

5. Minnullin R.I. Analiz traditsionnoy diagnosticheskoy taktiki pri ostrykh khirurgicheskikh zabolevaniyakh organov bryushnoy polosti i malogo taza u zhen-shchin reproduktivnogo vozrasta na dogospitalnom i statsionarnom etapakh [Analysis of Conventional Diagnostic Tactics in Acute Surgical Diseases of the Abdominal and Pelvic Organs in Women of Reproductive Age in the Prehospital and Inpatient Stages]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch – Emergency*, 2014, Vol. 15, No. 3, pp. 51-55.

6. Gans, S.L. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Digestive Surgery*, 2015, Vol. 32, No. 1, pp. 23-31.

7. Hart S., Ross S., Rosemurgy A. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2010, Vol. 17, No. 6, pp. 798-801.

8. Jennifer A. The Role of Appendectomy in Gynaecologic Surgery: A Canadian Retrospective Case Series. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 2013, Vol. 35 (1), pp. 44-48.

9. Jocko J.A. The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a canadian retrospective case series. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 2013, Vol. 35, No. 1, pp. 44-48.

10. Laparoscopic incidental appendectomy during laparoscopic surgery for ovarian endometrioma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011, Vol. 1, No. 28, pp. 1-5.

ХУЛОСА

Г.Қ. Рачабова, Г.Н. Ашурова, Ф.И. Махмадов

УСУЛИ ТАШХИСӢ ВА ҶАРОҲӢ МАВРИДИ ПАТОЛОГИЯИ ФАВРИИ УЗВҲОИ КОВОКИИ БАТН ВА ЗАНОНА

Мақсади омӯзиш. Арзёбии нақши видеолапароскопия дар ташхис ва табобати патологияи таъҷилии узвҳои батн ва узвҳои таносул.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар асоси таҳлили табобати 240 зан бо патологияи шадиди узвҳои ковокии батн ва занона, ки дар давраи солҳои 2012 то 2020 бистарӣ гаштаанд. Дар робита ба басомади омезиши узвҳои ковокии батн ва занона, аппендитсит ва шаклҳои гуногуни мураккаби кистаи тухмдонҳои рост бартарӣ доштанд, ки 33,3% (n=80) беморон буданд. Дар баробари ин, чунин омезишҳо ба монанди холестиститҳои шадиди калкулезӣ (ХШК) + миомаи бачадон - 20,0%, ХШК + кистаи тухмдон - 18,3%, шаклҳои мураккаби миомаи бачадон + чурраи девори пеши шикам (ЧДПШ) - 13,7%, мураккаб буданд. Шаклҳои кистаи тухмдонҳо + чурраи ДПШ - 7,9%, шаклҳои мураккаби кистаи тухмдонҳо + бемории лихомӣ - 6,7%-ро ташкил дод.

Натиҷаҳо. Дар ҳолатҳои алоҳида (19,2%) видеолапароскопия дар аввал хусусияти ташхисӣ ва дар 80,8%-и боқимонда бо мақсади ислоҳи ҷарроҳии мақсаднок гузаронида шудааст. Мушкilotи пас аз ҷарроҳӣ дар занони гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ мутаносибан 7,5% ва 13,3%-ро ташкил медод. Рӯзи бистарӣ пас аз ҷарроҳӣ $4,8 \pm 1,7$ шабонарӯзро дар бар гирифт.

Хулоса. Видеолапароскопия як роҳи муҳими муайян кардани усули ташхис мебошад, ки онро ба осонӣ ба як намуди табобатӣ табдил додан мумкин аст.

Калимаҳои калидӣ. Патологияҳои фаврии яқҷояи узвҳои батн ва узвҳои таносул, даҳолатҳои лапароскопӣ, амалиётҳои ҳамзамони лапароскопӣ.

