартоиҳо дар занони гирифтори НИБ дар шакли бачапартоиҳои беихтиёрон ва ҳомиладориҳои инкишофнаёбанда, ки дар гурӯҳи муқоисавӣ мушоҳида нашудаанд, лоиқи тавачҷуҳ аст.

Аз 91 зани гирифтори НИБ, ки ҳомиладорӣ онҳо дар семоҳаи дуюм идома дошт, қайқунии ҳомилаҳо дар 5 зан то 18 ҳафта давом кард; дар 18 зан хатари бачапартоӣ мушоҳида шуд; 9 зан шиддатёбии пиелонефрити музминро аз сар гузаронданд; 4 зан ба исқоти ҳамли беихтиёронии дер дучор гашт; дар 2 ҳолат ҳомиладорӣ аз сабаби эмбриофетопатия дар шакли синдроми Даун ва гидросефалия қатъ карда шуд.

Дар семоҳаи III-юм дар 85 аз 97 зани муоинашудаи гурӯҳи асосӣ ҳомиладорӣ инкишоф меёфт. Дар гурӯҳи асосӣ, зимнан, таваллуди бармаҳал дар 21 зан (24,7%) рух дод, ки аз нигоҳи омӯрӣ афзоиши назаррас маҳсуб меёбад ( $p=0,002$ ). Басомади ихтилолҳои ҷараёни хуни бачадону машинавӣ ва синдроми сустшавии афзоиши чанин (ССАҲ) мутаносибан нисбат ба нишондиҳандаҳои шабеҳ дар занони гурӯҳи муқоисавӣ ба таври назаррас ( $p=0,008$  ва  $0,050$ ) баландтар буд.

Мавқеъ ва пешомади ҳамл параметрҳои муҳимме мебошанд, ки ба ҷараёни ҳомиладорӣ ва тактикаи валодат таъсир мерасонанд, хусусан дар заноне, ки нуқсонҳои бачадон доранд. Дар қадвали 3 маълумот дар бораи тақсимбандии намудҳои гуногуни мавқеъ ва пешомади ҳамл вобаста ба навъи нуқсонҳои бачадон дар 203 зани ҳомила бо назардошти маълумоти

ретроспективӣ, ки ба таври назаррас баландтар буданд, оварда шудааст ( $p < 0,001$ ).

### Чадвали 3. – Мавқеъ ва пешомади ҳамл ҳангоми НИБ

Намудҳои мавқеъ ва пешомад	Шумораи умумӣ, n=203		Аз ҷумла						P <sub>1</sub>
			Душоха, n=84		Зиншакл, n=95		Дигар, n=24		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Пешомади сар	112	55,2	46	54,8	51	53,7	15	62,5	>0,05 (df=2)
Пешомади кос	55	27,1	28	33,3	18	18,9	9	37,5	=0,046 (df=2)
Пешомади машина	1	0,5	1	1,2	-	-	-	-	-
Мавқеи қач	4	2	2	2,4	2	2,1	-	-	>0,05*
Мавқеи кӯндалангӣ	31	15,3	7	8,3	24	25,3	-	-	=0,029*
<b>p<sub>2</sub></b>	<0,001 (df=4)		<0,001 (df=4)		<0,001 (df=3)		>0,05*		-

Эзоҳ: p<sub>1</sub> – аҳамияти омории фарқиятҳои басомади намудҳои гуногуни пешомад дар байни ҳамаи намудҳои нуқсонҳои бачадон; p<sub>2</sub> - аҳамияти омории фарқиятҳои дарсади пешомадҳо (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub> - мувофиқи меъёри Хи-квадрат барои чадвалҳо бо сохтори озод; \* - тибқи меъёри Фишер).

Нишондиҳандаи пасттарини ҳомиладорӣ расида дар заноне ба қайд расид, ки бачадони душоха доштанд (61,1%), дар ҳоле ки ҳангоми зиншаклӣ ва шаклҳои дигари нуқсонҳо ин арзиш 89,7% ва 70,0%-ро ташкил дод. Муқоисаҳои ҷуфтӣ фарқиятҳои аз ҷиҳати омории назаррасро байни заноне нишон доданд, ки бачадони душоха ва зиншакл доштанд (p<sub>1</sub>=0,004), ки ин далели тамоюли бештар ба таваллуди бармаҳал доштани занони дорои бачадони душоха мебошад. Ҳангоми муқоиса бо дигар намудҳои нуқсон фарқияти назаррас мушоҳида нашуд (p<sub>2</sub>>0,05).

Таҳлили натиҷаҳои ҳомиладорӣ ва валодатҳои ҷорӣ нишон дод: дар заноне, ки нуқсони бачадон доштанд, эҳтимолияти ба таври назаррас бештари валодати пеш аз муҳлат мушоҳида мешуд - 21 нафар аз 97 зан (21,6%), ки ин нисбат ба нишондиҳандаи гурӯҳи муқоисавӣ аз ҷиҳати омории ба таври назаррас баландтар буд (2,6%, p=0,008). Ғайр аз ин, дар заноне, ки нуқсонҳои инкишофи бачадон доштанд, басомади баланди талафоти репродуктивӣ (12,4%), аз ҷумла исқоти ҳамли беихтиёрон, ҳомиладорӣ инкишофнаёбанда ва каткуниҳои

тиббии ҳомиладорӣ аз сабаби эмбриофетопатияҳо, ки дар гурӯҳи муқоисавӣ мушоҳида нашудаанд, муайян карда шуд (ҷадвали 4).

**Ҷадвали 4. - Натиҷаҳои ҳомиладорӣ ва валодатҳои ҷорӣ занон бо НИБ, n=97**

Соҳтор	Шумораи умумӣ, n=97		Гурӯҳи муқоисавӣ, n=38		p
	n	%	n	%	
Валодат дар муҳлат	59	60,8	36	94,7	>0,05
Валодати пеш аз муҳлат	21	21,6	1	2,6	=0,008
Валодати аз муҳлат гузашта	5	5,2	1	2,6	>0,05
Исқоти беихтиёрон	7	7,2	-	-	-
Ҳомиладорӣ инкишофнаёбанда	3	3,1	-	-	-
Исқоти индуксионӣ (сунъӣ) дар робита ба эмбриофетопатия	2	2,1	-	-	-

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи меъёри Фишер).

Таҳлили усулҳои валодат дар беморони гирифтори нуқсонҳои модарзодии инкишофи бачадон бартарӣ доштани валодат бо усули ҷарроҳиро нишон дод. Басомади ҷарроҳии қайсарӣ дар байни заноне, ки бачадони душоха доштанд, 77,8%, барои бачадони зиншакл 87,2% ва вобаста ба заноне, ки нуқсонҳои дигар доштанд, 91,7%-ро ташкил дод. Зимнан, дар байни гурӯҳҳо фарқиятҳои қобили эътимод мушоҳида нашуданд ( $p>0,05$ ).

