ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»

УДК: 614.2:618.2/.5-082+618.33:614.1(575.3)

На правах рукописи

МИРЗАБЕКОВА БАХАРГУЛ ТОКТОРБАЕВНА

НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПОДХОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ И РОЖЕНИЦАМ ПУТЁМ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук по специальностям
3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения
3.1.1. Акушерство и гинекология

Душанбе – 2026 г.

Диссертационная работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н. Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный консультант: **Мухамадиева Саодатхон Мансуровна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н. Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Официальные оппоненты: **Додхоева Мунаввара Файзуллаевна** - доктор медицинских наук, профессор, академик Национальной академии наук Таджикистана, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Раджабзода Салохидин Раджаб - доктор медицинских наук, профессор, директор ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

Сироджиддинзода Илхом Сироджиддин - доктор медицинских наук, руководитель группы по реализации проектов Глобального фонда при МЗиСЗН РТ

Ведущее учреждение: Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева

Защита диссертации состоится «5» января 2027 г. в «13⁰⁰» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-128 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, район Сино, ул. Сино, 29-31; info@tajmedun; +992935120020.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан «_____» _____ 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета к.м.н., доцент **Джураева Н.С.**

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Снижение перинатальной и младенческой смертности относится к приоритетным направлениям государственной политики в области охраны материнства и детства. Эти показатели характеризуют не только состояние репродуктивного здоровья населения, но и доступность, качество и организацию акушерско-неонатальной помощи. Петрухин В.А. и соавт. рассматривают уровень перинатальных потерь как один из показателей качества медицинской помощи беременным и новорождённым [13].

В Таджикистане согласно Программе репродуктивного здоровья на 2019–2022 годы, её реализация содействует «устойчивому развитию репродуктивного здоровья» [5, п. 3]. Дальнейшее развитие данного направления предусмотрено Стратегией охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года, в которой охрана здоровья населения определена как «одно из приоритетных направлений политики государства» [14, с. 2]. В числе стратегических целей предусмотрено обеспечение населения «доступной и качественной медико-санитарной помощью» [14, с. 3].

Белокриницкая Т.Е. и соавт. при изучении материнских и перинатальных исходов в период пандемии COVID-19 установили, что «перинатальные потери были также статистически значимо выше (1,54 и 0,81% соответственно, $p<0,001$)» [3, с. 130]. Другую группу факторов рассматривают Беспалова О.Н. и соавт., отмечая, что «гипергомоцистеинемия является фактором риска реализации таких серьезных акушерских осложнений» [4, с. 638].

Согласно исследованию Blencowe H. и соавт., в 2015 году в мире произошло около 2,6 млн мертворождений, а глобальный показатель мертворождаемости составил 18,4 случая на 1000 родов против 24,7 в 2000 году. Несмотря на положительную динамику, авторы отмечают: «Прогресс в

снижении глобального бремени мертворождений остаётся медленным и недостаточным для достижения национальных целей» [16, с. 98].

Особого внимания заслуживает антенатальная гибель плода, при которой неблагоприятный исход нередко обусловлен сочетанием материнских заболеваний, плацентарной дисфункции и нарушений состояния плода. В литературе подчёркивается, что: «Прогнозирование и профилактика антенатальной гибели плода являются одними из наиболее сложных и актуальных проблем современного акушерства» [7, с. 23].

Значимость антенатальных потерь для Республики Таджикистан подтверждается исследованием Камиловой М.Я. и соавт., которые при сравнении родовспомогательных учреждений второго и третьего уровней установили: «Независимо от уровня стационара превалировала антенатальная смертность» [11, с. 61]. Не менее важной проблемой остаётся ранняя неонатальная смертность. Икромов Т.Ш. и соавт., анализируя данные медицинских учреждений страны, подчёркивают, что «изучение структуры неонатальной смертности остаётся необходимым условием для выявления управляемых резервов её снижения» [9, с. 9]. Икромов Т.Ш. и соавт. при анализе случаев смерти новорождённых в отдельных городах и районах республики за 2017–2021 годы и девять месяцев 2022 года установили, что «в большинстве случаев (61,5%) новорождённые умирали в раннем неонатальном периоде» [10, с. 12]. Lawn J.E. и соавт. подчёркивают, что «темпы снижения мертворождаемости остаются более медленными, чем темпы снижения материнской, неонатальной и детской смертности» [17, с. 587].

Для Таджикистана формирование единого регистра ВПР представляет собой принципиальную организационную задачу. Национальные статистические сборники необходимы для мониторинга динамики, однако они отражают преимущественно обобщённые показатели. В статистическом сборнике «Здравоохранение в Республике Таджикистан» указано: «В разделе приведены статистические данные Министерства здравоохранения и

социальной защиты населения Республики Таджикистан, характеризующие заболеваемость мужчин и женщин по различным болезням» [6, с. 10].

Подчёркиваются, что «анализ причин смерти новорождённых должен проводиться раздельно для недоношенных и доношенных детей, поскольку эти группы различаются по структуре заболеваемости, ведущим причинам неблагоприятных исходов и потенциальным точкам профилактического воздействия» [16, с. 20]. S. Aleem и Z.A. Bhutta отмечают: «инфекции во время беременности являются предотвратимой проблемой общественного здравоохранения во всём мире, причём наибольшее бремя приходится на страны с низким и средним уровнем дохода. Материнские инфекции во время беременности, особенно малярия и сифилис, являются значимыми причинами мертворождения в странах с низким и средним уровнем дохода» [15, с. 1117].

Айламазян Э.К. и соавт. рассматривают качество медицинской помощи как ключевое условие благоприятного акушерского исхода: «Показано, что основным фактором, определяющим исход беременности и родов, является качество медицинской помощи, предоставляемой женщине» [1, с. 15].

Башмакова Н.В. и соавт. подчёркивают: «Клинический аудит является прекрасным инструментом обучения и при правильном проведении не подразумевает наказания. Аудит обеспечивает непосредственную обратную связь с персоналом медицинского учреждения по вопросам лечебной практики и её применения» [2, с. 18]. Документы ВОЗ также подчёркивают, что аудит случаев мертворождения и неонатальной смерти «не должен использоваться для обвинения или наказания отдельных лиц, групп или учреждений» [18, с. 9]. Мухамадиева С.М. и соавт. указывают, что «анализ критических случаев в учреждениях и систематизация причин упущенных возможностей развития осложнений, угрожающих жизни женщин, позволили обобщить их для последующего принятия решений» [12, с. 175].

Вместе с тем, в Республике Таджикистан недостаточно изучены медико-социальные, клинико-организационные и прогностические аспекты антенатальной гибели плода и ранней неонатальной смертности, отсутствуют

комплексные научно обоснованные подходы к совершенствованию системы медицинской помощи беременным и роженицам с использованием современных технологий.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Проблема перинатальных потерь, включая антенатальную гибель плода, мертворождение и раннюю неонатальную смертность, широко представлена в мировой и отечественной научной литературе. В исследованиях рассматриваются распространённость и причины перинатальной смертности, её клинические и патофизиологические механизмы, а также медико-биологические и социальные факторы риска. Проблема перинатальных потерь, включая антенатальную гибель плода, мертворождение, раннюю неонатальную смертность и врождённые пороки развития, является предметом многочисленных исследований, как в мировой, так и в отечественной научной литературе. В работах зарубежных авторов подробно изучены эпидемиология, клинические и патофизиологические механизмы перинатальной смертности, определены основные медико-биологические и социальные факторы риска, а также предложены различные подходы к ее снижению. В последние десятилетия значительное внимание уделяется вопросам стандартизации анализа причин мертворождения, в том числе с использованием международных классификаций, таких как ReCoDe, а также внедрению технологий перинатального аудита и систем оценки качества акушерско-неонатологической помощи. Ряд исследований свидетельствует об эффективности моделей, основанных на стратификации беременных по степени риска, при организации ведения беременности и осуществлении перинатального мониторинга.

В странах СНГ, включая Республику Таджикистан, изучение перинатальных потерь в основном ограничивалось анализом статистических показателей, отдельных клинико-эпидемиологических аспектов и причин мертворождений на уровне отдельных медицинских учреждений. При этом сохраняется недостаточная изученность комплексных медико-социальных,

организационных и патоморфологических факторов антенатальной гибели плода и ранней неонатальной смертности, особенно в условиях внедрения современных технологий перинатального аудита, адаптированных с 2019–2020 гг. в рамках внедрения перинатального аудита (приказ МЗиСЗН РТ №905 от 12.11.2019г.). Недостаточно разработанными остаются вопросы стандартизации анализа причин мертворождения с использованием международной классификации ReCoDe, а также отсутствуют научно обоснованные прогностические шкалы риска антенатальной гибели плода, адаптированные к условиям системы здравоохранения Республики Таджикистан.

Вышеуказанное диктует необходимость комплексного изучения перинатальных потерь с объединением клинико-эпидемиологических, организационных и прогностических подходов, что и определило актуальность и направление настоящего исследования.

Связь исследования с программами (проектами) и научной тематикой. Диссертационная работа выполнена в рамках реализации «Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года, утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан (№414 от 30.09.2021г.), «Государственной программы репродуктивного здоровья на 2023-2027годы», утверждённой Постановлением Правительства РТ №418 от 31.08.2023 г., темы НИР кафедры акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н.ГОУ ИПОвСЗРТ «Современные аспекты репродуктивного здоровья женщин детородного возраста». № гос. регистрации**:** 0121TJ1128 . Сроки выполнения: 2020-2025 гг.

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Научно обосновать и разработать комплекс медико-организационных мероприятий, направленных на оптимизацию системы оказания медицинской помощи беременным и роженицам с

использованием современных технологий, способствующих снижению перинатальной смертности.

Задачи исследования:

1. Проанализировать частоту, динамику и структуру перинатальной смертности в Таджикистане за десятилетний период.
2. Изучить медико-социальные и организационные аспекты беременных с антенатальной гибелью плода.
3. Выявить потенциальные медико-социальные и организационные проблемы ранней неонатальной смертности.
4. Определить частоту, динамику и структуру врождённых пороков развития плода в зависимости от весовой градации.
5. Оценить фетоплацентарный комплекс у женщин с антенатальной гибелью плода для выявления предикторов неблагоприятного перинатального исхода.
6. Разработать предложения по профилактике и прогнозированию перинатальной заболеваемости и смертности, направленные на повышение качества медицинской помощи на этапе дородового наблюдения.

Объект исследования. Объектом исследования явились 576 случаев перинатальных потерь, представленные как основная группа, включающие: 310 случаев антенатальной гибели плода, 266 случаев ранней неонатальной смертности, а также 100 женщин с благоприятными перинатальными исходами, использованных в качестве группы сравнения.

Предметом исследования явились нормативно-правовые документы МЗиСЗНРТ, касающиеся охраны матери и ребёнка, регламентирующих порядок оказания медицинских услуг беременным, роженицам и родильницам, демографические показатели перинатальной смертности за период 2015–2024 годы.

Ретроспективный анализ материалов первичной медицинской документации беременных, рожениц и родильниц с перинатальными

потерями за период 2019–2023 годы. Проспективное патоморфологическое изучение 89 последов: с антенатальной гибелью плода - 64, после физиологических родов - 25, за период 2019-2023 гг. Проведён перинатальный аудит 123 случаев перинатальной смертности и перинатальный аудит 65 случаев антенатальной гибели плода с использованием классификации ReCoDe для определения причин и факторов риска за период 2022-2024 гг.. Проанализированы 54 форм №029 (карта беременной и роженицы): 34-с антенатальной гибелью плода и 20 контрольная группа, для разработки прогностической шкалы риска антенатальной гибели плода и шкалы предотвратимости дородовой смертности.