УДК 618.398

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-89-96

М.А. Саидова, С.Дж. Юсуфи, З.Х. Рафиева

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДАХ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Саидова Мастура Асоевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Адрес: Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 1/31, Тел.: +(992)985686830, E-mail: mastura.saidova@mail.ru

Цель исследования. Изучить частоту, факторы риска и течение родов у женщин с перенесенной беременностью в городе Душанбе.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ родов в городском родильном доме № 2, являющийся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, за период 2007-2011 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Частота переносимости беременности у женщин жительниц города Душанбе за 7 лет составляет от 3,9 до 0,83% случаев. Исследование показывает, что после введения национальных стандартов по индукции родов количество переносимых беременностей и вместе с ней осложнения, связанные с ним, снизилась. Среди женщин с переносимой беременностью каждая 2-я были первобеременными. Течение беременности и родов с переносимой беременностью характеризуется высоким процентом осложнений, который составляет $6,7 \pm 2,09\%$ и $70,8 \pm 2,16\%$ соответственно. Родоразрешались через естественные родовые пути 382 (72%) женщин, а путем операции кесарева сечения – 77 (15%).

Заключение. Несмотря на тенденцию снижения частоты запоздалых родов после введения национальных стандартов по индукции родов, акушерские и перинатальные исходы переносимости беременности заслуживают внимания.

Ключевые слова: переносимая беременность, роды, запоздалые роды, осложнения в родах.

M.A. Saidova, S.J. Yusufi, Z.Kh. Rafieva

RETROSPECTIVE STUDY OF THE COURSE OF PREGNANCY, OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN POST-TERM PREGNANCY

Avicenna Tajik State Medical University

Saidova Mastura Asoevna - Postgraduate student, Department of Obstetrics and Gynecology №2, Avicenna Tajik State Medical University; Address: 1/31 Rudaki Ave, Dushanbe, Tajikistan, Tel. (992)985 68 68 30, e-mail:mastura.saidova@mail.ru

Aim. To study the frequency, risk factors, and course of labor in women with post-term pregnancies in the city of Dushanbe.

Material and methods. The study is based on the retrospective analysis of childbirth in the city maternity hospital No. 2, which is the clinical base of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 of TSMU named after Avicenna for the period 2007 - 2011.

Results and discussion. The frequency of post-term pregnancy among women in Dushanbe over 7 years ranges from 3.9 to 0.83% of cases. The study shows that after the introduction of national standards on the induction of labor, the number of post-term pregnancies and, along with it, the complications associated with it decreased. Among women with post-term pregnancy, each 2 had the first pregnancy. The course of pregnancy and childbirth with a post-term pregnancy is characterized by a high percentage of complications, which is $6.7 \pm 2.09\%$ and $70.8 \pm 2.16\%$, respectively. 382 (72%) women delivered through the vaginal birth canal, and 77 (15%) women had a cesarean section.

Conclusion. In spite of the declination tendency of post-term pregnancies frequency after the introduction of national standards on induction of labor, the obstetric and perinatal outcomes of postmature pregnancy deserve attention.

Keywords: post-term pregnancy, childbirth, delayed childbirth, complications in childbirth.

Актуальность. Переносимая беременность является одной из важных проблем современного акушерства. Переносимая беременность продолжается дольше физиологической на 10-14 дней и заканчивается рождением перезрелого ребенка. Роды при переносимой беременности относятся к патологическим и называются запоздалыми [7].

Частота перенашивания беременности по данным отечественных и зарубежных авторов до 42 недель колеблется от 10 до 15%, после 42 полных недель – 5-6% [7, 8].

При перенашивании беременности увеличивается количество осложнений у матери и плода.

Распространенные последствия переносимой беременности включают макросомию плода, осложненную родовую деятельность, родовые травмы и увеличение частоты оперативного родоразрешения [3, 5, 7, 9, 13].

Течение переносимой беременности характеризуется высоким процентом осложнений (гестозы, анемия, гипоксия и асфиксия плода) [2-4, 6, 13], а также осложнений в родах (преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой сил, клинически узкий таз, гипотоническое кровотечение, гипоксия и асфиксия плода, родовые травмы матери и плода) [5, 8-10, 12].