Оризаҳои ҳангоми таваллуд дар занони гирифтори НИБ: аз се зане, ки нуқсонҳои инкишофи бачадон доштанд, як нафар ба оризаҳои нуқсонҳои таваллуд дучор гашт (35,3%), ки нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ афзоиши омории қобили эътимодро ташкил медиҳад (10,5%,  $p=0,004$ ). Оризаҳои дигар, аз ҷумла ихтилолҳои вобаста ба фишорбаландӣ, дистресси ҳамл, ихроҷи обҳои атрофи ҳамл пеш аз таваллуд (ИОАҲП), ҷудошавии бармаҳалли машинаи муқаррарӣ ҷойгиршуда (ҚБММҚ) ва таваллуди инсидодӣ (обструктивӣ), дар ҳарду гурӯҳ бо басомади баробар рух доданд ( $p>0,05$ ). Пролапси найи ноф ва қисмҳои хурд дар 4 ҳолати дар робита ба мавҷудияти бачадони зиншакл (4,7%) муайян карда шуд. Фавти антенаталӣ ҳангоми қабул дар беморхона дар 3 зани таваллудкунанда бо бачадони душоха ва дар 1 зан бо бачадони зиншакл ташхис

гардид. Дар 2 зани дорои бачадони зиншакл хатари даридани бачадон ташхис карда шуд, дар як зани дорои бачадони душоха даридани бачадон бо инкишофи лахташавии паҳншудаи дохилирагии хун (ЛДРХ) ва шоки геморрагӣ ба амал омад.

Занони гурӯҳи асосӣ дар қиёс бо гурӯҳи муқоисавӣ тамоюл ба нишондиҳандаҳои нисбатан номусоиди дараҷаи тозагии муҳтавои маҳбалро нишон доданд: дараҷаи I камтар ошкор гардид (31.8% дар муқобили 52.6%) ва дараҷаи IV танҳо дар гурӯҳи асосӣ (18.8%) дида шуд. Дар гурӯҳи асосӣ инчунин миқдори назарраси эпителий (57.6% дар муқобили 21%) бештар мушоҳида шуд, ки метавонад нишонаи агезиш ё илтиҳоби луобпарда бошад. Шумораи лейкоцитҳо аз меъёр баланд буд (медиана: 24.0 ва 18.0), ки нишонаи чузъи илтиҳобӣ аст ( $p = 0.016$ ).

Ташхиси бактериологии ковокии бачадон пас аз таваллуд дар занони гурӯҳи асосӣ бо басомади бештар *Staphylococcus haemolyticus* (40%) ва *Staphylococcus epidermidis* (20%), инчунин намудҳои гуногуни *Candida*-ро (тақрибан 13% барои *Candida glabrata* ва *Candida albicans*) ошкор кард. Дар гурӯҳи муқоисавӣ *Staphylococcus aureus* (33.3%) ва *Escherichia coli* (22.2%) бартарӣ доштанд. Тафовут дар сатҳи паҳншавии микроорганизмҳои алоҳида дар гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ манзараи микробии хоси беморони гирифтори нуқсонҳои инкишофи бачадонро инъикос намекунад.

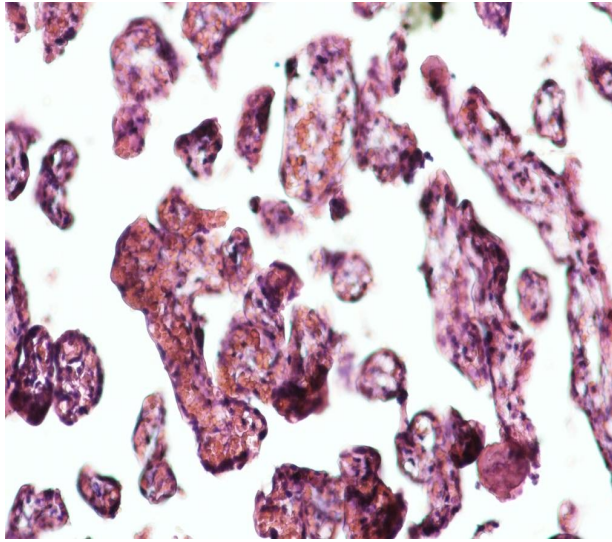
**Натиҷаҳои перинаталӣ.** Дар ҳафтаҳои 26-36-уми ҳомиладорӣ омӯзиши андозагириҳои доплерометрии комплекси фетоплатсентарӣ (КФП) дар занони гурӯҳҳои асосӣ ( $n=50$ ) ва муқоисавӣ ( $n=20$ ) гузаронда шуд. Тафовутҳои назаррас дар ҳамаи параметрҳои таҳқиқшуда муқаррар карда шуданд. Индекси муқовимат дар артерияи найи ноф (UmA) дар гурӯҳи асосӣ (1.04 [0.70; 1.80] ) нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (2.20 [2.10; 2.50]) ( $p < 0.001$ ) ба андозаи назаррас пасттар буд.

Манзараи монанд дар рағҳои бачадон мушоҳида шуд: дар тарафи рост (Artut) - 0.71 [0.50; 1.80] дар муқобили 1.90 [1.80; 2.00] ( $p = 0.007$ ), дар тарафи чап (Altut) - 0.73 [0.50; 0.93] дар муқобили 1.90 [1.80; 2.00] ( $p < 0.001$ ).

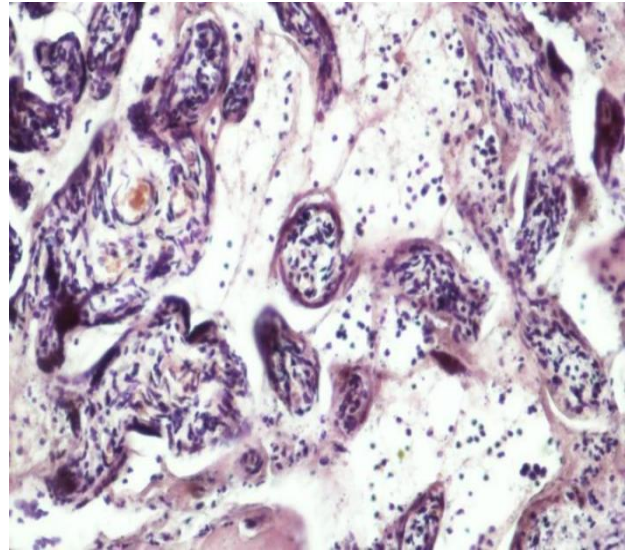
Коэффитсиенти машимавӣ (КМ) дар гурӯҳи асосӣ хеле баландтар (1.20 [0.48; 2.80]) аз гурӯҳи муқоисавӣ (0.25 [0.22; 0.26]) буд ( $p < 0.001$ ). Ин маълумот ифодагари коҳиши муқовимати рағӣ дар системаи гардиши хуни бачадону машимавӣ ва фетоплатсентарӣ дар ҳомилаҳо бо нуқсонҳои инкишофи бачадон аст, ки эҳтимолан, аз ташаккули мутобиқшавии чубронӣ, ки ба нигоҳ доштани таъминоти кофии ҳамл бо хун нигаронида шудааст, шаҳодат медиҳад.

