

liver cirrhosis. *World Journal of Gastroenterology*, 2015, Vol. 21, pp. 11815-11824.

10. Mohsen M., Tarek Y., Hesham D. Role interleukin-6 as a predictor of hepatic encephalopathy in critically III cirrhotic patients. *Life Science Journal*, 2013, No. 10 (12), pp. 987-991.

11. Tranah T.H., Vijay G.K., Ryan J.M. Systemic inflammation and ammonia in hepatic encephalopathy. *Metabolic Brain Disease*, 2013, Vol. 28 (1), pp. 1-5.

ХУЛОСА

Б.И. Ғаниев

БАЪЗЕ ЧАНБАҲОИ ПАТОГЕНЕЗИ ЭНТСЕФАЛОПАТИЯИ ЧИГАР

Мақсади омӯзиш механизмҳои патогенетикии инкишофи энтсефалопатияи чигар дар беморони сиррози чигар.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. 141 нафар беморони сиррози чигар бо аворизҳои энтсефалопатияи чигар мавриди тадқиқот қарор гирифтанд. Ташҳис дар асоси анамнез, усулҳои тадқиқоти клиникӣ ва инструменталӣ, биохимиявӣ, вирусологӣ, иммунологӣ, микробиологӣ, аз ҷумла муайян кардани сатҳи ситокинҳои зидди илтиҳобӣ ва аммиак дар зардоби хун муқаррар карда шуд.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Миқдори ИЛ-6 дар беморони сиррози чигар

дар марҳилаи декомпенсатсионӣ ба ҳисоби миёна 118 ± 14 ($p < 0,001$) буда, бо инкишофи энтсефалопатияи чигар то 194 ± 14 ($p < 0,005$) зиёд мешавад. Сатҳи ФНО α дар зардоби хун тақрибан ду маротиба зиёд гардид. Агар дар сиррози декомпенсатсионӣ консентратсияи ФНО α 121 ± 12 ($p < 0,001$) бошад, пас дар беморони гирифтори энтсефалопатияи чигар он ба 244 ± 17 ($p < 0,005$) мерасад. Чунин манзара дар вақти омӯштани таркиби аммиак дар зардоби хун низ мушоҳида карда шуд. Ҳангоми сиррози чигар дар марҳилаи декомпенсатсионӣ миқдори аммиак $93,1 \pm 4,2$ ($p < 0,001$) буд, дар ҳоле ки ба он энтсефалопатияи чигар илова шуд вай ба $126,6 \pm 6,4$ ($p < 0,001$) расид.

Дар беморони гирифтори энтсефалопатияи чигар шумораи бифидобактерияҳо, лактобактерияҳо ва эубактерияҳо назар ба меъёр 3-4 маротиба яқбора кам мешавад. Дар баробари ин миқдори микрофлораи патогенӣ ва занбуруғҳои хамиртуруш зиёд мешавад.

Хулоса. Дар патогенези энтсефалопатияи чигар бисёр омилҳо иштирок меkunанд, ки дар байни онҳо миқдори зиёди ситокинҳо, таркиби нитрогенӣ ва дигар пайвастагиҳои захрнок дар натиҷаи синдроми афзоиши бактерияҳо ва давомнокии *H. pylori* дар луобпардаи меъда нақши муҳим мебозанд.

Калимаҳои асосӣ: сиррози чигар, энтсефалопатияи чигар, ситокинҳо, мубодилаи нитрогенҳо.

УДК 618.3-06; 616.98-036-07-08:578.834.11

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-32-37

М.Ф. Давлятова, Д.Г. Каримова, М.А. Хакназарова

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ЛЕТАЛЬНЫХ SARS-COV-2-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ВЛИЯЮЩИХ НА УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Давлятова Махина Фарруховна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992919053468; E-mail: malika051098@mail.ru

Цель исследования. Изучение причин материнской смертности при летальных SARS-COV-2-ассоциированных пневмониях во время беременности, с целью оптимизации оказания медицинской помощи данной категории беременных.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 70 беременных женщин с среднетяжелым, тяжелым и критическим течением SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний. Объем исследования соответствовал стандарту обследования беременных при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. От общего числа обследованных 7 случаев (1%) закончились летально.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ организационных аспектов ведения выявил дефекты организации оказания медицинской помощи беременным при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 на амбула-

торном и стационарном уровне. Причинами поздней госпитализации стали: самолечение беременных в домашних условиях в течение 3-х суток, лечение амбулаторным звеном в течение 7-10 суток, первичная госпитализация была осуществлена в непрофильные стационары. Нарушение маршрутизации беременных возникла в 2 (28,6%) случаях. В стационаре недооценка состояния способствовала затягиванию времени родоразрешения в 5 (71,4%) случаях.