Научная новизна исследования. Впервые в Таджикистане на национальном уровне проанализированы медико-демографические показатели, динамика и структура перинатальных потерь и врождённых пороков развития плода за десятилетний период и выявлены закономерности формирования перинатальных потерь.

Установлены медико-социальные и организационные факторы риска антенатальной гибели плода и ранней неонатальной смертности на этапе дородовой помощи и в стационаре третьего уровня, отмечаются уязвимое социально-экономическое положение женщин и высокая распространённость экстрагенитальных заболеваний. Значимую роль также могут играть недостатки в организации дородового наблюдения и неонатологической помощи, а также сложности с своевременным направлением беременных групп высокого риска в медицинские организации соответствующего уровня.

Впервые в стране разработана и внедрена методология клинического перинатального аудита, основанная на использовании международной классификации ReCoDe (Relevant Condition at Death), обеспечивающая стандартизированный подход к установлению причин мертворождения и принятию управленческих решений по профилактике перинатальных потерь.

Впервые разработана и сертифицирована прогностическая шкала оценки риска антенатальной гибели плода, позволяющая выявлять беременных групп высокого риска и прогнозировать вероятные неблагоприятные исходы и планировать профилактические вмешательства на этапе дородового наблюдения.

Комплексное применение этих инструментов позволило объединить клинический и организационно-методический подход к перинатальному аудиту и оптимизации акушерско-неонатологической помощи.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Теоретическая значимость исследования заключается в расширении научных представлений о медико-социальных, клинических и организационных механизмах формирования перинатальных потерь. Сформирована научно обоснованная система управления перинатальными рисками, основанная на принципах прогнозирования, аудита и стандартизированного анализа причин перинатальных потерь.

Практическая значимость исследования определяется разработкой и внедрением комплекса современных технологий, направленных на повышение качества акушерско-неонатологической помощи и снижение предотвратимых перинатальных потерь.

Теоретические выводы позволят реализовать системный подход к совершенствованию перинатальной помощи для улучшения качества медицинских услуг, снижения перинатальной заболеваемости смертности в стране. Теоретическая значимость работы заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации диссертационной работы широко используются в учебном процессе на кафедре акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н., №2 и кафедре неонатологии ГОУ «ИПОвСЗРТ» при чтении лекций и проведении практических занятий с курсантами и клиническими ординаторами.

Разработанные методология аудита перинатальной смертности и прогностическая шкала оценки риска антенатальной гибели плода внедрены в практическую деятельность специалистов ПМСП и родильных стационаров.

Положения, выносимые на защиту

1. Перинатальная смертность, мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность в стране за изученный период имели тенденцию к снижению, и это можно расценивать как результат улучшения качества перинатальной помощи.
2. Определены и систематизированы медико-социальные, клинико-организационные и демографические факторы, связанные с антенатальной гибелью плода и ранней неонатальной смертностью; опираясь на них, группы высокого риска можно прогнозировать уже на этапе дородовой помощи.
3. Частота и структура врождённых пороков развития зависят от массы тела при рождении: у новорождённых с экстремально низкой массой тела чаще встречаются пороки центральной нервной системы, у доношенных - пороки сердечно-сосудистой системы.
4. Антенатальная гибель плода ассоциирована с сочетанием патоморфологических изменений плаценты, указывающих на нарушение маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения и на декомпенсацию функции плаценты.
5. Научно обоснована модель организации медицинской помощи беременным и роженицам на уровне дородовой и специализированной помощи. В её основе лежат прогностическая оценка риска антенатальной гибели плода и методология аудита перинатальной смертности, внедрение которых должно обеспечить снижение перинатальной заболеваемости и смертности.
6. Клинический перинатальный аудит доказал свою эффективность как инструмент оценки и повышения качества работы родовспомогательных

учреждений, ранней профилактики антенатальной гибели плода и оптимизации неотложной акушерско-неонатологической помощи.

Степень достоверности результатов работы. Достоверность диссертационного исследования обеспечена корректностью применения современных методик сбора и обработки исходной информации, правильным подбором единиц наблюдения, достаточным объемом исследуемой выборочной совокупности, непосредственным участием автора в получении исходных данных и результатов исследования, и подтверждается проверкой, обсуждением результатов исследования на международных научных конференциях, публикациями результатов в рецензируемых научных изданиях. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации полностью отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведенных исследований. Объем и статистическая обработка полученных данных являются репрезентативными.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальностям 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения: 2.1. Теоретические проблемы охраны здоровья населения и здравоохранения, теории и концепции развития здравоохранения. 2.2. Условия и образ жизни населения, его социально-гигиенические проблемы, оценка влияния условий и образа жизни на ее продолжительность и показатели здоровья и населения, формирование здорового образа жизни; 2.3. Комплексное воздействие социальных, экономических, биологических, экологических и медицинских факторов на здоровье населения, разработка мер профилактики и путей снижения неблагоприятных эффектов; 2.4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и

факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп; 2.5. Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения. Оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи; 2.8. Исследование закономерностей развития системы профилактики, разработка методологии оценки эффективности профилактических программ.

3.1.1. Акушерство и гинекология: 2.1.3. Определение состояния внутриутробного плода. Обмен веществ, дыхание и питание внутриутробного плода. Развитие органов и систем плода. Диагностика отклонений развития плода. Влияние факторов внешней среды и лекарственных веществ на плод. Коррекция нарушений состояния внутриутробного плода; 2.1.4. Выявление изменений в организме женщины при беременности. Физиологические изменения и возможные отклонения со стороны: сердечно-сосудистой системы и крови, эндокринной, иммунной систем, органов дыхания, органов пищеварения; 2.1.5. Диагностика и гигиена беременности; 2.1.6. Отклонения в течение беременности: невынашивание, недонашивание и перенашивание плода: гестозы беременных; кровотечения во время беременности; 2.1.7. Течение и ведение родов. Факторы, способствующие наступлению и поддержанию родовой деятельности; 2.1.8. Течение беременности и родов при экстрагенитальных заболеваниях. Инфекционные заболевания и беременность, заболевания сердечнососудистой системы и крови, эндокринопатии, заболевания печени, почек, органов дыхания и пищеварения. Клиника, диагностика, лечение и профилактика; 2.2.8. Вопросы организации акушерско-гинекологической помощи.

Личный вклад соискателя ученой степени. Автором самостоятельно определены цель и задачи исследования, проведен поиск и анализ мировой и отечественной литературы, сбор и анализ собственного

материала. Диссертантом разработаны рационализаторские предложения по перинатальному аудиту на антенатальном уровне и разработана шкала прогнозирования антенатальной гибели плода на этапе дородовой помощи, самостоятельной разработке анкет, статистической обработке результатов, написании диссертации и автореферата диссертации. Личный вклад соискателя составляет 90%.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены на ежегодной международной XXVI научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования» (5 ноября 2020 года), XXVII научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗРТ «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости (Душанбе, 9 октября 2021 года), ежегодной XXVIII научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения» (Душанбе, 7 ноября 2022 года), VII съезде акушер-гинекологов Таджикистана (Душанбе, 22 ноября 2022 года), ежегодной XXIX научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗРТ с международным участием «Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование - основа современной подготовки кадров здравоохранения» (27 октября 2023года), ежегодной XXX научно - практической конференции ГОУ ИПОвСЗРТ с международным участием «Медицинская наука и образование - от традиций к инновациям» (Душанбе, 11 октября 2024 года), международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», посвященной 50-летию Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребёнка» (Ташкент, 17-19 октября 2024 года), V годичной республиканской научно-практической конференции ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию Конституции Республики Таджикистан (Дангара, 29 ноября 2024 года),

заседании межкафедрального экспертного совета по хирургическим дисциплинам ГОУ ИПОвСЗ РТ (протокол № 4/1 от 17 июня 2026 года).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 30 печатных работ, из которых 15 - в рецензируемых журналах ВАК РТ и РФ, разработаны 7 учебно-методических пособий, получены удостоверения на 2 рационализаторских предложения и 1 патент.

Структура и объем и диссертации. Диссертационная работа освещена на 303 страницах компьютерного текста, написана на русском языке, состоит из введения, обзора литературы, 5 глав собственных исследований, обсуждения, выводов, практических рекомендаций, библиографии. Работа иллюстрирована 29 рисунками и 80 таблицами. Библиография состоит из 311 источников, включает 168 отечественных и 143 иностранных авторов.

Основные части исследования

Материал и методы исследования. Настоящее диссертационное исследование выполнялось в 2019-2024 годах на кафедре акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н. ГОУ ИПОвСЗРТ, являющейся базой учреждения третьего уровня «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗНРТ и выполнялась несколькими этапами.

На I - ом этапе исследования проведен обзор научных публикаций по теме диссертации и анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок оказания медицинских услуг беременным, роженицам и родильницам. На втором этапе - проанализированы медико-демографические показатели, характеризующие организацию перинатальной помощи за период 2015-2024 годы по данным официальных источников республиканского центра медицинской статистики и информации МЗСЗНРТ и формы №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным», утверждённого агентством по статистике при Президенте

Республики Таджикистан №54 от 11.11.2013 года, годовые отчеты стационара третьего уровня ГУ «НИИАГиПТ» (2015- 20-22гг.).

Методом случайной выборки по специально разработанным вопросникам проведен комплексный анализ медицинской документации (форма №029- индивидуальная карта беременной, форма №87 - обменная карта, форма №096 - история родов, карты новорождённых) 576 случаев перинатальных потерь, из которых основную группу составляли 310 беременных с антенатальной гибелью плода (Анкета №1) и 266 – матери, новорождённые, которых погибли в течение 7 суток (168 часов) после родов в стационаре третьего уровня в 2020-2023 годы. Группой сравнения явились 100 женщин с благоприятными перинатальными исходами.

Критериями включения явились документально подтверждённая антенатальная гибель плода при сроке гестации ≥22 недель; одноплодная беременность; родоразрешение в стационаре III уровня за период 2019–2023 гг.; наличие доступной первичной медицинской документации (форма №029, форма №087, форма №096). Критериями исключения: многоплодная беременность; срок гестации <22 недель; неполный пакет документации (отсутствие формы №096 и/или №029); интранатальная гибель плода (для отдельного анализа).

Критериями включения для группы с ранней неонатальной смертностью плода явились: живорождённый ребёнок, новорождённый умерший в течение первых 7 суток (168 часов) после родов в стационаре III уровня за период 2019-2023 гг.; срок гестации при рождении ≥22 недель; одноплодная беременность. Критерии исключения: многоплодная беременность; срок гестации <22 недель; антенатальная гибель плода (анализируется отдельно); смерть после 168 часов жизни.