Андозаҳои антропометрии навзодон дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи муқоисавӣ пасттар буданд: вазни миёнаи бадан 3000,0 г [2740,0; 3350,0] дар муқобили 3250,0 г [3000,0; 3410,0] дар гурӯҳи муқоисавӣ ( $p = 0,025$ ), даври қафаси сина, мутаносибан, 33,0 см [32,0; 34,0] дар муқобили 34,0 см [33,0; 34,0] буд ( $p = 0,030$ ). Тафовут дар қад ва даври сар байни гурӯҳҳо қамтар аз ҳадди аҳамияти оморӣ буд ( $p > 0,05$ ). Ҳамчунин, дар навзодон аз гурӯҳи асосӣ арзиши миёна дар дақиқаи 1-ум 7,0 бал (аз 0 то 8,0) дар муқобили 7,5 бал (аз 6,0 то 8,0) дар гурӯҳи муқоисавиро ташкил дод ( $p = 0,008$ ); дар дақиқаи 5-ум, мутаносибан, 8.0 бал (аз 0 то 9.0) дар муқобили 8.0 бал (аз 7.0 то 9.0) буд ( $p = 0.018$ ).

Маълумотҳо аз вазъи нисбатан номусоидтари навзодони гурӯҳи асосӣ шаҳодат медиҳанд. Дар байни навзодоне, ки модаронашон нуқсонҳои инкишофи бачадон доштанд, оризаи маъмултарин энсефалопатияи перинаталӣ буд, ки дар 24.7% ҳолатҳо рух дод. Ин ориза бештар ҳангоми мавҷудияти намудҳои зерини нуқсон мушоҳида мешуд: бачадони душоха: 27.8%; бачадони зиншакл: 20.5%. Қафомонии инкишофи дохилибатнӣ (ҚИДБ) (14.1%,  $p = 0.050$ ), таваллуди норасид (24.7%,  $p = 0.002$ ) ва сирояти дохилибатнӣ (СДБ) (9.4%) низ мушоҳида шуданд, дар зимн ҳангоми ҷой доштани бачадони душоха басомади онҳо нисбат ба дигар намудҳо зиёдтар қайд мегардид. Фавти антенаталии ҳамл дар 4.7% ҳолатҳо, асосан ҳангоми бачадони душоха ба мушоҳида мерасид. Дар чор ҳолат кӯдакон бо эмбриофетопатияҳо дар шакли нуқсонҳои модарзодии узвҳои гуногун, качпӯй ва качгарданӣ таваллуд шудаанд. Ба ин тарик, натиҷаҳои бештар зухурёфтаи номусоиди перинаталӣ дар гурӯҳи асосӣ, бахусус дар онҳое, ки бачадони душоха доштанд, мушоҳида шуданд.



**Расми 3. - Машимаи зан бо бачадони душоха, 30 ҳафтаи ҳомиладорӣ. пуррахунӣ дар рағҳои ворсинҳо, таъхири инкишофи ворсинҳо ва вариабелии морфологии онҳо дар майдонҳои гуногуни назар. х200.**



**Расми 4. - Машимаи зан бо бачадони душоха. Виллит ва интервиллезити музмин. х 400.**

Маълумоти бадастомада робитаи қобили эътимоди байни мавҷудияти нуқсонҳои модарзодии бачадон ва ихтилолҳо дар пухтарасӣ, ташаккули рағҳо ва инволютсияи бофтаҳои машимаро нишон медиҳад. Норасоии морфологӣ, равандҳои илтиҳобӣ ва дистрофӣ дар машима дар чунин занҳо метавонанд механизмҳои аз ҷиҳати патогенетикӣ аҳамиятнок барои ташаккули оризаҳои ҳомиладорӣ ва ихтилолҳои гардиши хуни фетоплатсентарӣ дар занҳои гирифтори НИБ бошанд.

Омодагии пеш аз ҳомилашавӣ барои заноне, ки нуқсонҳои модарзодии инкишофи бачадон доранд, дар таъмини оғоз ва чараёни мусоиди ҳомиладорӣ, валодат ва ҳамчунин таваллуди тифли қобили ҳаёт марҳилаи калидӣ мебошад. Ин чораҳо бо назардошти ҷой доштани хавфи баланди мушкilotи ҳомиладорӣ, ба монанди бачапартоӣ ва таваллуди бармаҳал, нуқсонҳои вобаста ба мавқеи ҳамл ва пайвастшавии машима, норасоии фетоплатсентарӣ ва натиҷаҳои номусоиди перинаталӣ махсусан мубрам мебошанд.

Дар марҳилаи аввал ҷамъоварии ҳамаҷонибаи анамнези оила, маълумот дар бораи чараёни ҳомиладории модар, сироятҳои дар кӯдакӣ гузаронда ва

бемориҳои ҳамрав анҷом дода мешаванд. Муоинаҳои клиникӣ-асбобӣ муоинаи умумӣ ва гинекологӣ, таҳқиқи ултрасадоии узвҳои коси хурд, инчунин ғадуди сипаршакл, чигар ва гурда, гистеросалпингография ва ТМР (дар ҳолати зарурӣ)-ро дар бар мегиранд. Барои арзёбии гомеостаз санҷишҳои хун, пешоб ва биосенози маҳбал гузаронида мешаванд.

Дар марҳилаи табобат ва солимгардонӣ камхунӣ, норасоии витамини микроэлементҳо ислоҳ ва препаратҳои кислотаи фолий ва йод таъйин карда мешаванд. Агар нишонаҳои сироятёбии музмин мавҷуд бошанд, тадбирҳо оиди муолиҷаи мабдаъҳои сироят, аз ҷумла барқарор кардани биосенози муқаррарии маҳбал татбиқ карда мешаванд.