Вывод. Организационными дефектами оказания медицинской помощи данному контингенту больных явились: поздняя госпитализация в профильный стационар, поздняя диагностика тяжёлых и осложнённых форм, позднее родоразрешение, как единственный метод способный изменить смертельный исход осложнений при летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмониях.

Ключевые слова: вирусная пневмония, беременность, коронавирусная инфекция, SARS-CoV-2, материнская смертность.

M.F. Davlyatova, D.G. Karimova, M.A. Khaknazarova

MEDICAL ASPECTS OF THE MANAGEMENT OF LETAL SARS-COV-2-ASSOCIATED PNEUMONIA DURING PREGNANCY AFFECTING THE RATE OF MATERNAL MORTALITY

Department of Obstetrics and Gynecology №1, SEI «ATSMU»

Davlyatova Mahina Farrukhovna - candidate of medical sciences, associate professor of the department of obstetrics and gynecology №1 of SEI "ATSMU"; tel: 91 905 34 68 E-mail: malika051098@mail.ru

Aim. To study the causes of maternal mortality in fatal SARS-COV-2-associated pneumonia during gestation in order to optimize medical care for this category of pregnant women.

Material and methods. 70 pregnant women with moderate, severe and critical course of SARS-CoV-2 were examined. The extent of study corresponded to the standard of examination of pregnant women with SARS-CoV-2 coronavirus infection. Out of all cases 7 (1%) were lethal.

Results and discussion. Analysis of organizational aspects of management revealed defects in the organization of medical care for pregnant women with SARS-CoV-2 coronavirus infection at the outpatient and inpatient levels. The reasons for late hospitalization were: self-treatment of pregnant women at home within 3 days, outpatient treatment within 7-10 days, primary hospitalization carried out in non-specialized hospitals. Routing breaches in pregnant women occurred in 2 (28.6%) cases. Underestimation of the condition in the hospital contributed to delayed delivery in 5 (71.4%) cases.

Conclusion. Breaches in the organizational aspects of medical management of lethal SARS-CoV-2-associated pneumonia correspond with late hospitalization, late diagnosis and underestimation of the condition contributed to the delaying of delivery.

Keywords: viral pneumonia, pregnancy, coronavirus infections, SARS-CoV-2, respiratory viral infection, maternal mortality.

Актуальность. У беременных, при острых респираторных инфекциях, повышена вероятность тяжелого течения и внезапного развития критического состояния, которая обусловлена особенностями физиологического состояния сердечно-легочной и иммунной системы [1, 3, 5]. Тяжёлые формы острых респираторных инфекций, такие как вирусные пневмонии, являются наиболее частой акушерской инфекционной причиной материнской смертности [1-8]. В среднем у каждой десятой (9,4%) беременной инфекционное заболевание осложняется вирусно-бактериальной пневмонией, из них в состоянии крайней степени тяжести («near miss» – едва не умершие) окажется 8,89% пациенток [1, 2, 5]. В ситуации с коронавирусной инфекцией частота тяжёлых форм (вирусных и вирусно-бактериальных пневмоний) достигает 20%

случаев и у каждой четвертой (5%) в дальнейшем возникнет критическое состояние, связанное с развитием острого респираторного дистресс-синдром (ОРДС), либо других критических осложнений [3, 4, 6, 8]. Процент смертности при осложнённых формах инфекции SARS-CoV-2 среди беременных может достигать 25% [8].

В связи с этим представляет научный интерес изучение причин и обстоятельств возникновения материнской смертности при летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмониях у беременных с целью оптимизации организационных и тактических мероприятий.