На III этапе проведен патоморфологический анализ 89 последов (64 - при антенатальной гибели плода, 25 - после физиологических родов). На заключительном IV этапе разработана методология перинатального аудита, которая апробирована на 123 случаях перинатальной смертности

(антенатальная, интранатальная и неонатальная смертность) за период 2022-2024 гг. На этом же этапе для выявления потенциальных причин перинатальной смертности и выявления упущенных медицинских и организационных возможностей на уровне дородовой помощи и в стационаре третьего уровня проведен перинатальный аудит 65 случаев антенатальной гибели плода с использованием классификации ReCoDe (Relevant Condition at Death). Разработана прогностическая шкала риска антенатальной гибели плода на 54 случаях: 34 -антенатальная гибель плода и 20 – физиологические роды. Для оценки прогностической ценности шкалы нами была построена логистическая регрессионная модель, в которой зависимой переменной выступал исход (антенатальная гибель плода/живорождение), а независимой - категория риска (кодированная как 1 - низкий, 2 – средний и 3 – высокий).

Методология исследования: контент-анализ, метод экспертных оценок, аналитический, математико-статистический и графико-аналитический, метод организационного моделирования.

Методы исследования. У всех женщин с антенатальной гибелью плода оценивалась гравидограмма, с помощью которой выявлялась задержка внутриутробного развития плода; двухкратно проводился пренатальный скрининг (в 11-14 и 18-20 недель) и ультразвуковой скрининг (фето- и допплерометрия маточно-плацентарно-плодового кровотока). Лабораторное обследование включало: определение уровня гемоглобина в крови, бактериологический посев мочи на бессимптомную бактериурию, определение белка в моче (на наличие протеинурии).

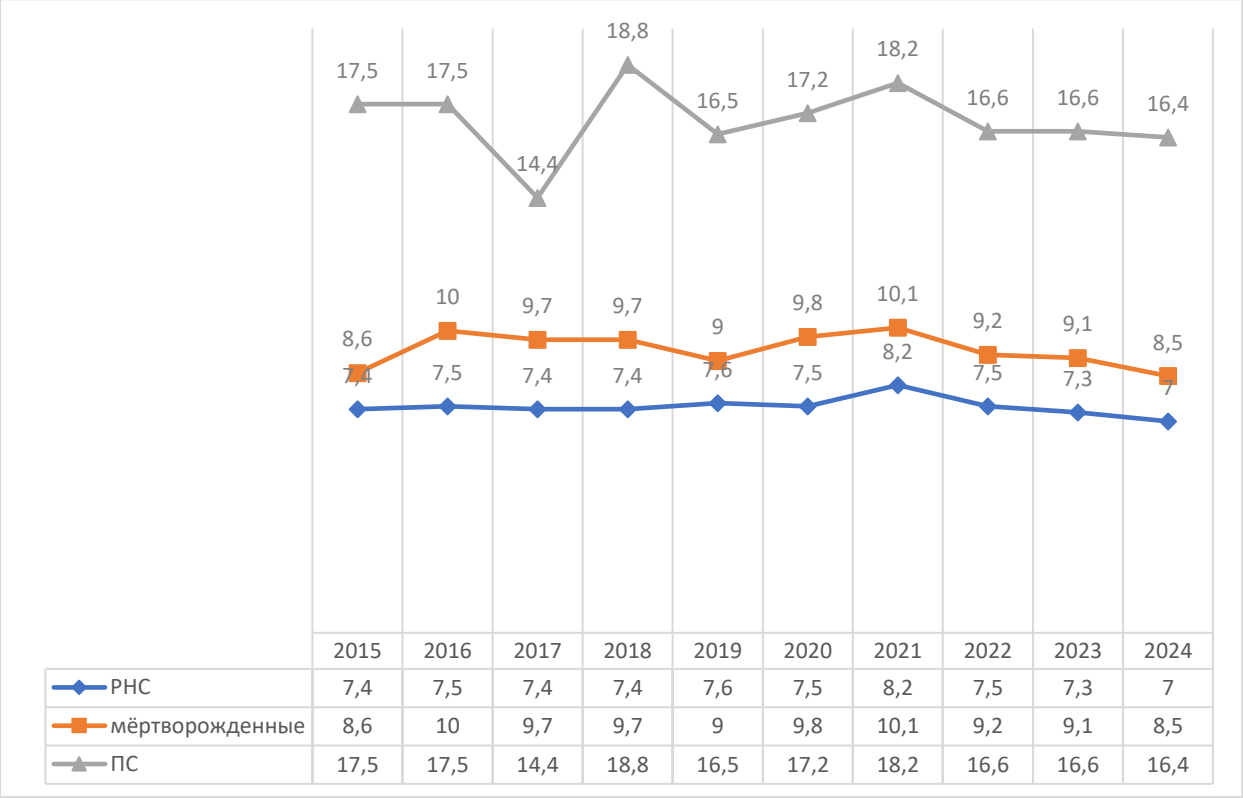
Масса тела новорождённых оценивалась согласно классификации недоношенности (ВОЗ и FIGO): экстремально низкая масса: 500–999 г; очень низкая масса: 1000–1499 г; низкая масса: 1500–2499 гр.

Статистическую обработку данных показателей динамики репродуктивных потерь и динамики врождённых потерь выполняли в программе R version 4.5.2 (R Core Team, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2025). Качественные показатели представляли в виде

абсолютных значений и долей - n (%), при этом процент рассчитывали от общего числа зарегистрированных ВПР в соответствующем году и в соответствующей весовой группе. При соблюдении условий применимости применяли критерий хи-квадрат Пирсона; при малых ожидаемых частотах, когда условия для его использования нарушались, применяли точный критерий Фишера-Фримена-Холтона с оценкой p методом Монте-Карло. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$. При разработке прогностической шкалы риска антенатальной гибели плода использовались методы разделения выборки на обучающую (70%) и валидационную (30%). Отбор предикторов проводилась методом LASSO с кросс-валидацией. Представленная шкала построена на основе β-коэффициентов логистической регрессии с преобразованием в баллы. При валидации использовались AUC ROC в обучающей и валидационной выборках, калибровочный график, чувствительность и специфичность в точке cut-off по индексу Юдена. В настоящей работе использовались доступные, информативные и апробированные методы исследования, позволяющие решить поставленные задачи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За десятилетний период (2015-2024гг.) показатель перинатальной смертности характеризовался нестабильной динамикой, однако в целом имел тенденцию к снижению с 17,5‰ в 2015 году, а в 2024 году показатель составил 16,4‰ на 1000 живорождённых ($p <0,001$). За анализируемый период также отмечено снижение ранней неонатальной смертности с 7,4‰ до 7,0‰ соответственно, что свидетельствует о повышении качества антенатального ухода беременным группы высокого риска, однако различие не достигло статистической значимости ($p=0,408$) (Рисунок 1).

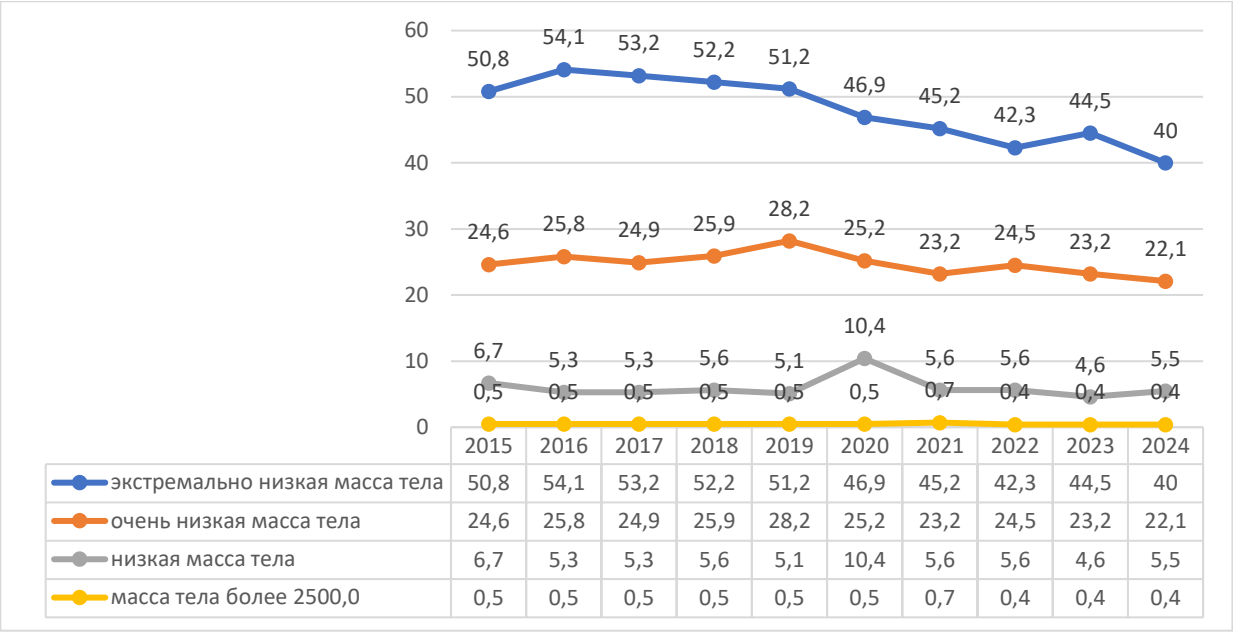


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РНС	7,4	7,5	7,4	7,4	7,6	7,5	8,2	7,5	7,3	7
мёртворожденные	8,6	10	9,7	9,7	9	9,8	10,1	9,2	9,1	8,5
ПС	17,5	17,5	14,4	18,8	16,5	17,2	18,2	16,6	16,6	16,4

Рисунок 1. - Динамика перинатальной смертности, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в Республике Таджикистан (на 1000 живорожденных)

В структуре перинатальной смертности снизилась мертворождаемость (с 8,6 до 8,5 на 1000 живорожденных соответственно) (p=0,128).

Снизились показатели мертворождений среди новорожденных с экстремально низкой массой тела в 1,3 раза (590/50,8% в 2015 году и 328/40,0% в 2024 году), среди новорождённых с очень низкой массой тела - 441/24,7%, в 2024 году- 307/22,0% (p<0,001), с низкой массой тела – 6,7%, в 2024 году – 5,5% (p<0,001) (Рисунок 2).



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
экстремально низкая масса тела	50,8	54,1	53,2	52,2	51,2	46,9	45,2	42,3	44,5	40
очень низкая масса тела	24,6	25,8	24,9	25,9	28,2	25,2	23,2	24,5	23,2	22,1
низкая масса тела	6,7	5,3	5,3	5,6	5,1	10,4	5,6	5,6	4,6	5,5
масса тела более 2500,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,4	0,4

Рисунок 2. – Динамика мертворождений среди различных весовых категорий

Анализ причин ранней неонатальной смертности в зависимости от весовой категории новорождённых за десятилетний период в стране свидетельствуют о существенной трансформации структуры причин ранней неонатальной смертности в Республике Таджикистан за последнее десятилетие.

В динамике отмечено снижение частоты отдельных причин перинатальных потерь: задержки внутриутробного развития - с 31/4,0% до 13/2,4%, внутриутробной гипоксии с 6,2 до 3,2%, внутриутробной пневмонии - с 6,8 до 4,4% (во всех случаях $p < 0,001$). Если ранее существенную роль играли предотвратимые антенатальные причины, то в настоящее время среди ведущих причин преобладают состояния, связанные с глубокой недоношенностью, морфофункциональной незрелостью организма и врождённой патологией. Их удельный вес также статистически значимо снизился: с 177/25,0% в 2015 году до 110/21,1% ($p<0,001$). Полученные данные соответствуют современным тенденциям развития неонатологии.