Дар семоҳаи аввали ҳомиладорӣ вазифаҳои асосӣ арзёбии тухми бордоршуда, макони ҷойгиршавии имплантатсия ва истисно кардани нуқсонҳои дурушти инкишоф мебошанд. Шуруъ аз марҳилаҳои барвақтӣ муайян намудани хатари бачапартоӣ ва дар ҳолати зарурӣ таъйин кардани муолиҷаи дастгирикунанда (воситаҳои зидди ихтилоҷу қабзият, седативӣ) муҳим мебошад.

Аз семоҳаи дуюм сар карда, назорати мунтазами ултрасадоӣ бо арзёбии фетометрия, ҳолати машина, миқдори обҳои наздитифлӣ ва ҷараёни хун дар рағҳои комплекси фетоплатсентарӣ зарур аст. Фосилаҳои байни ТУС одатан то 3-4 ҳафта ва агар нишонаҳои норасоии фетоплатсентарӣ ошкор шаванд, то 1-2 ҳафта кам карда мешаванд.

Ба хотири пешгирӣ ва ташҳиси саривақтии хатари таваллуди бармаҳал гузаронидани мониторинги ҳолати гарданаки бачадон, махсусан дар сурати мавҷуд будани норасоии гарданаки бачадон (норасоии истмикӣ-сервикалӣ) муҳим аст. Дар ҳолатҳои кӯтоҳии гарданаки бачадон истифода аз пессарии акушерӣ ва дӯхтани гарданаки бачадон имкон дорад.

Дар семоҳаи аввали ҳомиладорӣ вазифаҳои асосӣ арзёбии тухми бордоршуда, макони ҷойгиршавии имплантатсия ва истисно кардани нуқсонҳои дурушти инкишоф мебошанд. Шуруъ аз марҳилаҳои барвақтӣ муайян намудани хатари бачапартоӣ ва дар ҳолати зарурӣ таъйин кардани муолиҷаи

дастгирикунанда (воситаҳои зидди ихтилоҷу қабзият, седативӣ) муҳим мебошад. Дар ҳолатҳои кӯтоҳии гарданаки бачадон истифода аз пессарийи акушерӣ ва дӯхтани гарданаки бачадон имкон дорад.

Дар семоҳаи сеюм назорати бодикқаттари афзоиши ҳамл, ҳолати деворҳои бачадону обҳои наздитифлӣ ва ҳам фаъолияти машина зарур аст. Агар нишонаҳои сустшавии афзоиши дохилибатнии ҳамл (САХ), гипоксия ё декомпенсатсияи комплекси фетоплатсентарӣ (КФП) мушоҳида шаванд, масъалаи вақт ва усули валодат бояд ба таври инфиродӣ ҳал карда шавад.

## ХУЛОСАҲО

1. Афзоиши аз ҷиҳати оморӣ муҳими басомади нуқсонҳои инкишофи бачадон дар байни занҳое, ки барои валодат ба таваллудхонаи №1-и ш. Душанбе қабул шуданд, аз 0,2% дар соли 2015 то 0,6% дар соли 2024 муқаррар карда шуд ( $p < 0,001$ ). Дар байни онҳо ҳиссаи бачадонҳои зиншакл (46,1%) ва душоха (43,5%) бартарӣ дошт. Зимнан, дар 6,9% ҳолатҳо онҳо бо дигар шаклҳои нуқсонҳои бачадон ва дар 9,5% бо нуқсонҳои рушди гурдаҳо ҳамроҳ буданд. Муайян карда шуд, ки ягона омили хавфи инкишофи нуқсонҳои бачадон дар байни сабабҳои овардашуда майли ирсӣ мебошад ( $OR=1,102$ ;  $DI 1,034-1,175$ ) [1-М, 5-М, 6-М, 7-М, 8-М, 14-М, 15-М].

2. Ҳомиладорӣ дар занони дорои нуқсонҳои инкишофи бачадон бештар пас аз 1–5 ва зиёда аз он сол аз оғози ҳаёти мунтазами чинсӣ, новобаста аз намуди нуқсони бачадон, фаро мерасид ( $p < 0,001$ ) ва бо басомади баланди қатъшавии ҳомиладорӣ (10,3%) ва таваллуди бармаҳал (21,6%;  $p=0,008$ ), ки дар шакли исқоти ҳамл, ҳомиладории инкишофнаёбанда ва таваллуди пеш аз муҳлат зоҳир мегардид, авориз меёфт. Илова бар ин, басомади баланди мавқеи нодуруст (17,3%;  $p=0,029$ ) ва пешомади нодурусти чанин (27,1%;  $p=0,046$ ) ба қайд гирифта шуда, раванди валодат бо нуқсонҳои фаъолияти валодатӣ (35,3%;  $p=0,004$ ) мураккаб мегардид [2-М, 4-М, 5-М, 9-М, 11-М, 13-М].

3. Дар занони ҳомила бо нуқсонҳои инкишофи бачадон басомади баланди синдроми таъхири инкишофи чанин (14,1%;  $p=0,050$ ) ва ихтилолҳои чараёни

хуни бачадонӣ-ҳамлӣ-маширавӣ (29,4%;  $p=0,008$ ), инчунин таваллуди кӯдакон бо вазни нисбатан пасти бадан ( $p=0,025$ ) ва нишондиҳандаҳои нисбатан пасттар мувофиқи шкалаи Апгар дар дақиқаҳои 1-ум ва 5-уми ҳаёт ( $p=0,008$  ва  $p=0,018$ ) муқаррар карда шуд. Ҳамчунин басомади баланди таваллуди кӯдакони норасид (24,7%;  $p=0,002$ ) ва эмбриофетопатия (4,7%) ба қайд гирифта шуд [2-М, 5-М, 10-М, 13-М].

4. Таҳқиқоти морфологии машина дар занони дорои аномалияҳои рушди бачадон таъхири боэътимоди ташаккули хориони мӯякчагӣ (9,1-25,0%;  $p=0,008$ ), инчунин нишонаҳои малформатсияи рағҳои феталиро, ки дар пурхунии рағҳои мӯякчаҳо ифода меёбанд, ошкор намуд (30,0-75,0%;  $p<0,001$ ). Ихтилолҳои стромалӣ-паренхиматозӣ дар шакли гипоплазияи дисталии мӯякчаҳо (25,0-72,7%;  $p<0,001$ ) ва тағйироти илтиҳобӣ (60,0-100,0%;  $p<0,001$ ) муайян карда шуданд. Равандҳои инволютивӣ-дистрофӣ бо мавҷудияти таҳшинҳои фибриноидӣ (27,3-50,0%;  $p<0,001$ ), хунрезихо (40,0-50,0%;  $p<0,001$ ) ва варами стромаи мӯякчаҳо (50,0-60,0%;  $p<0,001$ ) тавсиф мегарданд. Тағйироти морфологии ошкоршуда аз таъсири номусоиди аномалияҳои рушди бачадон ба чараёни ҳомиладорӣ ва ҳолати тифл шаҳодат медиҳанд [5-М].