Цель исследования. Изучение причин материнской смертности при летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмониях во время гестации

с целью оптимизации оказания медицинской помощи данной категории беременных

Материалы и методы исследования. За период пандемии 2020-2021 года в родильный стационар при Городском медицинском центре было госпитализировано 70 беременных женщин с признаками SARS-CoV-2-ассоциированной пневмонии. Беременные женщины были со среднетяжелым, тяжелым и критическим течением SARS-CoV-2. Всем беременным проводились общеклинические, акушерские и клинико-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма). Для подтверждения диагноза «внебольничная пневмония» проводилась обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, либо компьютерная томография. Частота материнской смертности от общего числа поступивших беременных с признаками пневмонии средней степени тяжести, тяжелого и критического течения, вызванного вирусом SARS-CoV-2 (70 беременных женщин), составило 7 (1%) случаев. У всех погибших женщин прижизненно диагноз «пневмония коронавирусной этиологии» был подтвержден методом ПЦР, а также в дополнении был использован ИФА, в процессе которого определялись в крови специфические иммуноглобулины М и G.

Аналізу были подвергнуты амбулаторные карты беременных, которые велись в центрах репродуктивного здоровья (ЦРЗ) по месту жительства, обменные карты беременных, истории беременных, которые заполнялись в процессе госпитализации в ковидном стационаре до момента летального исхода.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием соответствующих функций Microsoft Excel 2016 и программного обеспечения Statistica 10.0 для Windows (StatSoft Inc., USA). Данные представлены в виде абсолютных значений и процентов для категориальных данных. Категориальные данные и пропорции сравнивались с использованием критерия Хи-квадрат, в том числе с поправкой Йетса и точного двустороннего критерия Фишера. Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст погибших беременных составил 31,9 лет, вариационные колебания определялись от 25 до 37 лет. Изучение частоты гибели беременных женщин с признаками коронавирусной пневмонии в зависимости от возраста показала, что 2/3 из них составили беременные в возрасте

от 30 до 39 лет, лишь 1/3 погибла в возрасте 20-29 лет. Распределение паритета в изучаемой группе было таковым: первородящие составили 57,1%, повторнородящие 42,9%.

Вариации срока гестации, в котором инициировалась материнская смертность, колебалась от 21 по 36 недели, в среднем составляя 27,8 недели гестации. Таким образом, во втором триместре беременности погибло 4 (57,1%) беременных женщин, а в третьем - 3 (42,9%). Особенность гинекологического анамнеза заключалась в том, что 5 (71,4%) беременных, перед возникновением данной беременности, страдали первичными либо вторичными формами бесплодия. Инфекционный анамнез был отягощен наличием частых респираторных инфекций, таких как ОРВИ и грипп. Среди них преобладали ОРВИ - 6 (85,7%) случаев, грипп - 2 (28,6%) случая, либо их сочетание в 2 (28,6%) случаях.

Сопутствующая экстрагенитальная патология в данной категории беременных определялась в 6 (85,7%) случаях. У погибших беременных от коронавирусной пневмонии в 6 (85,7%) случаях была диагностирована патология мочевыделительной системы. Эндокринные расстройства, в виде метаболического синдрома, выявлялись у 3 (42,9%) беременных. Патология сердечно-сосудистой системы определялась у каждой третьей (42,9%) погибшей. Заболевания крови, в виде железодефицитных анемий, диагностировались у 2/3 беременных (71,4%). Аллергозы в данной категории определялись у каждой пятой беременной (28,6%).

При анализе осложнений беременности в случаях, которые закончились летально, осложненное течение гестации определялось у каждой второй беременной (57,1%). Ведущей патологией беременности оказались гипертензивные нарушения (28,9%).

Ведущим симптомом болезни у всех беременных было повышение температуры тела до уровня фебрильных величин, которая появлялась сразу от момента начала заболевания. Выраженная слабость (100%) беспокоила на протяжении всей длительности заболевания. Кашель, один из ранних симптомов, определялся во всех случаях и в большинстве был сухим и малопродуктивным. Одышка, как ведущий симптом прогрессирующей пневмонии, появлялся постепенно и при поступлении в стационар сначала выявлялся у 5 (71,4%) беременных, а в дальнейшем определялся у всех погибших беременных. Боли в грудной клетке пре-