Установлены статистически достоверные различия в возрастной характеристике женщин с антенатальной гибелью плода по сравнению с группой женщин с благоприятными перинатальными исходами. Средний

возраст в основной группе статистически отличался от контрольной группы (28,0 ДИ 24,0 - 33,0 и 25,0 ДИ 22,0- ДИ 32,0). Более чем, каждая пятая (21,9%) беременная основной группы была позднего репродуктивного возраста, что в 6 раз больше по сравнению с беременными сравнительной группы (21,9 и 3,0% соответственно) (P<0,001*).

Повторно беременных первородящих было в 5 раз больше по сравнению с контрольной группой (22,4 и 4% соответственно) (P <0,001), Повторнородящие женщины не имели статистически значимой разницы в исследуемых группах. Многорожавших женщин было в 3,6 раза больше в контрольной группе (21,0 и 5,7% соответственно ((P <0,001*) (Таблица 1).

Таблица 1. - Паритет родов женщин изучаемых групп

Паритет	**Основная группа n=310**		**Группа сравнения n =100**		**P**
	абс	%	**Абс**	**%**	
Первобеременные первородящие	40	12,9	29	29,0	<0,001
Повторнобеременные первородящие	85	27,4	4	4,0	<0,001*
Повторнородящие	149	48,1	46	46,0	>0,05
Многорожавщие	36	11,6	21	21,0	<0,001*

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и сравнительной группами (по критерию Хи-квадрат Пирсона; * - по точному критерию Фишера).

Среди женщин с антенатальной гибелью плода отягощённый акушерский анамнез встречался в 1,6 раз чаще, чем в контрольной группе (82,9% против 52,0%; p<0,001). В анамнезе мертворождения отмечены у 34,6% женщин основной группы и у 1,9% контрольной группы (p<0,001).

Среди экстрагенитальных заболеваний анемия различной степени тяжести имела место в 2,7 раза чаще по сравнению с группой сравнения (86,1 и 31,0% соответственно (P <0,001); заболевания мочевыделительной системы - в 1,7 раза чаще (59,7 и 34,0% соответственно) (P <0,001). В группе женщин с неблагоприятным перинатальным исходом заболевания дыхательной системы

- пневмония, бронхиальная астма и бронхит - встречались чаще, чем в группе сравнения: 42,3% против 8,0% соответственно (p<0,001), что соответствует различию примерно в 5,2 раза. Варикозное расширение вен конечностей установлена у 24,8% женщин с АГП и у 3,0% женщин с благоприятным перинатальным исходом (p<0,001) (Таблица 2).

Таблица 2. – Структура экстрагенитальных заболеваний среди женщин изучаемых групп

Нозология	Основная группа n=310		Группа сравнения n=100		P
	абс	%	абс	%	
Анемия	267	86,1	31	31,0	<0,001
Гепатиты	38	12,3	12	12,0	>0,05
Заболевания МВС	185	59,7	34	34,0	<0,001
Заболевания ССС	45	14,5	2	2,0	<0,001*
Ожирение	50	16,1	4	4,0	=0,001*
Заболевания щитовидной железы	118	38,1	21	21,0	=0,002
СД	17	5,5	1	1,0	>0,05*
Варикозная болезнь	77	24,8	3	3,0	<0,001*
Заболевания дыхательной системы	131	42,3	8	8,0	<0,001*
Заболевания ЖКТ	78	25,2	9	9,0	<0,001*

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной группой и группой сравнения (по критерию Хи-квадрат Пирсона; * - по точному критерию Фишера).

Заболевания пищеварительной системы отмечены у каждой четвертой женщины (25,2%) основной группы и у 9,0% контрольной группы (p<0,001), то есть примерно в 2,8 раза чаще. Патология ССС, такие как гипертоническая болезнь и пороки сердца, диагностированы у 14,5% женщин группы с АГП и у 2,0% сравнительной группы (p<0,001), частота различалась примерно в 7,3 раза. Йоддефицитные состояния встречались в 1,8 раза чаще (38,1 и 21,0% соответственно) (P=0,002).

Из контрацептивного анамнеза установлено, что в прошлом среди женщины с антенатальной гибелью плода не использовали контрацептивы в 1,3 раза больше (67,1 и 55,0% соответственно) (Р <0,005).

Немаловажным фактором риска АГП явилась TORCH инфекция, которая выявлялась значительно чаще у женщин основной группы, чем контрольной: 40,6% против 1,0% соответственно (p<0,001). Это различие указывает на возможную связь TORCH-инфекции с риском антенатальной гибели плода.

Среди нарушений во время беременности тяжелая преэклампсия в группе беременных с мертворождением установлено в 3,8 раза чаще чем в группе сравнения (22,9 и 6,0% соответственно) (Р <0,001). Хроническая гипертензия - в 9 раз чаще (18,4 и 2,0% соответственно р <0,001).

Как представлено на рисунке 3 в 17,4% случаев причиной антенатальной гибели плода стала преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и предлежание плаценты - 1,9% (Рисунок 3).

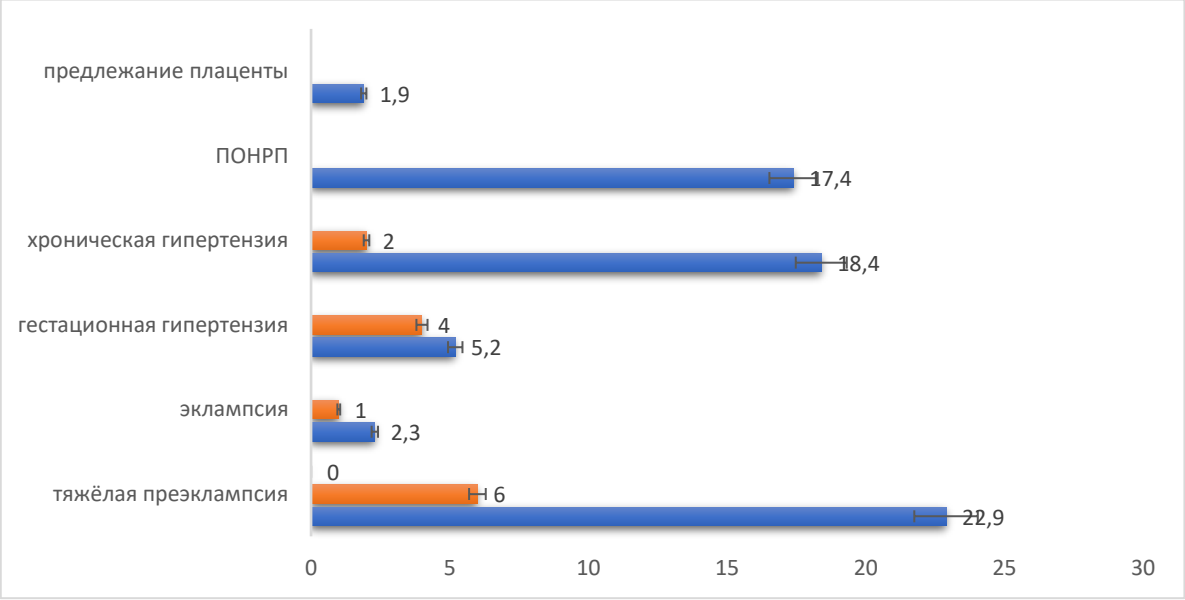


Рисунок 3. - Гестационные осложнения во время беременности

Анализ медицинской документации свидетельствовал, что только 59,4% женщин с антенатальной гибелью плода состояли на диспансерном учёте по беременности, что в 1,4 раза реже по сравнению с группой сравнения (82,0%) (Р <0,001). Из числа охваченных наблюдением ранний охват беременных (до

12 недель) в основной группе составил 83/45,1%, что 1,5 раза меньше по сравнению с группой сравнения 68,3% (Р <0,001).

Женщины, у которых беременность завершилась антенатальной гибелью плода, посещали медперсонал не более 4 раз, что в 5,2 раза больше по сравнению с женщинами с благоприятными перинатальными исходами (63,6 и 12,2% соответственно) (р <0,001). Около половины женщин обеих групп наблюдались в районных центрах репродуктивного здоровья: 50,0% - в основной группе и 48,8% - в контрольной. Статистически значимых различий между группами не выявлено (р>0,05). Скрининг на бессимптомную бактериурию, был выполнен в основной группе в 2 раза меньше по сравнению с контрольной - 43,5 и 87,7% соответственно (Р <0,001*). Этот факт свидетельствует о возможной причине инфицирования плода и повлиять на перинатальные исходы. Определение белка в моче (наличие протеинурии) является обязательным при повторном визите (18-20 недель). В основной группе оно определено в 1,4 раза меньше по сравнению с группой сравнения - 71,2 и 100,0% соответственно (р<0,001*). Этот признак указывает на нарушение работы почечных фильтров, в частности, на заболевания почек, инфекции или преэклампсии.

С целью профилактики ВПР ЦНС в основной группе фолиевую кислоту (400 мг) применяли в 2,6 раза реже чем в группе сравнения (26,7 и 73,2% соответственно (р <0,001).

Среди беременных основной группы ультразвуковой скрининг, был проведен в 1,5 раза меньше, чем в группе сравнения - 53,3 и 80,5% (р <0,001). Ультразвуковой скрининг в сроке 18-20 недель, был выполнен у 58,7% женщин основной группы, что в 1,7 раза меньше чем в группе сравнения (100,0%) (р<0,001*).

Врождённые пороки развития плода выявлены у 9,2% беременных только основной группы. Выслушивание сердцебиения плода при третьем посещении, предусмотренном примерно на 26-й неделе беременности,

проводилось реже в основной группе: 77,7% против 100,0% в группе сравнения (p <0,001).

Гравидограмма, которую начинают заполнять на втором визите и оценивают при последующих двух наблюдений, также использовалась реже: у 46,2% женщин основной группы и у 95,1% женщин группы сравнения (p <0,001).

Профилактика анемии препаратами сульфата железа в дозе 60 мг проводилась у 85,3% беременных основной группы, а в сравнительной - 100,0% (p<0,001). Частота медико-генетического консультирования женщин с близкородственным браком и отягощённым акушерским анамнезом статистически значимо не различалась между группами: 12,5% и 15,9% соответственно (p >0,05).

Установлено, что среди женщин антенатальной гибелью плода осмотрены урологом в 1,7 раза меньше (85,4 и 50,0% соответственно (p<0,001), эндокринологом в 1,5 раза - 47,8 и 75,6% соответственно (p<0,001), кардиологом в 1,8 раза - 57,1 и 100,0% соответственно (p<0,001*), консультантом акушер-гинекологом в 1,7 раза - 56,5 и 100,0% соответственно (p<0,001*).

Как среди женщин основной группы, так и группы сравнения поступили в стационар в сопровождении родственников - 86,5 и 94,0% соответственно (p=0,048*), при этом с сопроводительным направлением в 2,2 раза меньше - 26,8 и 60,0% (p <0,001).

Установлено, что в основной группе беременность закончилась преждевременно (22-36 недель беременности) у более половины обследованных (59,0%), что в 3,3 раза чаще по сравнению с группой сравнения (18,0%) (p <0,001).

Анализ данных историй родов показал, что со спонтанным началом родовой деятельности в основной группе поступили 64,2% рожениц, в группе сравнения 79,0% (p=0,006). В группе женщин с антенатальной гибелью плода

путем кесарева сечения родоразрешены в 4,5 раза больше женщин по сравнению с контрольной группой (18,4 и 4,0% соответственно) (p<0,001*).