Цель исследования. Изучить частоту, факторы риска и течение родов у женщин с переносенной беременностью в городе Душанбе.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ течения и исхода родов при переносенной беременности за 5 лет (с 2007г. до 2011г.), до внедрения национальных стандартов по ведению индукции родов и начала использования индукции. Проанализировано всего 530 истории родов с переносенными новорожденными.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование проведено на базе городского родильного дома №2 города Душанбе. Для определения динамики изменения частоты переносенной беременности мы анализировали истории родов

женщин с переносенной беременностью за 2005 по 2015 гг.

Для более наглядной демонстрации изменения соотношения индекса переносенных беременностей к общему числу родов, рассмотрим изменения в тренде (рис. 1). Количество переносенных беременностей до внедрения и окончательного использования индукции родов в среднем составляла 2,97%, однако после внедрения стандартов ВОЗ и использования индукции при родах, данный показатель начал уменьшаться и в среднем составил 1,23% при достижении значения в 0,83% в 2015 г. Соответственно при сохранении тренда ожидается дальнейшее уменьшение количества переносенных родов к общему количеству родов.



Рисунок 1. Частота переносенных беременностей до и после внедрения стандартов ВОЗ

Возраст пациенток ретроспективной группы колебался от 18 до 40 лет, составляя в среднем $26,7 \pm 3,4$ г. Повозрастное распределение беременных ретроспективной группы наблюдения представлено в табл. 1.

Как следует из табл. 1, большинство рожениц находились в активном репродуктивном возрасте от 20 до 35 лет 447 (84,34%). При этом, треть пациенток 176 (33,34%) составляли женщины с возрастом 21-24 года, а четверть 133 (25,06%) в возрасте 25-29 лет.

Распределение обследованных по числу родов показало, что в группах было 246 (46,2%) перво-

родящих, 150 (28,3%) - повторнородящих и 134 (25,1%) - многорожавших.

На основе соматического анамнеза мы определили, что имеется большое количество эндокринных заболеваний 348 (65,66%), анемии – 330 (62,27%), хронического пиелонефрита – 313 (59,1%), хронических заболеваний органов дыхания – 225 (42,4%), перенесенных детских инфекций – 169 (31,8%).

Согласно данным исследования у большинства женщин 371 (70,0%) выявлена нормальная регуляция менструального цикла, однако, почти

Таблица 1

Распределение обследованных по возрасту

Возраст пациенток	2007 (n=100)		2008 (n=100)		2009 (n=105)		2010 (n=110)		2011 (n=115)		Всего за 5 лет (n=530)	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
18 лет и моложе	2	2,0	3	3,0	7	6,67	1	0,9	3	2,6	16	3,0
19 – 20 лет	7	7,0	8	8,0	8	7,62	12	10,9	15	13,0	50	9,4
21 – 24 года	30	30,0	33	33,0	33	31,43	35	31,8	45	39,1	176	33,2
25 – 29 лет	27	27,0	19	19,0	31	29,53	31	28,2	26	22,6	134	25,3
30 – 34 года	19	19,0	22	22,0	14	13,34	15	13,6	17	14,8	87	16,4
35 – 39 лет	10	10,0	10	10,0	10	9,53	14	12,7	6	5,2	50	9,4
40 и более	5	5,0	5	5,0	2	1,91	2	1,8	3	2,6	17	3,2
Всего по годам	100	18,87	100	18,87	105	19,82	110	20,76	115	21,7	530	100,0

Примечание: % - от общего количества больных по годам.

в каждом пятом наблюдении 67 (12,65%) имело место гипо- или гиперменструальный синдром.

Особенности и характеристика течения родов перенесенной беременности на основе ретроспективного исследования.