5. Алгоритми таҳияшудаи пешбурди занони ҳомила бо нуқсонҳои инкишофи бачадон гузаронидани тайёрии то издивоҷӣ ва то ҳомилашавӣ (прегравидарӣ)-и ин гурӯҳи занон, инчунин барномаи муоинаи онҳоро пешбинӣ менамояд, ки метавонад ба коҳиш ёфтани басомади оризаҳои ҳомиладорӣ ва беҳтар гардидани натиҷаҳои перинаталӣ, инчунин кам шудани хатари кандашавии бачадон ва дигар оқибатҳои номусоид барои модар ва ҷанин мусоидат намояд [2-М, 3-М, 5-М, 6-М, 7-М, 8-М, 9-М].

## **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

1. Занҳо бо нуқсонҳои узвҳои таносулӣ ба гурӯҳи дучори хавфи баланди инкишофи оризаҳои давраи гестатсионӣ дохил мешаванд, аз ин рӯ ба барномаи

муоина то бастан ақди никоҳ ва то ҳомилашавӣ ҳатман ТУС бо арзёбии анатомияи бачадон ворид карда шавад ва агар маълумоти он шубҳаовар бошад, ГСГ ва ТМР-и коси хурд истифода шавад.

2. Ба ҳамаи занҳои гирифтори нуқсонҳои ошкоршудаи инкишофи бачадон ТУС-и гурдаҳо ба хотири истисно кардани эҳтимоли мавҷудияти нуқсонҳои омехтаи системаи пешоб, ки зиёд ҳангоми нуқсонҳои инкишофи бачадон вомерӯанд, ҳатман гузаронида шавад.

3. Ба занон бо нуқсонҳои ошкоршудаи бачадон ҳатман гинеколог-репродуктолог ва генетик машварат диҳанд, ҳолатҳои ҳамрави патологӣ ислоҳ карда шаванд.

4. Мушоҳидаи зуд-зуди динамикӣ дар давраи ҳомиладорӣ бо шумули ТУС, мониторинги ҳолати тифл ва машима, арзёбии чараёни хун бо истифода аз доплерометрия.

5. Дар ҳафтаи 16-18-уми ҳомиладорӣ иҷро намудани ТУС-и тариқимаҳбалии гарданаки бачадон бо мақсади муайяннамоии барвақти норасоии гарданак (истмикӣ-сервикалӣ).

6. Пайгирии нишонаҳои хатари қатъшавии ҳомиладорӣ ва таваллуди бармаҳал, табобати оризаҳои ҳомиладорӣ.

7. Бистарикунии пешакии зани ҳомиладор дар ҳафтаи 38-ум ва қабули қарори саривақтӣ оид ба тактикаи валодат, агар тактикаи абдоминалӣ интиҳоб шавад, валодат бо тартиби нақшавӣ сурат мегирад.

8. Дар давраи баъди таваллуд пайгирӣ намудани инволютсияи бачадон ва пешгирии саривақтӣ аз оризаҳои давраи баъди таваллуд, машваратдиҳӣ доир ба контрацепсияи баъди таваллуд.

## Алгоритми идоракунии давраи гестационӣ дар занон бо НИБ

### Муоина то ҳомилашавӣ

- ✓ Анамнези оилавӣ
- ✓ Ҷараёни ҳомиладорӣ дар модар
- ✓ Бемориҳои дар кӯдакӣ аз сар гузаронда
- ✓ Патологияи ҳамроҳ

- ✓ Функцияи ҳайзӣ
- ✓ Функцияи генеративӣ

- ✓ Азназаргузаронӣ ва муоинаҳои умумӣ ва гинекологӣ

- ✓ ТУС-и:
  - узвҳои таносул
  - гурдаҳо
  - чигар
  - ғадуди сипаршакл
- ✓ Зарур бошад - ГСГ, ТМР

- ✓ Таҳлилҳо и умумии клиникӣ:
  - ТУМ
  - ТУП
  - Молишак барои флора
  - Кишти бак. аз канали серв.

### Солимгардонӣ аз бемориҳои ташхисшуда

### Дар сурати зарурат: ҷарроҳии реконструктивии пластикӣ

### Пас аз ҳомилашавӣ

#### СЕМОҶАИ 1

- ✓ Идоракунии мувофиқи стандарти миллӣ
- ✓ Истисно кардани ҳомиладории берун аз бачадон
- ✓ Пешгирии исқоти беихтиёронии ҳамл

#### СЕМОҶАИ 2

- ✓ ТУС-скрининги динамикаи афзоиш ва инкишофи ҳамл
- ✓ Арзёбии гравидограмма
- ✓ Табобати ихтилолҳои ошкоршуда

#### СЕМОҶАИ 3

- ✓ ТУС-и бачадон, ҳамл ва доплерометрия
- ✓ Дар сурати зарурат бистарикунӣ дар ҳ. 24-28 барои пешгирии таваллуди бармаҳал
- ✓ Бистарикунӣ дар беморхона дар ҳ. 36-37
- ✓ Консилиум барои интихоби тактикаи таваллуд

#### ДАР ВАҚТИ ТАВАЛЛУД

- ✓ Идоракунии таваллуд мувофиқи тактикаи консилиум
- ✓ Ҷарроҳии қайсарии нақшавӣ тибқи нишондодҳо
- ✓ Ҳангоми таваллуди табиӣ - мониторинги ҳолати ҳамл ва фаъолияти валодат

#### ДАР ДАВРАИ БАЪДИ ТАВАЛЛУД

- ✓ Пешгирии аворизи фасодии септикӣ
- ✓ ТУС-и бачадон – назорати инволютсияи бачадон
- ✓ Машваратдиҳӣ бобати банақшагирии ҳомиладорӣ