Анализом установлено, что в каждом пятом случае (20,6%) мертворождений диагностировано маловодие, что в 6,8 раза чаще по сравнению с контрольной группой (3/3,0%) (p <0,001*) (Рисунок 4.).

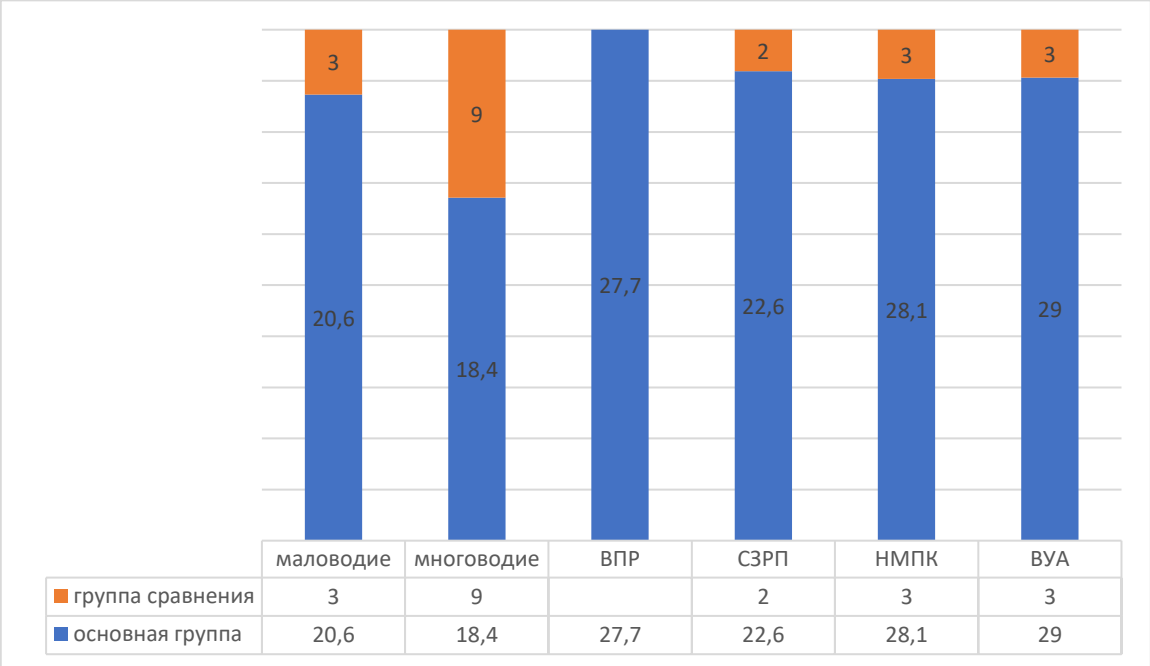


Рисунок 4. - Причины антенатальной гибели плода связанных с плодом

Многоводие - в 2 раза чаще (18,4 и 9/9,0% соответственно (p=0,028*), нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМПК) - в 9,3 раза чаще (28,1 и 3,0% соответственно) (p <0,001*). Синдром задержки развития плода (СЗРП), который превалировал в основной группе (22,6%) более, чем в 11 раз по отношению к группе сравнения - 2,0% (p<0,001*), внутриутробная асфиксия плода (ВУА) в 10 раз больше (29,0% и 3,0% соответственно)(p<0,001*).

Исследование показало, что ВПР установлен у 27,7% новорождённых основной группы. Анализ данных причин АГП, связанных с матерью, установил, что почти у каждой четвертой беременной исследуемой группы (24,2%) диагностирована ПОНРП (Рисунок 5).

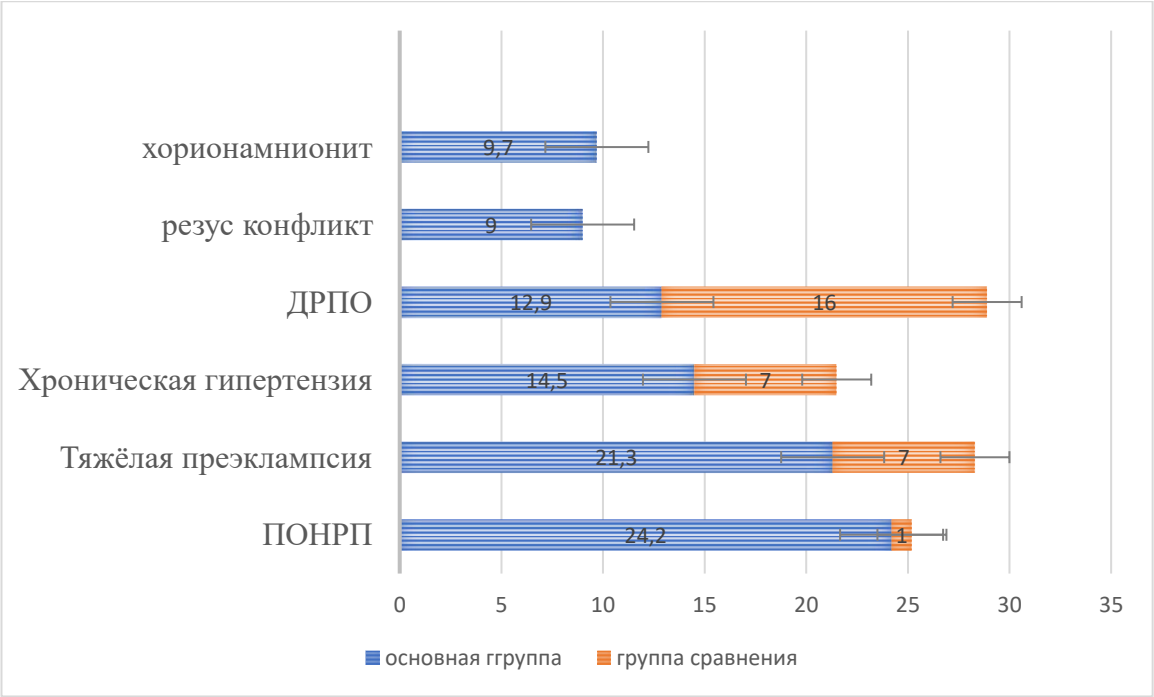


Рисунок 5. - Причины антенатальной гибели плода, связанные с матерью

Тяжёлая преэклампсия в основной группе диагностирована в 3 раза чаще по сравнению с контрольной (21,3 и 7,0% соответственно) (p=0,001*), хроническая гипертензия в 2 раза чаще (14,5 и 7,0% соответственно) (p=0,047*). Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) в сравниваемых группах не имел статистически достоверных различий (12,9% и 16,0% соответственно) (P>0,05). Резус-конфликт и хорионамнионит установлены только в группе женщин с антенатальной гибелью плода (9,0 и 9,7% соответственно).

Из 310 мертворожденных 60,2% младенцев родились недоношенными, остальные 40,0% - доношенными.

Установлено, что средний вес мертворожденных младенцев составил 2010,0 грамм, а живорождённых – 3200,0 грамм (p<0,001**).

В основной группе средний вес новорождённых был в 1,6 раза меньше по сравнению с контрольной. Средний показатель роста новорождённых в основной группе установлен в пределах 44,0см., при этом в контрольной группе составил 50,0см., что достоверно отличался в сравниваемых группах (p <0,001**) (Таблика 3).

Таблица 3. - Весовая и ростовая градация исследуемых новорождённых

Вес	Основная группа n=310		Группа сравнения n=100		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Экстремально низкая масса (500,0-999,0 гр.)	43	13,9	0	0	
Очень низкая масса (1000,0-1499,0 гр.)	57	18,4	2	2,0	<0,001*
Низкая масса (1500,0-2499,0 гр.)	87	28,1	7	7,0	<0,001*
Масса 2500,0 грамм и более	123	39,7	91	91,0	<0,001*

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной группой и группой сравнения (по критерию Хи-квадрат Пирсона; * - по точному критерию Фишера; ** - по критерию Манна-Уитни).

С экстремально низкой массой тела родились 23,0% детей, только в основной группе. Младенцев с очень низкой массой тела было в 9 раз больше в основной группе по сравнению с контрольной (18,3 и 2,0% соответственно) ($p<0,001$*); с низкой массой тела - в 4 раза больше (28,1 и 7,0% соответственно) ($p<0,001$*). Весовая градация новорождённых более 2500,0 грамм в группе мертворожденных была в 2,3 раза меньше по сравнению с группой с благоприятным перинатальным исходом (39,4 и 91,0% соответственно ($p<0,001$*).

Синдром задержки развития плода (СЗРП) в группе с АГП установлен в 11,3 раза больше чем в группе сравнения (22,6 и 2,0% соответственно) ($p<0,001$*). Внутриутробная асфиксия плода (ВУА) имела место в 9,6 раза больше по сравнению с контрольной группой (29,0 и 3,0% соответственно) ($p<0,001$*). С врождёнными пороками развития плода (ВПР) родились 27,7% детей только в группе с антенатальной гибелью плода.

Медико-социальные аспекты ранней неонатальной смертности плода.

Анализ данных исследования показал, что как в основной, так и в контрольной группе, большинство женщин находились в активном репродуктивном возрасте (48,4 и 51% соответственно) ($p>0,05$), при этом, в

возрастной группе 25-29 лет их было в 1,3 раза больше чем в группе сравнения (30,4 и 23% соответственно)(p<0,001). В позднем репродуктивном возрасте (35 и более лет) находились 17,2% женщин, что в 4,3 раза больше по сравнению с контрольной группой (4,0%) (p<0,001**)

Установлено, что в обеих исследуемых группах преобладала доля жительниц районов республиканского подчинения (66,5% и 50,0% соответственно (p=0,004).

Многорожавших женщин в группе с РНС было в 5,2 раза больше по сравнению с контрольной группой (21,0 и 4,0% соответственно) (p<0,001*).

Установлено, что первобеременные первородящие в основной группе составили 38,0%, что в 1,3 раза больше по сравнению с контрольной группой (29,0%) (p>0,05). Повторнобеременных первородящих в группе с ранней неонатальной смертностью в 2,8 раза превышали женщин сравнительной группы (11,3 и 4,0% соответственно) (p=0,041*). Женщин с повторными родами в анамнезе в обеих исследуемых группах достоверно не отличались (46,6% и 45,0%) (P>0,05).

Анамнез женщин изучаемых групп был отягощен абортами и выкидышами (64,4 и 51,0% соответственно) (p>0,05), в основной же группе каждая четвертая женщина (24,4%) указали в анамнезе на мертворождения, тогда как в группе сравнения – установлен только (1,0%) случай (p<0,001*).

Тяжелая преэклампсия в анамнезе установлена в 3 раза больше по сравнению с группой сравнения (18,4 и 6,0% соответственно) (p=0,003), хронической гипертензией – в 4,5 раза больше (9,0 и 2,0% соответственно) (p=0,021), гестационной гипертензией в 2,6 раза больше (10,5 и 4,0% соответственно (p>0,05). Эклампсия была зарегистрирована в основной группе в 2,6% случаев, а в группе сравнения - в (1,0%) (p>0,05). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и предлежание плаценты в прошлом имели место только в основной группе (8,6 и 1,5% соответственно).