Как видно из таблицы 2 из 530 исследуемых беременных 382 (72,1%) женщин родили через естественные родовые пути, 77 (14,5%) путем кесарева сечения, 63 (12,1%) - вагинальные роды, закончившиеся оперативно (В/Э плода, акушерские щипцы), 212 (40%) - разрывы промежности, 102 (19,2%) - эпизиотомия и перинеотомия и также наблюдалась 4 (0,8) случая краниотомии.

Исходы родов представлены на рисунке 2.

Как видно из рисунка, у женщин с перенесенной беременностью частота кесарева сечения равна 77 (14,5%), вакуум-экстракции плода и акушерских щипцов – 63 (12,1%).

На рисунке 3 изображена наглядное распределение частота видов акушерских травм родовых путей у обследованных женщин ретроспективной группы.

В исследованной группе имелось большое количество разрывов мягких тканей родового канала - 170 (32,1%) случаев, и оперативное рассечение

Таблица 2

Особенности течения родов

Наименование	2007 (n=100)		2008 (n=100)		2009 (n=105)		2010 (n=110)		2011 (n=115)		Всего за 5 лет (n=530)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Роды закончившиеся через естественные родовые пути	69	69	77	77	80	76,19	77	70,0	79	68,7	382	72,08
Роды закончившиеся кесаревым сечением	12	12	10	10	10	9,52	24	21,82	21	18,26	77	14,53
Вагинальные роды закончившиеся оперативно (В/Э плода, акушерские щипцы)	14	14	10	10	11	10,47	14	12,73	14	12,17	63	11,89
Разрывы промежности (перинеорафия и др.)	40	40	43	43	46	43,81	45	40,91	38	33,04	212	40,00
Эпизиотомия и перинеотомия	20	20	22	22	19	18,10	20	18,18	21	18,26	102	19,25
Амниотомия	36	36	33	33	29	27,62	27	24,55	26	22,61	151	28,49
Краниотомия	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0,75

Примечание: % - от общего количества больных по годам.

Исход родов при переносенной беременности

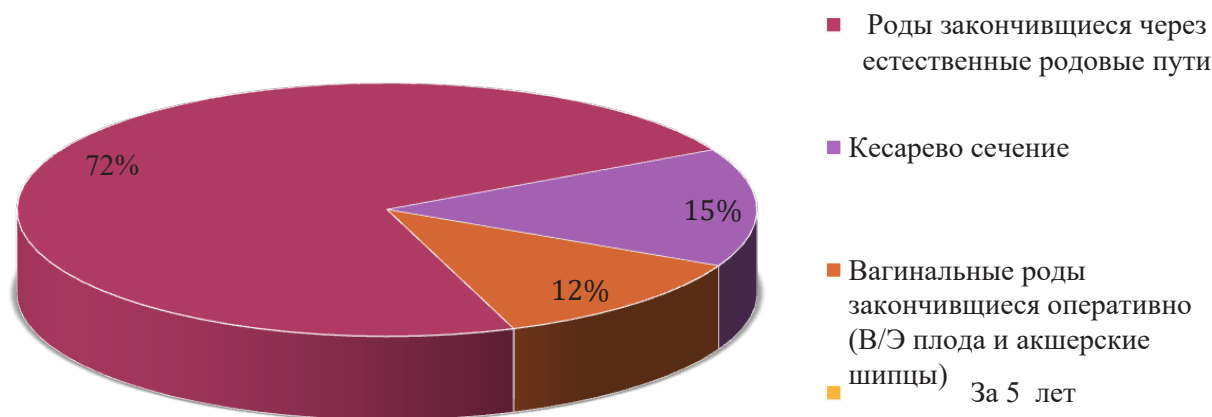


Рис 2. Исход родов у обследованных в ретроспективном группе.