## Фехристи адабиёти истифодашуда

1. Амбулаторная реконструктивно-пластическая хирургия при внутриматочной перегородке (методика) [Текст] / О.В. Сафронов [и др.] // Бюллетень медицинской науки. - 2017. - Т. 7, № 3. - С. 41-42.
2. Борщевский, В.Г. Редкий клинический случай рака тела матки при врождённом пороке развития половых органов. Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова [Текст] / В.Г. Борщевский, Е.А. Ульрих, И.с. Захаров // Известия Российской Военно-медицинской академии. - 2023. - Т. 42, № 1. - С. 75-82.
3. Казанцева, Е.В. Клинико-анамнестические данные и морфофункциональные особенности эндометрия у женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Е.В. Казанцева, Т.Г. Траль, Г.Х. Толибова // Журнал акушерства и женских болезней. - 2021. - Т. 70, № 2. - с. 5-12.
4. Особенности врождённых пороков развития репродуктивных органов среди женщин в родственном браке [Текст] / Ф.Б. Аминова [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - № 4. - с. 9-16.
5. Особенности течения и исхода беременности у женщин с аномалиями развития матки [Текст] / Т.С. Биктурова [и др.] // Вестник науки. - 2019. - Т. 1, № 1 (10). - с. 175-183.
6. Impact of congenital uterine anomalies on obstetric and perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis [Text] / M.C. Campo [et al.] // Facts, Views & Vision in ObGyn. - 2024. - Vol. 16. - №. 1. - P. 9. doi: 10.52054/FVVO.16.1.004. PMID: 38551471; PMCID: PMC11198883.
7. Kim, M.A. Reproductive, obstetric and neonatal outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review and meta-analysis [Text] / M.A. Kim, H.S. Kim, Y.H. Kim // Journal of clinical medicine. - 2021. - Vol. 10. - №. 21. - P. 4797. doi: 10.3390/jcm10214797. PMID: 34768344; PMCID: PMC8584292.
8. Maternofetal Outcomes in Women with Congenital Uterine Anomalies [Text] / S. Ganti [et al.] // Cureus. - 2024. - Vol. 16. - №. 11. - P. 73430. doi: 10.7759/cureus.73430. PMID: 39664165; PMCID: PMC11633083.

9. Mullerian anomalies in girls with congenital solitary kidney [Text] / L. Walawender [et al] // Pediatric Nephrology. - 2024. - Vol. 39. - №. 6. - P. 1783-1789. doi: 10.1007/s00467-023-06266-5. Epub 2024 Jan 10. PMID: 38197956; PMCID: PMC11026257.
10. Nam, G. Congenital uterine anomaly and pelvic organ prolapse: a rare case of pelvic organ prolapse in a complete bicornuate uterus with successful pregnancy outcomes undiagnosed until the time of sacrocolpopexy [Text] / G. Nam, S.R. Lee // Journal of Menopausal Medicine. - 2021. - Vol. 27. - №. 1. - P. 32. doi: 10.6118/jmm.21007. PMID: 33942587; PMCID: PMC8102811.
11. Obstetrical outcome in pregnant women presenting with congenital uterine anomalies [Text] / S. Sutan [et al.] // Pakistan Journal of Medical Sciences. - 2025. - Vol. 41. - №. 4. - P. 1078. doi:10.12669/PJMS.41.4.10793. PMID: 40290219; PMCID: PMC12022557.
12. The association between congenital uterine anomalies and perinatal outcomes- does type of defect matters? [Text] / A. Naeh [et al.] // The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. - 2022. - Vol. 35. - №. 25. - P. 7406-7411. doi: 10.1080/14767058.2021.1949446. Epub 2021 Jul 8. PMID: 34238096.

### **Интишорот аз рӯи мавзуи диссертатсия**

#### **I. Мақолаҳо дар маҷаллаҳо, ки ба Феҳрасти КОА назди Президенти ҶТ дохил шудаанд:**

[1-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Саломатии репродуктивии занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, М.Ф. Додхоева // Паёми тиббии Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон. – Душанбе. – 2024. - Ҷ. 14, № 1 (49). - с. 46-58.

[2-М]. Додхоева, М.Ф. Натиҷаҳои ҳомиладорӣ ва таваллуд дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / М.Ф. Додхоева, Ш.Ҳ. Идиева // Паёми тиббии Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон. – Душанбе. – 2024. - Ҷ.14, № 1 (49). - с. 87-98.

[3-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Маҷмуи тадбирҳои идоракунии занони ҳомиладор ва дар ҳоли таваллуд бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, М.Ф. Додхоева // Модар ва кӯдак. - 2025. - № 3. - с.

[4-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Функсияи репродуктивии занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, М.Ф. Додхоева, Р.А. Абдуллоева // Симурғ. - 2025. - Ҷ.27, № 3. - с. 58-67.

[5-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Ҳомиладорӣ ва таваллуд дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, М.Ф. Додхоева // Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2025. - № 3. – с. 542-558.

## **II. Мақолаю фишурдаҳо дар маҷмуаҳои маводи Ҳамоишу конференсияҳо:**

[6-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Патологияи экстрагениталии ҳамрав дар занони ҳомиладор бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, М.Ф. Додхоева, В.Ю. Мелникова // Маводҳои Форуми XXIV-уми умумироссиягии «Модар ва кӯдак». - Москва. - 2023. - с. 88 – 89.

[7-М]. Додхоева, М.Ф. Идоракунии ҳомиладорон бо нуқсонҳои инкишофи системаи пешобу таносул [Матн] / М.Ф. Додхоева, Ш.Ҳ. Идиева, Ш.С. Раҳимова // Маводҳои конференсияи байналмилалӣ илмӣ-Ммалӣ МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино «Инноватсияҳо дар тиб: аз илм ба амалия», «Тамоюлҳои муосири урологияи клиникӣ». - Душанбе. - 2023. - с. 21-24.

[8-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Сохтори нуқсонҳои инкишофи бачадон дар занони ҳомиладор ва дар ҳоли таваллуд [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, М.Ф. Додхоева, В.Ю. Мелникова // Маводҳои конгресси XVIII-уми байналмилалӣ оид ба тибби репродуктивӣ. - Москва. - 2024. - с. 63-64.

[9-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, З.Ҷ. Салимова // Фишурдаҳои конференсияи XIX-умини илмию амалии олимони ҷавон ва

донишчӯён бо иштироки байналмилалӣ «Чавонон ва инноватсияҳои тиббӣ: бунёди фардо - имрӯз». - Душанбе. - 2024. - Ҷ. 1. - с. 74.

[10-М]. Идиева, Ш.Ҷ. Натиҷаҳои ҳомиладорӣ дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҷ. Идиева // Фишурдаҳои конференсияи XIX-умини илмию амалии олимони ҷавон ва донишчӯён бо иштироки байналмилалӣ «Чавонон ва инноватсияҳои тиббӣ: бунёди фардо - имрӯз». - Душанбе. - 2024. - Ҷ. 1. - с. 74-75.

[11-М]. Идиева, Ш.Ҷ. Арзёбии функсияи репродуктивӣ дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҷ. Идиева // Фишурдаҳои конференсияи XIX-умини илмию амалии олимони ҷавон ва донишчӯён бо иштироки байналмилалӣ «Чавонон ва инноватсияҳои тиббӣ: бунёди фардо - имрӯз». - Душанбе. - 2024. - Ҷ. 1. - с. 75.