обладали у большинства (57,1%) погибших беременных. Симптомы интоксикации, выраженность которых нарастала одновременно с нарастанием одышки, были представлены такими симптомами как артралгия в 4 (57,1%) случаях, миалгия – в 3 (42,9%) случаях, головная боль – в 3 (42,9%) случаях. Токсическое поражение сердечно-сосудистой системы проявлялось тахикардией (100%) и снижением артериального давления, которое определялось в 4 (57,1%) случаях. У всех погибших беременных течение пневмонии сопровождалось ОРДС, и в последующем дыхательная недостаточность инициировала гибель беременных женщин. Комплексная терапия у данного контингента беременных начиналась с момента поступления в стационар. Этиологическое лечение использовалось во всех случаях. Умифеновир (арбидол®) использовался по 200 мг 4 раза в день у 3 (42,9%) беременных. Противовирусный препарат Циклоферон (циклоферон®) по 250 мг 1 раза в сутки парентерально назначался в 4 (57,1%) случаях. Соответственно стандарту противовирусной терапии при данной инфекции циклоферон не описан как препарат выбора. К тому же противопоказанием к его использованию является состояние беременности и лактация. В качестве стартовых антибактериальных средств использовали в большинстве случаев производные фторхинолонов (57,1%), в 2 (28,6%) случаях цефалоспорины и в одном (14,3%) случае терапия начиналась с использования карбапенемов. Дополнялась антибактериальная терапия

путем комбинации макролидов в 3 (42,9%) случаях, либо цефалоспоринами – в 3 (42,9%) случаях, либо карбапенемами – в 1 (14,3%) случае. Терапия глюкокортикоидами проводилась во всех случаях. Для этой цели использовали дексаметазон в дозировке до 24 мг в сутки. Антикоагулянтная терапия проводилась во всех случаях. Для этой цели использовались прямые антикоагулянты – гепарин в дозировках 10-25 тыс. единиц в зависимости от параметров свертывающей системы крови и проявлений ДВС. Несмотря на проводимое комплексное лечение, оно оказалось неэффективным и 7 изучаемых случаев закончились летально.

Изучая организационные и тактические аспекты ведения данного контингента беременных, были получены следующие данные. Из общего числа беременных четверо (57,1%) поступили через трое суток от момента начала заболевания, двое (28,6%) через 7 суток, а одна (14,3%) беременная поступила на 10 день заболевания. Фактор времени при коронавирусных инфекциях во время беременности имеет первостепенное значение. Поздняя госпитализация приводит к тому, что беременные поступают с тяжёлыми обширными поражениями легких и с явлениями ОРДС. При поступлении в стационар недооценка клинического состояния беременных, объёма поражения легочной ткани и проявлений ОРДС, которая на тот момент по жизненным показаниям требовала экстренного родоразрешения, способствовала затягиванию времени родоразрешения, как единственного метода выхода

Таблица 1

Временные особенности инициации смертельного исхода при летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмониях у погибших беременных

№	Длительность заболевания до госпитализации, сутки	Время родоразрешения от момента поступления в стационар, сутки	Время смерти от момента родоразрешения, сутки	Время смерти от момента поступления, сутки	Время смерти от момента начала заболевания, сутки	Время пребывания в стационаре, сутки
1	3	6	6	12	15	12
2	7	9	2	11	18	11
3	3	1	1	2	5	2
4	3	Не родоразрешена	Не родоразрешена	1	3	1
5	10	3	1	3	13	3
6	7	6	1	7	14	7
7	3	Не родоразрешена	Не родоразрешена	6	9	6
Средние значения	5,1	5,0	2,2	6,0	11,0	6,0

из возникшей критической ситуации. Так двое беременных (28,6%) погибли не родоразрешенными, одна (14,3%) была родоразрешена в течение суток от момента поступления, двое (28,6%) на 6 суток от момента поступления и одна (14,3%) на 9 суток. В среднем длительность пребывания в стационаре до момента родоразрешения составила 5 суток (табл. 1).