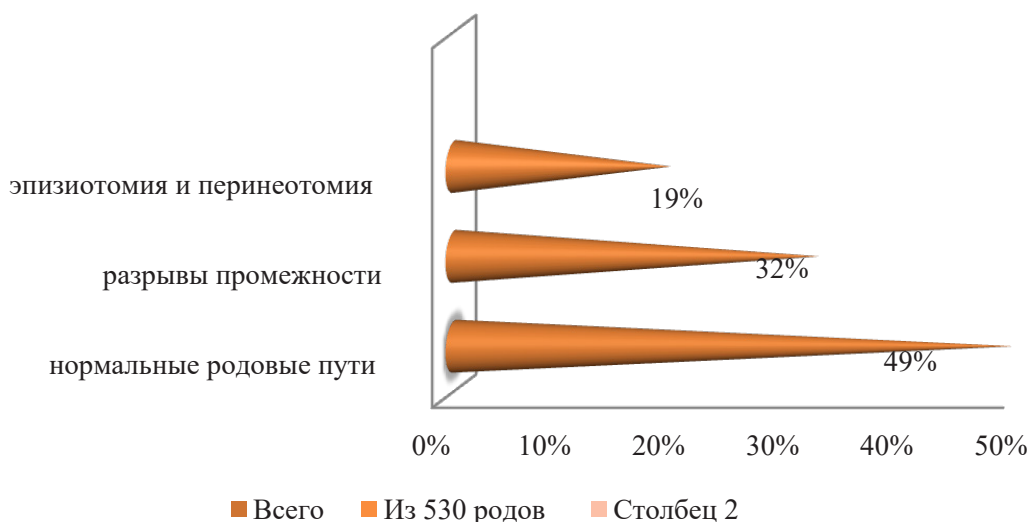


Рис 3. Частота разрывов и рассечения промежности у женщин с запоздалыми родами.

вульвы т.е. эпизиотомия и перинеотомия - 102 (19,2%) случая.

В табл. 3 представлена частота осложнении родов у пациенток ретроспективной группы.

Согласно данным таблицы наиболее часто беременность и роды у данной группы женщин осложнялись: хронической внутриутробной гипоксией плода в 253 (47,74%) случаях, маловодием - 137 (25,85%), обвитием пуповины вокруг шеи плода - 169 (31,89%), несвоевременным излитием вод - 135 (25,47%), затянувшаяся активная фаза - 113 (21,32%), аномалиями родовой деятельности - 96 (18,11%), ручное и инструментальное исследование полости матки - 96 (18,11%), явлениями дистресс-синдрома плода - 79 (14,91%), ангиоамнион - 65 (12,26%), обструктивные роды - 57 (10,75%), дистация плечиков - 50 (9,43%), гипото-

ническое кровотечение - 41 (7,74%) и многоводие - 31 (5,85%).

Новорожденные, родившиеся с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов составляют 253 (47,7%) ребенка, 6-7 баллов - 129 (24,3%), 5-6 баллов 66 (12,5%).

У новорожденных, родившихся от переносенной беременности, наблюдается средняя и низкая оценка по шкале Апгар несмотря на большой процент родов через естественные родовые пути.

Распределение новорожденных по полу показано на рис. 4.

Исследование показало, что большую часть составляют мальчики - 333 (63,4%) случая, а меньшую девочки - 197 (36,8%). К переносенной и пролонгированной беременности больше склонен мужской пол.