[12-М]. Идиева, Ш.Ҷ. Анамнези репродуктивии занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҷ. Идиева, М.Ф. Додхоева, Г.Н. Салоҳуддинова // Маводҳои Форуми XXV-уми умумироҷиягии «Модар ва кӯдак». - Москва. - 2024. - с. 40 – 41.

[13-М]. Идиева, Ш.Ҷ. Натиҷаҳои ҳомиладорӣ ва таваллуд дар занон бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҷ. Идиева, М.Ф. Додхоева, Н.М. Ашурова // Маводҳои Форуми XXV-уми умумироҷиягии «Модар ва кӯдак». - Москва. - 2024.- с. 21 – 22.

[14-М]. Идиева, Ш.Ҷ. Ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоии вобаста ба занҳои ҳомила ва дар ҳоли таваллуд бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҷ. Идиева // Фишурдаҳои Конференсияи XX-уми илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишчӯёни ДДТТ «Технологияҳои зеҳнӣ дар таҳсилот ва илми тиб: равишҳои инноватсионӣ». - Душанбе. - 2025. - Ҷ. 1. - с. 86.

[15-М]. Идизода, Ш.Ҷ. Баъзе ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоии нуқсонҳои инкишофи бачадон дар занони ҳомила ва дар ҳоли таваллуд [Матн] / Ш.Ҷ. Идизода, М.Ф.

Додхоева, П.Ф. Икромова // Маводҳои Конференсияи V-уми байналмилалӣ «Тамоюлҳои муосир дар ҳифзи модар ва кӯдак». - Остона. - 2025. - с. 100-102.

[16-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Функсияи ҳайзии занҳо бо нуқсонҳои инкишофи бачадон [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, М.Ф. Додхоева, П.Ф. Икромова // Маводҳои Форуми XXVI-уми умумироссиягии «Модар ва тифл». - Москва. - 2025.- с. 70-71.

[17-М]. Идиева, Ш.Ҳ. Чараҳои давраи баъди таваллуд дар занҳо бо нуқсонҳои модарзодии инкишофи узвҳои таносул [Матн] / Ш.Ҳ. Идиева, Н.К. Мансурова // Маводҳои Форуми XXVI-уми умумироссиягии «Модар ва кӯдак». - Москва. - 2025. - с. 160-161.

### **Маърузаҳо дар ҳамоишу конференсияҳо**

1. Идиева Ш.Ҳ. Хусусиятҳои раванди ҳомиладорӣ ва таваллуд дар занони дорои нуқсонҳои инкишофи бачадон. Конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯён бо иштироки байналмилалӣ «Ҷавонон ва инноватсияҳои тиббӣ: бунёди фардо - имрӯз». - Душанбе, 3.05.2024.

2. Идизода Ш.Ҳ. Хусусиятҳои морфологии ҳамроҳак дар занони таваллудкардаи дорои нуқсонҳои бачадон. Конфронси V-уми байналмилалӣ «Тамоюлҳои муосири ҳифзи саломатии модар ва кӯдак». Остона, 23.05.2025.

### **Рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ**

**ГСГ** – гистеросалпингография

**ГХФП** – гардиши хуни фетоплатсентарӣ

**ИН** – индекси набз

**КМ** – коэффитсиенти машимавӣ

**ҚИДБ** – қафомонии инкишофи дохилибатнӣ

**ЛДРХ** – лахташавии паҳншудаи дохилирагии хун

**МИ АГП АИТР** – Маркази илмии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии

Академияи илмҳои тиббии Россия

**НИБ** – нуқсонҳои инкишофи бачадон

**ПДПХ** – пеш аз таваллуд даридани пардаҳои ҳамл

**СДБ** – сироятҳои дохилибатӣ

**ССАҲ** - синдроми сустшавии афзоиши ҳамл

**ТМР** – томографияи магнитӣ-резонансӣ

**ТУС** – таҳқиқи ултрасадоӣ

**ТУП** - таҳлили умумии пешоб

**ТУХ** - таҳлили умумии хун

**ЧБММЧ** – чудошавии бармаҳалли машинаи муқаррарӣ ҷойгиршуда

## АННОТАЦИЯ

на автореферат диссертации Идизода Шахзоды Хокимшох на тему: «Особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов женщин с аномалиями развития матки» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.1 – Акушерство и гинекология

**Ключевые слова:** аномалии развития матки, невынашивания беременности, недонашивание, нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока, плацентарная недостаточность, кесарево сечение.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с аномалиями развития матки.

**Материал и методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование историй родов пациенток с АРМ за период 2015-2021 гг. и проспективное исследование в период 2022-2024 гг. в Городском родильном доме №1 города Душанбе. Объектом исследования явились 232 беременные женщины и роженицы с АРМ, из них 135 были изучены ретроспективно и 97 - проспективно. Группу сравнения составили 38 беременные женщины без АРМ. В процессе обследования были использованы общеклинические лабораторные методы исследования; бакпосев из цервикального канала; гравидограмма; ультразвуковая фетометрия и доплерометрия на аппарате УЗИ ALOCA 3500 CCD; патоморфологическое исследование последа родильниц обеих сравниваемых групп.

**Полученные результаты и их новизна.** Впервые в стране комплексно изучена частота и структура аномалий развития матки у беременных, медико-социальные их аспекты в учреждении 3-го уровня; исследованы особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с аномалиями развития матки; выявлены характерные нарушения развития внутриутробного плода и перинатальные исходы у исследуемого контингента; определена патоморфологическая характеристика последа родильниц с аномалиями развития матки. На основании полученных результатов исследований составлен комплекс мероприятий и разработан алгоритм по ведению гестационного периода родильниц с указанной патологией. Установлено увеличение частоты аномалий развития матки за период 2015–2024 гг. в 3 раза, Доказано, что основной причиной развития аномалий матки является наследственность. Выявлено высокая частота нарушений менструального цикла, бесплодия и невынашивания беременности. Беременность часто осложнялась невынашиванием, недонашиванием, нарушениями маточно-плацентарно-плодового кровотока и внутриутробной задержкой роста плода. В родах преобладали аномалии родовой деятельности, неправильное положение и предлежание плода, что обусловило высокую частоту абдоминального родоразрешения. Морфологическое исследование последа выявило структурные изменения, приводящие к нарушению плацентарного кровообращения и внутриутробному страданию плода.

**Рекомендации по использованию.** Проведение предбрачной и предгравидарной подготовки женщин с выявленными аномалиями матки способствует снижению частоты осложнений беременности и улучшению перинатальных исходов.