У троих родоразрешенных беременных гибель наступила через сутки, у одной - на 2 сутки, ещё у одной - на 6 сутки после родоразрешения. Продолжительность пребывания в стационаре до момента летального исхода колебалась от 3 часов до 12 суток, составив в среднем 6 дней. Длительность заболевания коронавирусной этиологии до момента смерти колебалось от 3 суток до 18 дней, составив в среднем 11 суток. Время пребывания в стационаре до момента летального исхода составило с колебаниями от 1 суток до 12 дней, в среднем 6 суток. Анализ причин поздней госпитализации беременных в профильный стационар показал, что значительные опоздания были обусловлены несколькими причинами. В 3 (42,9%) случаях причиной несвоевременной госпитализации явилось самолечение беременных в домашних условиях в течение 3-х суток. После резкого ухудшения состояния здоровья и появления выраженной одышки беременные обратились в стационар. В 2 (28,6%) случаях лечение осуществлялось амбулаторным звеном в течение 7-10 суток. В оставшихся 2 (28,6%) случаях первичная госпитализация беременных была проведена в непрофильные стационары, в которых погибшим беременным проводили различные виды терапий от 2 до 7 суток. Нарушение маршрутизации беременных возникло в 2 (28,6%) случаях, что затянуло госпитализацию в профильный стационар, и стало причиной ухудшения состояния и прогрессирования ОРДС.

Анализ случаев материнской смертности при тяжелых формах SARS-CoV-2 показал, что высокая патогенность данного вируса в условиях беременности и при сроке гестации с 21-ую по 36-ую неделю стало причиной острого начала, стремительно быстрого развития тяжелых форм данной инфекции, осложнившихся ОРДС, которое инициировало в дальнейшем смертельный исход.

Нарушения организационных аспектов ведения коронавирусной инфекции при беременности также способствовали фатальному исходу. В организации оказания медицинской помощи были обнаружены дефекты антенатального и стационарного уровня.

1. Амбулаторное звено:

- самолечение в домашних условиях свидетельствует о недостаточном уровне антенатального ухода,

- недооценка состояния беременных амбулаторным звеном и терапия коронавирусной инфекции в условиях амбулаторного звена отражает низкий уровень профессиональной подготовки по данному вопросу,

- нарушение маршрутизации данной категории беременных свидетельствует о низком уровне профессиональной подготовки как антенатального звена по проблеме инфекции SARS-CoV-2, так и смежных специалистов, участвующих в организации маршрутизации больных,

- поздняя госпитализация в профильный стационар является следствием вышеуказанных дефектов,

- позднее начало комплексного обследования и комплексной терапии, обусловлено вышеуказанными дефектами.

2. Стационарное звено:

- недооценка состояния беременных и клиники ОРДС в профильном стационаре при поступлении указывает на недостаточный профессиональный уровень специалистов в данном направлении,

- позднее родоразрешение в стационаре свидетельствует о тактических нарушениях в ведении беременности с тяжёлыми формами SARS-CoV-2, осложненной ОРДС у данного контингента.

Вывод. Таким образом, дефекты в оказании медицинской помощи беременным с тяжёлыми формами SARS-CoV-2, соответственно модели трёх опозданий, как причинно-следственной модели возникновения материнской смертности имеет место быть и в данной категории летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмониях:

1. Позднее принятие решения о госпитализации в профильный стационар.

2. Дефекты диагностики крайне тяжёлых и осложненных форм.

3. Позднее принятие решения об экстренном родоразрешении, как возможном единственном методе, способным изменить смертельный исход осложнений при летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмониях.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 4-8 в REFERENCES)

1. Ишан-ходжаева Ф.Р. Влияние COVID-19 на частоту преждевременных родов / Ф.Р. Ишан-ходжаева, М.Я. Камилова, М.М. Юнусова // Медицинский

вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2021. - Т. 11, № 2 (38). - С. 72-77.

2. Сандакова Е.А. Клинические особенности течения вирусных инфекций дыхательных путей у женщин во время беременности / Е.А. Сандакова, Е.А. Садовниченко, И.В. Фельдблюм // Пермский медицинский журнал. - 2012. - Т. 29, №6. - С. 30-37.

3. Синчихин С.П. Новая коронавирусная инфекция и другие респираторные вирусные заболевания у беременных: клиническая лекция / С.П. Синчихин, Л.В. Степанян, О.Б. Мамиев // Гинекология. - 2020. - Т. 22, №2. - С. 6-16

REFERENCES

1. Ishan-khodzhaeva F.R. Vliyanie COVID-19 na chastotu prezhevremennykh rodov [Impact of COVID-19 on premature rate]. *Medicinskiy vestnik Nacional'noy akademii nauk Tadzhikistana – Medical bulletin of the National Academy of sciences of Tajikistan*, 2021, vol. 11, No. 2 (38), pp. 72-77.