Таблица 3

Структура осложнений беременности и родов

Наименование	2007 (n – 100)		2008 (n – 100)		2009 (n – 105)		2010 (n – 110)		2011 (n – 115)		Всего за 5 лет (n – 530)	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
ДРПО	29	29	27	27	26	24,76	28	25,45	25	21,74	135	25,47
Слабость родовой деятельности	18	18	16	16	22	20,95	21	19,09	19	16,52	96	18,11
Затянувшаяся активная фаза	22	22	20	20	25	23,81	27	24,55	19	16,52	113	21,32
Гипотоническое кровотечение	7	7	6	6	9	8,57	11	10,0	8	6,96	41	7,74
Ручное и инструментальное исследование полости матки	16	16	17	17	19	18,10	21	19,09	23	20,0	96	18,11
Обструктивные роды	12	12	9	9	11	10,48	15	13,64	10	8,66	57	10,75
Маловодие	24	24	29	29	31	29,52	33	30,0	20	17,39	137	25,85
Многоводие	5	5	4	4	7	6,66	9	8,18	6	5,21	31	5,85
Ангидроамнион	10	10	18	18	12	11,43	16	14,55	9	7,83	65	12,26
Дистация плечиков	8	8	10	10	13	12,38	12	10,90	7	6,09	50	9,43
Хр. в/у гипоксия плода	45	45	46	46	60	57,14	53	48,18	49	42,61	253	47,74
Дистресс плода	17	17	16	16	13	12,38	19	17,27	14	12,17	79	14,91
Обвитие пуповины вокруг шеи плода	33	33	31	31	39	37,14	30	27,27	36	31,30	169	31,89

Примечание: % - от общего количества больных по годам.

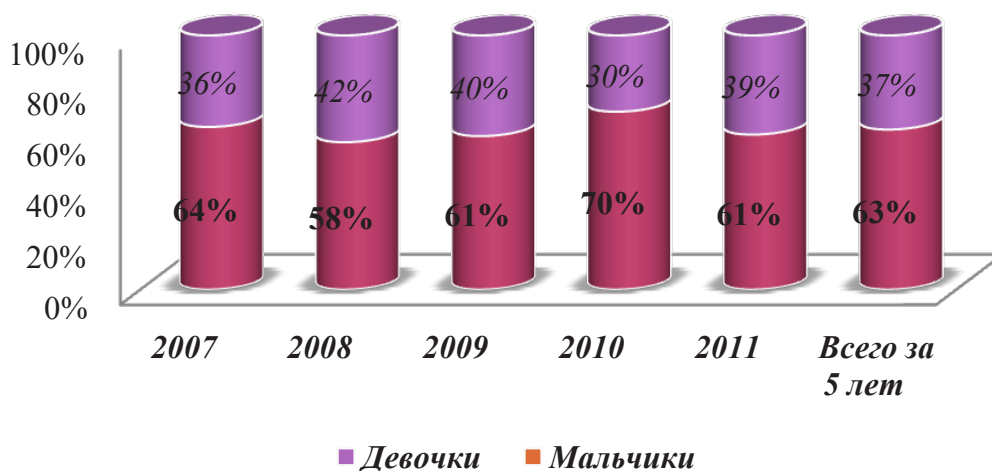


Рис 4. Распределение новорожденных по полу

Также имеется большое количество новорожденных, которые родились весом больше 4000 г. - то есть крупные.

Таким образом, запоздалые роды чаще происходят у первобеременных, в частности, у женщин с поздним менархе. Фактором риска перенесенной беременности являются перенесенные заболевания эндокринных желёз, перенесенные детские инфекции и инфекции мочевыводящих путей.

Выводы.

1. Частота перенесенной беременности у женщин жительниц города Душанбе за 7 лет составляет от 3,9 до 0,83% случаев.

2. После ведения национальных стандартов количество перенесенных беременностей и вместе с ней осложнений, связанных с ними, снизилась.

3. За анализируемый период установлено, что каждая 3-я женщина с перенесенной беременно-

стью была в активном репродуктивном возрасте (21-24 лет).

4. Среди женщин с перенесенной беременностью каждая 2-я были первобеременными.

5. При запоздалых родах чаще рождались новорожденные мужского пола

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-13 см. в REFERENCES)

1. Бережанская С. Б., Андреева Н.Б. Влияние перинатальной патологии на смертность и заболеваемость детей раннего возраста / С. Б. Бережанская, Н. Б. Андреева // Сб. науч. тр. - М. - 2012. - С. 87-92.

2. Буркитова А.М., Прохорова В.С., Болотских В.М. Актуальные диагностические и клинические проблемы при перенесенной беременности в современном акушерстве / А.М.Буркитова, В.С. Прохорова, В.М. Болотских // Журнал акушерства и женских болезней. - 2017. - Т. 66. - № 2. - С. 93-103.