Анализ контрацептивного анамнеза показал статистически достоверные различия в исследуемых группах, при этом в основной группе в 4 раза меньше использовали в прошлом различные виды контрацепции по сравнению с контрольной группой (10,9 и 45,0% соответственно) ($p<0,001$).

Среди экстрагенитальных заболеваний анемия различной степени тяжести у беременных с РНС выявлены у 83,0%, что в 2,7 раза чаще по сравнению с женщинами контрольной группы (31,0%) ($p<0,001$).

Патология почек и мочевого пузыря в обеих группах не имели значимой статистически достоверной разницы (40,2 и 34,0%) ($p>0,05$). Болезни ССС в группе с ранней неонатальной смертностью отмечены у 16,9% беременных, которых было больше в 8 раз по отношению к женщинам с благоприятными перинатальными исходами 2,0% ($p<0,001$*). Страдали ожирением в 4,7 раза чаще чем в группе сравнения (18,8 и 4,05 соответственно) ($p<0,001$*), варикозной болезнью в 4,5 раза (13,5 и 3,0% соответственно) ($p=0,002$*), заболеваниями желудочно-кишечного тракта - в 1,7 раза (15,4 и 9,0% соответственно) ($p>0,05$*). Йоддефицитные состояния среди женщин изучаемых групп встречались одинаково (21,8 и 21,0% соответственно) ($p>0,05$).

Анализируя карты беременных на антенатальном уровне (Форма №029), установлено, что беременных состоявших на диспансерном учете по беременности в группе с РНС было статистически достоверно ($p<0,001$) в 2 раза меньше, чем в контрольной группе (39,5 и 82,0% соответственно).

Установлено, что из числа беременных исследуемой группы, которые состояли на учёте, 61,0% наблюдались в МДЗ, что в 5 раз больше по сравнению с беременными группы сравнения (12,2%)($P<0,001$).

Сравнительный анализ показал, что ранний охват (до 12 недель беременности) в основной группе был в 1,4 раза меньше чем в группе сравнения (47,6 и 68,3% соответственно ($p=0,005$).

Установлено, что в период настоящей беременности 64,8% женщин из основной группы всего 1-4 раза посетили медперсонал, что в 5,3 раза больше по сравнению с группой сравнения (12,2%) (p<0,001).

Женщины группы сравнения принимали фолиевою кислоту с целью профилактики врождённых пороков развития плода (400мг) до 12 недель беременности в 17,7 раз больше по сравнению с основной группой (4,8 и 85,3% соответственно) (p<0,001). Консультирование беременных об опасных симптомах в основной группе проведено в 1,8 раза меньше чем в группе сравнения (52,4 и 98,8% соответственно) (p<0,001*). Консультирование беременных с экстрагенитальной патологией проведено в 2,8 раза меньше по сравнению с группой сравнения (34,3 и 96,3% соответственно) (p<0,001*).

Медико-генетическая консультация беременных в группе с АГП проведена в 1,9% случаев, которое в 8,3 раза меньше, группы женщин с физиологическим течением беременности и родов -15,9% (p<0,001*).

По данным Формы №029, выявлено, что анализ на бессимптомную бактериурию проведено у 81,9% женщин группы с АГП, а в группе сравнения у 100,0% (p<0,001). Лечение выявленной бактериурии получили 11,4% пациенток основной группы, тогда как в группе с благоприятными перинатальными исходами этот показатель составил 58,8% (p <0,001).

Обследование уровня глюкозы крови с целью выявления гестационного сахарного диабета проводилось реже в основной группе: 1,0% против 29,3% в группе сравнения (p=0,011).

Заполнение и оценка гравидограммы также реже отмечались в основной группе - в 60,0% случаев против 95,1% в группе сравнения (p <0,001). При изменённых показателях гравидограммы профилактические меры были приняты в 24 случаях (22,9%).

Согласно национальным стандартам по ведению физиологической беременности, первый ультразвуковой скрининг (11-14 недель) для своевременной диагностики врождённых пороков развития плода в основной группе проведен в 2,1 раза меньше по сравнению с группой сравнения (47,6 и

100,0% соответственно) (p<0,001), второй пренатальный ультразвуковой скрининг (18-20 недель) - в 1,4 раза меньше (72,4 и 100% соответственно (p<0,001*). Врождённые пороки развития плода были выявлены в 9,2% случаев у беременных женщин с ранней неонатальной смертностью.

С целью выявления нарушений кровотока в плаценте допплерометрия в основной группе была проведена в 60,0% случаев, тогда как в группе сравнения в 1,6 раза больше, то есть в 100% (p<0,001).

Урологом обследованы 24,8% беременных основной группы, что в 1,3 раза меньше, чем женщин с благоприятными перинатальными исходами (85,4%) (p<0,001), эндокринологом консультированы в 4 раза (47,8 и 75,6%) (p<0,001), терапевтом в 1,4 раза (68,6 и 100,0% соответственно (p<0,001), кардиологом - только 2,9% женщин, тогда как в группе сравнения все (100,0%) (p<0,001).

Одним из критериев качества оказания медицинских услуг является соблюдение принципов маршрутизации беременных и рожениц высокого риска. Исследование показало, что более 90,0% всех беременных поступили в родильные дома сами (93,6 и 94,0%) в сопровождении родственников (p>0,05*). Поступивших в стационар с направлением в группе с РНС составили 21,4% обследованных, в группе сравнения - 60,0% (p<0,001). При этом, большинство беременных (71,1%) с ранней неонатальной смертностью поступили в субботу и воскресенье, что в 2,4 раза больше, чем в группе сравнения (30,0%) (p <0,001), в ночное время в 1,8 раза больше (79,3 и 44,0% соответственно) (p <0,001).

Из материалов историй родов установлено, что беременные со спонтанным началом родовой деятельности поступили в стационар в основной группе в 58,6% случаев, что в 1,4 раза меньше, чем в группе сравнения - 81,0% (p<0,001). Без родовой деятельности с последующим родовозбуждением в группе с РНС родили 29,3% женщин, что составило в 1,7 раза чаще чем в группе сравнения (17,0%) (p=0,017), а родостоимуляция была только в основной группе в 16/6,0% случаев.

Статистически достоверно количество женщин родоразрешенных абдоминальным путем было в 3 раза выше (12,0 и 4,0% соответственно (p=0,028*).

Среди гестационных осложнений тяжёлая преэклампсия в основной группе диагностирован у 21,1% беременных, а в сравнительной группе только 7,0% (p=0,001*). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты выявлена у 18,4% респонденток, тогда как в контрольной группе у 1,0% (p<0,001*).

Умеренная преэклампсия отмечена в 7,0% обследованных женщин с РНС в противовес группой сравнения - 3,8% (p>0,05*).

В основной группе резус-конфликт диагностирован в 3,0% случаев, хорионамнионит – в 9,0% женщин.

В основной группе младенцев, родившихся в удовлетворительном состоянии (7-9 баллов) было в 10 раз меньше по сравнению с группой сравнения (8,6 и 86,0% соответственно) (p<0,001). Младенцы, рождённые в асфиксии средней степени тяжести (4-6 баллов) в основной группе составляли в 3,5 раза больше чем в группе сравнения (49,6 и 14,0% соответственно) (p<0,001). В асфиксии тяжёлой степени (0 - 3 балла) родились только в основной группе (41,7%).

После проведённых лечебно-реанимационных мероприятий, в основной группе, младенцев, родившихся в асфиксии тяжелой степени (0-3 балла) на 5 минуте уменьшились в 1,7 раза (41,7 и 23,7% соответственно) (p<0,001).

На пятой минуте жизни оценку 8–9 баллов по шкале Апгар получили 75/28,2% новорождённых, это число было в 3,2 раза выше, чем среди детей, получивших такую оценку на первой минуте жизни - 23/8,6% (p <0,001). Не выявлено статистически значимых различий у новорождённых с асфиксией средней степени тяжести (4-6 баллов) как в первой, так и на пятой минуте жизни (49,6 и 48,1% соответственно) (p>0,05).

Количество детей, родившихся в удовлетворительном состоянии (7-9 баллов), через 5 минут увеличилось в 3,3 раза (8,6 и 28,2% соответственно).

Исследованием установлено высокая частота причин ранней неонатальной смертности, связанных с плодом, где на первый план выходят ДРПО, который в основной группе произошел в 5 раз больше у женщин группы сравнения (30,1 и 6,0% соответственно) (p<0,001*). Нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока имело место в 8,6 раза больше чем в группе сравнения (25,9 и 3,0% соответственно (p<0,001*).

Синдром задержки развития плода (СЗРП) в группе с РНС выявлен у 24,4% новорождённых, при этом в сравниваемой группе только в 2,0% (p<0,001*) (Таблица 4.).

Таблица 4. - Причины ранней неонатальной смертности, связанные с плодом

Причина	Основная группа n=266		Контрольная группа n=100		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Маловодие	32	12,0	3	3,0	=0,008*
многоводие	39	14,7	9	9,0	>0,05*
СЗРП	65	24,4	2	2,0	<0,001*
ДРПО	80	30,1	6	6,0	<0,001*
НМПК	69	25,9	3	3,0	<0,001*
ВУА	55	20,7	3	3,0	<0,001*
Тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода	38	14,3	25	25,0	=0,015*

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и сравнительной группами (по критерию Хи-квадрат; * - по критерию Фишера; ** - по критерию Манна-Уитни).

ВУА плода в изучаемой группе отмечена в 20,7% случаев, что статистически достоверно почти в 7 раз больше, чем в группе контроля -3,0% (p<0,001*). Маловодие наблюдалось у 12,0% беременных основной группы, контрольной - 3,0% (p=0,008*); многоводие в 1,6 раза чаще в сравниваемой группе (14,7 и 9,0% соответственно) (p>0,05*). При ведении родов партограмма в реальном времени была заполнена в 1,3 раза меньше, в которой

не регистрировалось сердцебиение плода (74,8%) по сравнению с контрольной группой (100,0% соответственно) (p<0,001). Установлено, что 26,6% беременных были родоразрешены в следствии дистресса плода.

Исследование показало, что доношенных новорождённых основной группы составили 12,8%, в сравнительной более 90,0% (91,0%) (p<0,001*), недоношенные - в 9,6 раза меньше (87,2 и 9,0% соответственно) (p<0,001*).

С экстремально низкой массой тела (500,0-999,0 гр.) новорождённых было только в основной группе и являлись каждым пятым ребёнком (51/21,8%) среди недоношенных детей (Таблица 5.).

Таблица 5. - Весовая градация новорождённых исследуемых групп

Вес	Основная группа n=266		Группа сравнения n=100		P
	Абс.	%	Абс.	%	
500-999 гр.	51	19,2	-	-	
1000-1499гр.	85	32,0	2	2,0	<0,001*
1500-2499 гр.	96	36,1	7	7,0	<0,001*
2500 гр. и более	34	12,8	91	91,0	<0,001*

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию Хи-квадрат; * - по критерию Фишера).

С очень низкой массой тела (1000-1499гр.) в основной группе было в 1,4 раза больше по сравнению с контрольной группой (32,0 и 22,2% соответственно) (p<0,001); с низкой массой тела - в 1,9 раза меньше (41,2 и 77,7% соответственно) (p<0,001)

Среди новорождённых, погибших в раннем неонатальном периоде, энцефалопатия установлена в 44,7% случаев, в сравнительной - 4,0% (p<0,001).