2. Sandakova E.A. Klinicheskie osobennosti techeniya virusnykh infektsiy dykhatelnykh putey u zhenshin vo vremya beremennosti [Feature of clinical course the infection of breathing ways in pregnant women]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm Medical Journal*, 2012, Vol. 29, No. 6, pp. 30-37.

3. Sinchikhin S.P. Novaya koronavirusnaya infektsiya i drugie respiratornye virusnye zabolevaniya u beremennykh: klinicheskaya lektsiya [The new coronavirus infection and other respiratory infection of pregnant women: clinical lecture]. *Ginekologiya - Gynecology*, 2020, Vol. 22, No. 2, pp. 6-16.

4. Chen N., Zhou M., Dong Xl. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*, 2020, No. 395, pp. 507.

5. Kash J.C., Taubenberger J.K. The Role of Viral, Host, and Secondary Bacterial Factors in Influenza Pathogenesis. *American Journal of Pathology*, 2015, Vol. 6, No. 185, pp.1528-1536.

6. Swartz D., Graham A. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARSCoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons From SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses*, 2020, pp. 1-16.

7. Zhou F., Yu T., Du R. Clinical course and risk factors for mortality of Adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort Study. *Lancet*, 2020.

8. Hantoushzade S., Aagaard K. Maternal death due to COVID -19. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2020.

ХУЛОСА

М.Ф. Давлятова, Д.Г. Каримова,
М.А. Хакназарова

ЧАНБАҲОИ ТИББИИ ИДОРАКУНИИ ПНЕВМОНИЯИ SARS-COV-2, КИ ДАР ДАВРАИ ҲОМИЛАДОРӢ БА САТҲИ ФАВТИ МОДАРӢ ТАЪСИР МЕРАСОНАНД

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши сабабҳои марғи модарон аз пневмонияи марговар бо SARS-COV-2 ҳангоми ҳомиладорӣ бо мақсади саривақт расонидани ёрии тиббӣ ба ин категорияи занони ҳомиладор.

Мавод ва методи тадқиқот. 70 зани ҳомила бо ҷараёни муътадил, вазнин ва критикии SARS-CoV-2 муоина карда шуданд. Ҳаҷми тадқиқот ба стандарти ташҳиси занони ҳомила бо сирояти कोरोनाвируси SARS-CoV-2 мувофиқ буд. Аз шумораи умумии беморони тафтишшуда 7 ҳолат (1%) бо марғ анҷом ёфт.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Чанбаҳои ташкилии вайроншудаи идоракунии тиббии пневмонияи марговари SARS-CoV-2 дар сатҳи амбулаторӣ ва статсионарӣ рух додаанд. Дар 3 ҳолат (42,9%) сабаби сари вақт бистарӣ нашудани занони ҳомила дар давоми 3 рӯз дар хона худтабобаткунии онҳо мебошад. Дар 2 ҳолат (28,6%) табобат аз ҷониби шӯъбаи амбулаторӣ дар тӯли 7-10 рӯз гузаронида шудааст. Дар 2 ҳолати дигар бошад (28,6%) бистарии ибтидоии занони ҳомиладор дар беморхонаҳои ғайритахассусӣ гузаронида шудааст, ки дар онҳо занони ҳомиладори фавтида аз 2 то 7 рӯз сипарӣ шудаанд. Вайрон кардани самт аз тарафи занони ҳомила дар 2 (28,6%) ҳолат рух додааст, ки дар беморхонаи махсус бистарӣ шудан ба таъхир афтодааст.

Ҳангоми ворид шудан ба беморхона, баҳои мувофиқ надодан ба ҳолати зани ҳомила сабаби дер таваллудкунонӣ онҳо гардидааст, ки дар 5 (71,4%) зани ҳомиладор рух додааст.

Натиҷа. Чанбаҳои ташкилии вайроншудаи идоракунии тиббии пневмонияи марговари SARS-CoV-2 аз бистарикунонии дер, ташҳиси номувофиқи ҳолати ҳакии зан ва таваллудкунонии дерина мувофиқат мекунанд.

Калимаҳои калидӣ: пневмонияи вирусӣ ва ҳомиладорӣ, сироятҳои коронавируси, SARS-CoV-2, сироятҳои вирусии роҳи нафас, фавти модарон.