3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. - 4-е изд., перераб. и доп. / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 758-784

4. Милованов, А.П. Корреляционные связи морфологических и функциональных показателей плаценты и новорожденного при нормальной доношенной, пролонгированной и истинной-перенесенной беременности / А.П. Милованов, М.В. Федорова // Архив патологии. Медицина, 2011. - Т. 73, № 3. - С. 5-53.

5. Румянцева, В.П. Эффективность и исходы родовозбуждения при пролонгированной и перенесенной беременности / В.П. Румянцева, О.Р. Баев // Акуш. и гин., 2011. - № 6. - С. 47-52.

6. Подготовка шейки матки к родам у женщин с перенесенной беременностью / И.Ф.Фаткулин и др. // Казанский медицинский журнал. - 2010. - №3. - с. 390-392.

7. Чернуха, Е.А. Перенесенная и пролонгированная беременность: рук. для врачей / Е.А. Чернуха // ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 208 с.

8. Чернуха, Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха // М.: Триада-Х. - 2003. - 710 с.

REFERENCES

1. Berezhanskaya S. B., Andreeva N.B. *Vliyaniye perinatalnoy patologii na smertnost i zabolevaemost detey rannego vozrasta* [Impact of perinatal pathology on mortality and morbidity in young children]. Sb. nauch. tr. Moscow, 2012. pp. 87-92.

2. Burkitova A.M., Prokhorova V.S., Bolotskikh V.M. Aktualnye diagnosticheskie i klinicheskie problemy pri perenoshennoy beremennosti v sovremennom

akusherstve [Current Diagnostic and Clinical Problems of Premature Pregnancy in Modern Obstetrics]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of Obstetrics and Women's diseases*, 2017, Vol. 66, No. 2, pp. 93-103.

3. *Klinicheskie rekomendatsii. Akusherstvo i ginekologiya. 4-e izd.* [Clinical guidelines. Obstetrics and Gynecology. 4th ed.]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. pp. 758-784

4. Milovanov, A.P. Korrelyatsionnye svyazi morfologicheskikh i funktsionalnykh pokazateley platsenty i novorozhdennogo pri normalnoy donoshennoy, prolongirovannoy i istinnoy-perenoshennoy beremennosti [Correlations between morphological and functional indices of the placenta and the newborn in normal term, prolonged, and true-period pregnancies]. *Arkhiv patologii. Meditsina - Pathology archive. The medicine*, 2011, Vol. 73, No. 3, pp. 5-53.

5. Rumyantseva, V.P. Effektivnost i iskhody rodovozbuzhdeniya pri prolongirovannoy i perenoshennoy beremennosti [Effectiveness and outcomes of obstetrics in prolonged and prolonged pregnancies]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2011, No. 6, pp. 47-52.

6. Fatkulín I.F. Podgotovka sheyki matki k rodam u zhenshchin s perenoshennoy beremennostyu [Preparation of the cervix for delivery in women with a prolonged pregnancy]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal - Kazan medical journal*, 2010, No. 3, pp. 390-392.

7. Chernukha, E.A. *Perenoshennaya i prolangiroyannaya beremennost: rukov. dlya vrachey* [Pregnancy Prematurity and Prolonged Pregnancy: Guidelines for Physicians]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2007. 208 p.

8. Chernukha, E.A. *Rodovoy blok* [Maternity block]. Moscow, Triada-Kh Publ., 2003. 710 p.

9. Smithers L.G. A whole-of-population study of term and post-term gestational age at birth and children's development. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2015, Vol. 122 (10), pp. 1303-1311.

10. Alexander J., McIntire D., Leveno K. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean birth. *Obstetrics and Gynecology*, 2011, Vol. 97, No. 6, pp. 911-915.

11. Best practice in maternal-fetal medicine. Figo Working On Best Practice in Maternal-Fetal Medicine. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2015, Vol. 128, pp. 80-82.