Внутриутробная асфиксия плода имела место в 9 раз больше по сравнению с группой сравнения (24,4 и 5,0% соответственно (p<0,001).

Среди новорождённых основной группы врождённые пороки развития плода (ВПР) диагностированы почти в каждом четвертом случае (24,8%).

Внутриутробная пневмония, диагностированная в 21,0% случаев в основной группе, в контрольной имела место только в 1,0% случаев (р <0,001), аспирация мекониальными водами в основной группе диагностирована в 16,2% случаев, тогда как в контрольной группе в 1,0% случаев (р<0,001). Синдром дыхательных расстройств (СДР) установлен у каждого десятого младенца (10,5%) основной группы и кровоизлияние в мозг 3-4 степени также только в основной группе (8,3%).

Показаны единичные нозологические величины, наблюдавшихся только в основной группе исследования, такие как ДВС синдром - 5,6%, некротический энтероколит – 3,0% и склерема –1,5%.

Гемолитическая болезнь новорождённого (ГБН) в основной группе диагностирован в 4,1% случаев, тогда как в контрольной в группе – только в 1,0% случае.

Анализ лечебно-профилактических мероприятий, направленных на стабилизацию состояния детей основной группы, показал, что реанимация новорождённых проведена в 80,8% случаев, при этом в 40,2% новорождённых были интубированы и во всех случаях проведена адекватная коррекция жизненно важных показателей проведена во всех случаях.

В первые сутки жизни погибли 42,5% новорождённых (1 сутки 14 часов 36 минут) на 2-3 сутки - 38,7% и проживших от 4 до 7 суток составили 18,8% новорождённых (ДИ- 10 часов 30 минут - 3 сутки 12 часов 30 минут).

Проспективное исследование плацент показало, что при антенатальной гибели плода каждая вторая из них имели массу 200,0 – 300,0 грамм (50,1%), в контрольной группе (4,0%) (р<0,001), более одной трети (37,5%) – 400 грамм, тогда как в контрольной группе они встречались в 8,0% случаев соответственно, р=0,008) Напротив, плаценты с физиологической массой 500-600 гр. в основной группе встречались значительно реже - 12,5%, тогда как среди женщин с благоприятным перинатальным исходом они выявлены в 88,0% случаях (р<0,001). Плацента с объёмом 500,0-600,0 гр. антенатально погибших плодов было в 53,1% случаев, что в 1,4 раза меньше

по сравнению с группой контроля 76,0% (p=0,039); 400,0- 499,0 грамм - в 1,7 раза больше в основной группе по сравнению с контрольной (40,6% и 24,0% соответственно) (p>0,05), что свидетельствует об отечном состоянии плаценты. Следует отметить, что объем плацент 200-300 см³ наблюдался исключительно в основной группе (6,3%). Несоответствие между малой массой и относительно сохраненным объемом плаценты позволяет предположить наличие выраженного интерстициального отека ворсинчатого дерева, что является характерным проявлением хронической плацентарной недостаточности. Иизменения в структуре и функции плаценты могут служить индикаторами различных осложнений беременности, например, увеличение толщины плаценты может указывать на наличие диабета у матери, в то время как уменьшение ее массы может свидетельствовать о недостаточном кровоснабжении. Важно отметить, что ранняя диагностика и мониторинг состояния плаценты могут помочь в предотвращении неблагоприятных исходов беременности.

Макроскопическая картина материнской стороны плацентарной ткани в группе с антенатальной гибелью плода свидетельствовала, что гематомы в материнской стороне отмечены в 18,8% последов, в группе контроля - 4,0% (p>0,05). Множественные кальцинаты визуализировались в 56,3% случаев, что статистически достоверно 4,7 раза больше, чем последов контрольной группы - 12,0% (p<0,001) (таблица 6).

Таблица 6. - Макроскопическая картина материнской стороны плаценты обследованных групп

Описание	Основная группа n=64		Контрольная группа n=25		p
	абс.	%	абс.	%	
Гематома	12	18,8	1	4,0	>0,05
Кальцинаты	36	56,3	3	12,0	<0,001
Сероватая окраска	50	78,1	1	4,0	<0,001
Красно-багровая окраска	14	21,9	24	96,0	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по точному критерию Фишера; * - по критерию Хи-квадрат).

Выраженное увеличение количества кальцинатов является морфологическим проявлением преждевременного старения плаценты, возникающего вследствие хронической ишемии и оксидативного стресса.

Установлено, что 78,1% плацент антенатально погибших плодов имели сероватую окраску, контрольной группе - 4,0% (p<0,001). При благоприятных перинатальных исходах 96,0% плацент были представлен красно- багровым цветом, а в основной группе только каждая пятая (21,9%) (p<0,001).

Макроскопическая картина плодовой стороны плацентарной ткани основной группы установила, что серо-зелёный цвет был у 28,1% последов, в группе контроля - 100,0% (p<0,001) и желто-зеленый (71,8%) был только в случаях мертворождения.

Установлено, что плодовая сторона плаценты с антенатальными потерями представлена множественными извитыми сосудами в 43,8% случаев, что характерно для хронического нарушения кровообращения в системе маточно-плацентарного кровотока, что в 2,7 раза превышают данную картину по сравнению с матерями с физиологическим течением беременности и родов (16,0%) соответственно (p=0,015).

Микроскопическое исследование позволило выявить многочисленные нарушения структуры ворсинчатого дерева и сосудистого русла плаценты. При этом в 59,4% случаев основной группы наблюдались некроз ворсинок хориона, в контрольной группе данный показатель установлен в 4,0% (p<0,001), что достоверно доказывает длительные ишемические изменения в плаценте ведущая к хроническим маточно-плодово-плацентарным нарушениям.

Аваскурилизованные ворсины хориона в группе последов с мертворождениями установлены в 92,2% случаев, что в 5,7 раза больше по сравнению с контрольной группой (16,0%) (p<0,001). Тромбоз сосудов

хориона в основной группе установлен в 87,5% случаев, что в 3,6 раза больше соответственно с контрольной группой (24,0%) (p<0,001) (Таблица 7.).

Таблица 7. - Патогистологические изменения плаценты исследуемых групп

Описание	Основная группа n=64		Контрольная группа n=25		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Некроз ворсинок хориона	38	59,4	1	4,0	<0,001
Тромбоз сосудов хориона	56	87,5	6	24,0	<0,001
Аваскурилизированные ворсины	59	92,2	4	16,0	<0,001
Амнионит, хорионамнионит	38	59,4	1	4,0	<0,001
Межворсинчатые кровоизлияния	47	73,4	2	8,0	<0,001
Множественные ишемические инфаркты	36	56,3	1	4,0	<0,001
Полнокровные сосуды	12	18,8	25	100	<0,05

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

Множественные ишемические инфаркты в основной группе в 56,3% случаев, тогда как в контрольной группе отмечен в 4,0% (p <0,001). Хорионамнионит и амнионит в основной группе установлен в 59,4% случаев, что статистически достоверно в противовес группе с благоприятным перинатальным исходом - 4,0% (p<0,001). Наличие межворсинчатых кровоизлияний в основной группе установлены почти в 9 раз больше, чем в контрольной (73,4 и 8,0% соответственно p<0,001).

Для решения поставленной задачи в диссертационной работе нами разработаны предложения по профилактике и прогнозированию перинатальной заболеваемости и смертности, направленные на повышение качества медицинской помощи на всех этапах родовспомогательных учреждений.

Для достижения поставленной цели нами разработан «Способ оценки методологии аудита перинатальной смертности в системе перинатальных

направлений» (получено удостоверение №000565 от 22.04.2025г. на рационализаторское предложение).

Расследование отдельных случаев смерти позволит выявить глубинные причины, обусловившие такой исход, и понять, что необходимо сделать, чтобы предотвратить аналогичные случаи в будущем.

Методика аудита перинатальной смертности, разработанная с учётом основных направлений перинатальной помощи, включает оценочную карту из четырёх разделов и 33 вопросов. Вопросы охватывают следующие аспекты: 1) организацию аудита; 2) работу аудиторской группы и распределение обязанностей между её участниками; 3) порядок проведения заседаний; 4) взаимодействие группы с администрацией, медицинским коллективом и другими учреждениями.

Для оценивания внедрения и применения методологии перинатального аудита была разработана балльная карта мониторинга. В ней использовалась шкала от 0 до 3 баллов: 0 - технология не внедрена или не применяется; 1 - внедрена, но реализуется ненадлежащим образом и требует значительных усилий для улучшения; 2 - внедрена, однако нуждается в небольших доработках; 3 - внедрена на высоком уровне и может служить примером для других учреждений.

Полученные результаты свидетельствуют, что за трехлетний период использования установлено значительное улучшение всех компонентов организации перинатального аудита. Наиболее выраженная положительная динамика отмечена по разделу «Организация аудита», где уровень соответствия установленным критериям увеличился в 3,3 раза (с 23,3 до 76,4%) ($p < 0,001$), что свидетельствует о формировании устойчивой организационной структуры проведения аудита, четком распределении ответственности и повышении эффективности управленческих механизмов. По разделу «Методология проведения аудита» показатель возрос в 1,9 раза, то есть с 48,3 до 89,4% ($p < 0,001$), что также свидетельствует о повышении приверженности установленному алгоритму проведения заседаний,

улучшении качества подготовки материалов, анализа причин неблагоприятных исходов и разработки корректирующих мероприятий. Для блока «Работа командой» отмечено увеличение в 3 раза (с 68,3 до 88,6% соответственно) (p=0,001), который отражает улучшение взаимодействия специалистов различных профилей, повышение роли мультидисциплинарного подхода и качества анализа случаев перинатальной смертности. Раздел «Взаимодействие рабочей команды» также продемонстрировал положительную тенденцию - показатель увеличился с 68,9 до 73,1%, при этом данный показатель не имел достоверно значимой разницы (p=0,5). Данный раздел указывает на укрепление взаимодействия между рабочей группой, администрацией учреждения и медицинским персоналом. Сравнительный анализ средних балльных оценок по годам также подтвердил эффективность внедрения методологии (Таблица 8.).

Таблица 8. - Динамика показателей оценки методологии перинатального аудита

Блок оценки / Годы	2022г. n=41	2024г. n=41	Разница показателей	P
Организация аудита	1,6	2,4	+0,8	<0,05
Работа рабочей команды	2,3	3,0	+0,7	<0,001
Методология проведения аудита	2,4	2,9	+0,5	<0,001
Взаимодействие команды	2,6	2,8	+0,2	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различий между показателями (критерий Вилкоксона)

Статистически значимое увеличение средних значений установлено по блокам «Организация аудита» (1,6 против 2,4 балла; p<0,05), «Работа рабочей команды» (2,3 против 3,0 балла; p<0,001) и «Методология проведения аудита» (2,4 против 2,9 балла; p<0,001). По разделу «Взаимодействие команды» наблюдалась тенденция к улучшению (2,6 против 2,8 балла; p<0,001).

Средний интегральный показатель качества методологии аудита увеличился с 2,35 до 2,9 балла, что свидетельствует о достижении высокого уровня внедрения методологии при сохранении необходимости отдельных организационных улучшений.