**Область применения:** акушерство.

## АННОТАЦИЯ

**ба автореферати рисола Идизода Шахзода Ҳокимшоҳ дар мавзӯи «Хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд ва натиҷаҳои перинаталӣ дар занони дорои нуқсонҳои бачадон» барои дарёфти дараҷаи илмии номзоди илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисоси 3.1.1 – Акушерӣ ва гинекологӣ**

**Калимаҳои калидӣ:** нуқсонҳои бачадон, исқоти ҳамл, таваллуди бармаҳал, ихтилоли ҷараёни хуни бачадон-пласенталӣ, норасоии плаценталӣ, буриши қайсарӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд ва натиҷаҳои перинаталӣ дар занони дорои нуқсонҳои бачадон.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Аз соли 2015 то 2021 таҳқиқоти ретроспективи таърихи таваллуди беморони гирифтори нуқсонҳои бачадон гузаронида шуд ва баъдан аз соли 2022 то 2024 таҳқиқоти перспективӣ гузаронида шуд. таҳқиқот дар беморхонаи таваллудхонаи №1-и шаҳри Душанбе гузаронида шуд. таҳқиқот 232 зани ҳомила ва занони дар ҳоли таваллуд бо нуқсонҳои бачадонро дар бар мегирифт, ки 135 нафари онҳо ретроспективӣ ва 97 нафари дигар ба таври перспективӣ омӯхта шуданд. Гурӯҳи муқоисавӣ аз 38 зани ҳомилае иборат буд, ки нуқсонҳои бачадон надоштанд. таҳқиқот санҷишҳои умумии клиникии лабораторӣ, парвариши гарданаки бачадон, гравидограмма, фетометрияи ултрасадо ва ултрасадои доплерӣ дар дастгоҳи ултрасадои ALOCA 3500 CCD ва ташҳиси патоморфологии плацента дар занони ҳарду гурӯҳи муқоисавиро дар бар мегирифт.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва навоариҳои онҳо.** Бори аввал дар кишвар басомад ва сохтори нуқсонҳои бачадон дар занони ҳомила, ҷанбаҳои тиббӣ ва иҷтимоии онҳо дар муассисаи сатҳи 3 ҳамаҷониба омӯхта шуданд; хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар заноне, ки нуқсонҳои бачадон доранд, таҳқиқ карда шуданд; Дар аҳолии таҳқиқшуда нуқсонҳои ҳоси инкишофи ҷанин ва натиҷаҳои перинаталӣ муайян карда шуданд; хусусиятҳои патоморфологии плацентаҳо дар заноне, ки нуқсонҳои бачадон доранд, муайян карда шуданд. Дар асоси натиҷаҳои таҳқиқоти бадастомада, маҷмӯи чораҳо тартиб дода шуданд ва алгоритми идоракунии давраи ҳомиладорӣ заноне, ки патологияи муайяншударо доранд, таҳия карда шуд. Дар давраи солҳои 2015-2024 се маротиба афзоиш ёфтани нуқсонҳои бачадон муайян карда шуд. Исбот шудааст, ки ирсият сабаби асосии нуқсонҳои бачадон аст. Сатҳи баланди номунтазамии ҳайз, безуретӣ ва исқоти ҳамл мушоҳида карда шуд. Ҳомиладорӣ аксар вақт бо исқоти ҳамл, таваллуди бармаҳал, вайроншавии ҷараёни хуни бачадон-ҷанин ва ақибмонии рушди дохилибачадон мураккаб мешуд. Аномалияҳои зоишӣ, мавқеи ғайримуқаррарии ҷанин ва зоҳиршавӣ бартарӣ доштанд, ки боиси пайдоиши баланди таваллуди шикам мешуданд. Ташҳиси морфологии плацента тағйироти сохториро ошкор кард, ки боиси вайрон шудани гардиши плацента ва нороҳатии дохилибачадонии ҷанин мегарданд.

**Тавсияҳо.** Омодагии пеш аз издивоҷ ва пеш аз ҳомиладорӣ барои заноне, ки аномалияҳои бачадонро муайян кардаанд, ба коҳиш додани пайдоиши мушкilotи ҳомиладорӣ ва беҳтар шудани натиҷаҳои перинаталӣ мусоидат мекунад.

**Соҳаи истифода:** момодоягӣ.

## ANNOTATION

**for the abstract of the dissertation of Idizoda Shahzoda Khokimshokh on the topic: "Features of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes in women with congenital uterine anomalies" for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 3.1.1 – Obstetrics and gynecology**

**Keywords:** uterine anomalies, miscarriage, prematurity, impaired uteroplacental-fetal blood flow, placental insufficiency, cesarean section.

**Purpose of the study.** To study the features of the course of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes in women with uterine anomalies.

**Material and methods of research.** A retrospective analysis of the birth histories of patients with uterine anomalies was carried out for the period from 2015 to 2021, followed by a prospective study conducted from 2022 to 2024. The study was performed at Dushanbe City Maternity Hospital No. 1. The study included 232 pregnant women and parturients with uterine malformations, of whom 135 were examined retrospectively and 97 prospectively. The comparison group consisted of 38 pregnant women without uterine malformations. The examination included general clinical and laboratory tests, cervical cultures, gravidogram assessment, ultrasound fetometry and Doppler ultrasound using an ALOCA 3500 CCD ultrasound device, as well as pathomorphological examination of the placenta in women from both study groups.

**Results and novelty of the study.** For the first time in the country, the frequency and structure of uterine malformations in pregnant women, as well as their medical and social aspects, were comprehensively studied at a level III medical institution. The features of the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with uterine malformations were investigated. Characteristic fetal developmental abnormalities and perinatal outcomes were identified in the study population. The pathomorphological features of the placenta in women with uterine malformations were determined. Based on the obtained results, a set of measures and an algorithm for the management of pregnancy in women with this pathology were developed. A threefold increase in the incidence of uterine malformations was established during the period 2015–2024. Heredity was proven to be the main cause of uterine malformations. A high incidence of menstrual disorders, infertility and miscarriage was observed. Pregnancy was frequently complicated by miscarriage, prematurity, impaired uteroplacental-fetal blood flow and intrauterine growth restriction. Labor abnormalities, abnormal fetal position and presentation predominated, which resulted in a high rate of cesarean section. Morphological examination of the placenta revealed structural changes leading to impaired placental circulation and intrauterine fetal distress.

**Recommendations for use.** Premarital and preconception preparation of women with diagnosed uterine anomalies contributes to reducing the incidence of pregnancy complications and improving perinatal outcomes.

**Application:** obstetrics.