12. Dekker RL. Labour induction for late-term or post-term pregnancy. *Women and Birth*, 2016, Vol. 29 (4), pp. 394-398.

13. Downe S. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2016, Vol. 123 (4), pp. 529-39.

ХУЛОСА

М.А. Саидова, С.Ч. Юсуфӣ, З.Х. Рафиева

ОМЎЗИШИ РЕТРОСПЕКТИВИИ ЧАРАЁН ВА ОҚИБАТҲОИ ВАЛОДАТ, ҲАНГОМИ ҲОМИЛАДОРИИ АЗ МУҲЛАТГУЗАШТА

Таҳлили таърихи таваллуд дар таваллудхонаи шаҳрии №2, ки пойгоҳи клиникаи кафедрои акушерӣ ва гинекологияи №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ Ибни Сино мебошад, гузаронида шудааст. Басомади ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта дар сокинони занони ш. Душанбе дар давоми 7 сол аз 3,9 то 0,83% ҳолатҳоро ташкил мекунад. Тадқиқот нишон медиҳад, ки пас аз ворид кардани стандартҳои миллии оиди барангезиши валодат, шумораи ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта ва дар баробари он, аворизҳои вобаста ба он коҳиш

ёфтаанд. Қариб ҳар як зани нахусттаваллудкарда ҳомиладории аз мӯҳлатгузашта доштанд. Чараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд бо ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта фоизи баланди аворизҳоро ҳос аст, ки мутаносибан $6,7 \pm 2,09\%$ ва $70,8 \pm 2,16\%$ -ро ташкил медиҳад. Заноне, ки тавассути роҳи табиӣ чинси валодат кардаанд 382 (72%) нафар буданд, ва 77 нафар (15%) бо воситаи ҷарроҳии қайсарӣ таваллудро ба анҷом расониданд.

Ҳамин тариқ, басомади ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта дар занони шаҳри Душанбе баланд буда, пеш аз ворид шудани стандартҳои миллии оиди барангезиши валодат ва иборат аз ин шумораи зиёди аворизҳо ҳангоми ҳомиладорӣ ва таваллуд ба назар мерасид.

Калимаҳои калидӣ: ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта, валодат, валодати аз мӯҳлат гузашта, аворизҳо ҳангоми валодат.

УДК 616.12-008.46:616-036

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-96-103

А.И. Файзуллоев

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГОУ «ИПОвСЗРТ», кафедра терапии и кардио-ревматологии.

Файзуллоев Абуали Исупович - соискатель кафедры терапии и кардио-ревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Цель исследования. Представить клинико-функциональную характеристику хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 105 больных с верифицированным диагнозом хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ за период 01.09.2020 – 01.08.2021 гг. Из них мужчин – 48 (45,7%), женщин – 57 (54,3%). Все больные прошли общеклинические, лабораторные, инструментальные, а также функциональное обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Комплексная оценка больных хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа ($n=105$) показала, что большинство больных (96,2%) имели метаболическую субкомпенсацию углеводного обмена - $HbA1c > 7\%$. Результаты оценки выраженности клинических симптомов по ШОКС, показатели почечной функции и гемодинамические показатели сердца у больных в группе пациентов хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией + ишемическая болезнь сердца достоверно отличались от группы пациентов с хронической сердечной недостаточностью в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа также артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа с ишемической болезнью сердца ($p < 0,05$).

Заключение. Этиологией хронической сердечной недостаточности в исследуемой нами группы является ИБС и артериальная гипертензия, которые имеют отличительные особенности в зависимости от пола и возраста. Степень проявления клинической симптоматики находится в прямой зависимости от функционального класса хронической сердечной недостаточности. Наиболее частыми спутниками хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа является ожирение и хроническая болезнь почек. Одним из неблагоприятных предикторов сердечно-сосудистых осложнений считается гипертрофия левого желудочка, колебания которой имело место у наблюдаемых нами больных.