Наиболее выраженный эффект внедрения методологии отмечен в отношении качества консультирования беременных и соблюдения маршрутизации пациенток. Частота поздней постановки беременных на диспансерный учет снизилась в 1,9 раза (с 46,6 до 23,5%) (p=0,001), позднего обращения за медицинской помощью – в 2 раза (с 26,6 до 13,0%) (p=0,029), отсутствия сопроводительной медицинской документации – в 1,9 раза (с 80,0 до 40,6%) (p<0,001), отсутствия информирования женщин о тревожных симптомах беременности - в 3,1 раза (с 70,0 до 22,0%) (p<0,001), отсутствия консультаций профильных специалистов – в 2,4 раза (с 55,0 до 22,7%) (p<0,001), поздней диагностики осложнений беременности - в 2,2 раза (с 41,6 до 18,6%) (p<0,001). Отмечено снижение частоты отказов от госпитализации в 1,8 раза (с 16,6 до 8,9%) (p =0,124) и самовольного ухода из стационара - в 2,5 раза (с 25,0 до 9,7%) (p=0,010).

Экспертная оценка случаев перинатальных потерь при сроке беременности более 37 недель установила, что гибель плода до начала родовой деятельности была в 80%, ранняя неонатальная смертность - 16% и в интранатальном - 4% случаев.

Внедрение методологии аудита перинатальной смертности обеспечило эффективность в среднем 55-56% (p<0,001).

Анализ данных антенатальной гибели плода по классификации ReCoDe, показал, лидирующими причинами связанными с плодом ***(A. Плод)*** явились: врождённые пороки развития установленные в 32,3% и ЗВУР -23,0% случаев.

Установлено, что значительную роль в структуре причин, связанных с плодом сыграло влияние инфекционного агента (TORCH), которая выявлена в 55,3% случаев.

В категории причин ***B. Пуповина,*** то есть проблемы связанные с пуповиной представлены в меньшей степени, при этом истинный узел пуповины и тугое обвитие установлены в 7,7%, оболочечное прикрепление - 3,0% а также выпадение пуповины - 1,5% случаев, которые являются основными факторами, влияющими на исход беременности.

Основополагающими факторами АГП в категории ***C. Плацента*** явились нарушения маточно-плацентарного кровотока (НМПК) установленный в 38,4% случаев и ПОНРП - 12,3%.

Показано, что в группе ***D. Околоплодные воды,*** существенно влияющими на перинатальные исходы явились многоводие, установленное в 27,7% случаев и маловодие - 21,5%. ДРПО наблюдался в 26,1% случаев, при этом хорионамнионит диагностирован в 13,8% случаев. Другие причины связанные с оболочками установлены у 57,6% антенатально погибших новорождённых.

Анализ данных показал, что причины связанные с маткой ***(E. Матка)*** представлены в меньшей степени при этом миома матки диагностированная в 9,2% случаев, является единственной зарегистрированной причиной, что может указывать на редкость серьезных маточных патологий в данной выборке.

Анализом установлено, что экстрагенитальные заболевания матери оказывают значительное влияние на исход беременности ***(F. Мать),*** при этом на первый план выходят заболевания мочевыделительной системы и анемия средней и тяжелой степени тяжести (66,6% и 63,0%), заболевания щитовидной железы установлены у 38,4% беременных, также заболевания дыхательной системы - 18,4%. Другие причины АГП встречались в 15,3% случаев. Анализ гестационных осложнений показал, что особое влияние оказывали гипертензивные нарушения во время беременности (умеренная, тяжелая преэклампсия и гестационная гипертензия) которые наблюдались у 32,3% обследованных. Хроническая гипертензия установлена в 12,3% случаев.

Показано, что в категориях ***G. Интранатальные*** **и** ***H. Травма*** не было зарегистрировано ни одного случая, что может свидетельствовать о низкой частоте данных причин в данной выборке.

Исследованием установлено, что в группе (***I. Неклассифицированные причины)***, случаев с ни одной выявленной патологией было 7,6% и не

достаточно информации отмечены в 3,0% случаев, что указывает на необходимость улучшения сбора данных и диагностики.

Анализ данных клинического перинатального аудита показал, упущенные возможности на уровне дородовой помощи, при этом установлено, что наиболее значимыми факторами явились поздняя постановка на учёт (38,4%). Одним из немаловажных аспектов явилось нерациональное питание беременной, что установлено в 36,9% случаев.

Показано, что позднее обращение при неотложных состояниях в родильные дома было в 27,7% случаев, при этом 4,6% беременных отказались от консультаций на более высоком уровне родовспоможения. В 7,6% случаев беременные игнорировали врачебные назначения и 1,5% отказались от госпитализации. Недостаточно информированы об опасных симптомах во время беременности - 38,4% женщин. С целью профилактики ВПР плода фолиевую кислоту не использовали 55,3%. В 18,4% случаев установлена нежеланная беременность. В 21,5% беременная часто меняла место проживания, что способствовало некачественной медицинской помощи. Обследование на TORCH инфекцию, при наличии показаний в 80,0% случаев не было проведено. Доплерометрия и УЗИ при наличии нарушений со стороны плода в 49,2% и 24,6% соответственно не проведен. Не был проведен скрининг на скрытую бактериурию 35,3% случаев.

Для улучшения качества оказания медицинской помощи нами создан эффективный способ аудита антенатальной гибели плода на этапе дородовой помощи, путем прогнозирования мертворождений, обеспечивающий снижение антенатальной гибели плода и выявление резервов снижения данного показателя. Данный способ апробирован в Национальном центре Репродуктивного здоровья - 10 случаев, в отделении репродуктивного здоровья ГУ «Городской Центр Здоровья №11» - 14 случаев, и в областном центре репродуктивного здоровья Согдийской области - 10 случаев. По предлагаемому способу проведено анализ 34 случаев антенатальной гибели плода.

В основной группе по сравнению с контрольной достоверно чаще выявлялись заболевания мочевыделительной системы - 76,5% против 20,0% (p<0,001), гипертоническая болезнь - 41,2% против 10,0% (p<0,03), преэклампсия в анамнезе - 59,2% против 10,0% (p<0,005), инфекционные заболевания с повышением температуры тела - 50,0% против 10,0% (p<0,003), TORCH-инфекции - 41,2% против 10,0% (p<0,03), а также изменение количества околоплодных вод - 50,0% против 10,0% (p<0,04).

Поздний репродуктивный возраст (≥35 лет) отмечался у 29,5% женщин основной группы против 10,0% контрольной (<0,005).

Установлено, что многорожавших было 41,2% против 20,0% (p >0,05), ожирение - у 47,0% против 20,0% (p>0,05). Отягощенный акушерский анамнез характеризовался высокой частотой мертворождений, установленный в 64,7% случаев, рождения детей с низкой массой тела - 26,5%, поздних самопроизвольных выкидышей - 17,6% и врожденных пороков развития плода - 11,7%. Задержка роста плода выявлена в 35,3% случаев, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в - 11,7%.

Существенное значение имели организационные факторы: регулярное наблюдение акушером-гинекологом осуществлялось у 47,0% женщин основной группы против 80,0% контрольной (p <0,05). Ультразвуковой скрининг в 11-14 недель не проводился в 47,0% случаев, в 18–20 недель - 23,5%; обследование на бессимптомную бактериурию не проводилось у 17,6%, при выявлении бактериурии лечение не получили 26,4% женщин основной группы, фолиевую кислоту не принимали 38,2% беременных.

Прогностическая шкала риска антенатальной гибели плода по бальной системе позволила определить риски: высокий риск антенатальной гибели плода (≥15 баллов), средний риск антенатальной гибели - 7-14 баллов, низкий риск антенатальной гибели - 0-6 баллов. Использование прогностической шкалы антенатальной гибели показал, что в группе с антенатальной гибелью плода 50,0% беременных были отнесены в группу высокого риска, а в контрольной группе 10,0%, что показал статистическую достоверность

(p<0,001), среднего риска - 35,3% и 40,0% соответственно p<0,001) и низкого риска - 14,7% и 50,0% соответственно p<0,001) по возникновению антенатальной смертности плода.

Вычисленный суммарный показатель позволил определить прогностическую вероятность антенатальной гибели плода: низкий риск - 30,8%; средний риск - 63,8%; высокий риск - 87,5%. При этом определена площадь ROC кривой (AUC), составившая 0,759, что соответствовала хорошему уровню дискриминации модели.

При использовании порога ≥15 баллов шкала характеризовалась высокой специфичностью в 50,0% и положительной прогностической ценностью в 89,5%, что делает её удобной для отбора беременных, требующих госпитализации в акушерский стационар более высокого уровня и усиленного мониторинга беременности. При среднем пороге чувствительность возрастала до 85,3%, что позволило использовать данную шкалу в качестве скринингового инструмента на этапе дородовой помощи.

Для выявления упущенных возможностей на этапе дородовой помощи случаи смертности были разделены на 3 группы: 1 - непредотвратимые случаи, обусловленные обстоятельствами, на которые было невозможно повлиять; 2-условно предотвратимые - которые связаны с причинами, последствия которых было сложно, но имелись возможности его устранения; 3 - предотвратимые - ассоциированы факторами, на которые можно и необходимо было воздействовать; к данной категории отнесены связанные с медицинскими ошибками или ненадлежащим оказанием помощи.

Оценочный анализ каждого случая с использованием шкалы предотвратимости установил, что в 35,3% случаев средний балл составил более 3 баллов, то есть при этом смертность была предотвратима, в 50,0% случаев средний балл составил более 2 при котором гибель была условно-предотвратима и в 14,7% - менее 1 балла - смертность была не предотвратима.

ВЫВОДЫ

1. За десятилетний период (2015-2024гг) наметилась тенденция к снижению перинатальных потерь (с 17,5 до 16,4 на 1000 живорождённых p<0,001), удельного веса мертворождений (с 1,2% до 0,9%; p<0,001) и увеличение тренда живорождений (с 98,8% до 99,1%; p<0,001) [5-А, 10-А, 12-А, 14-А].
2. Медико-социальными факторами риска антенатальной гибели плода являются поздний репродуктивный возраст (22,8%; p<0,001), проживание в сельской местности (53,8%; p<0,001), первородящие первобеременные и повторнобеременные первородящие женщины (24,4% и 22,4% соответственно; p<0,001), наличие мертворождений в анамнезе (34,6%; p<0,001). Существенное значение имеют экстрагенитальные заболевания, включая анемию (86,1%), заболевания мочевыделительной (59,7%; p<0,001) и дыхательной систем (42,3%; P<0,001), сердечно-сосудистые заболевания (14,5%; p<0,001) и TORCH-инфекции (40,6%;p<0,001); низкий уровень контрацептивной помощи (55,0%; p<0,05), тяжелая преэклампсия (22,9%; p<0,001) и хроническая артериальная гипертензия (18,4%; p<0,001) [1-А, 2-А, 29-А].
3. Организационными факторами риска антенатальной гибели плода являются: низкий охват беременных до 12 недель гестации (45,1%; p<0,001); низкий уровень ультразвукового скрининга в 11–14 и 18–20 недель (53,3 и 58,7% соответственно; p<0,001); нарушение принципов маршрутизации беременных высокого риска(86,5%; P<0,001), преждевременные роды (59,0%; p<0,001) [15-А, 19-А, 29-А].
4. Основными причинами антенатальной гибели плода являются: маловодие (20,6%; p<0,001); нарушение маточно-плацентарного кровотока (28,1%; p<0,001); синдром задержки развития плода (22,6%, p<0,001)), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (24,2%; p<0,001); внутриутробная асфиксия плода (29,0%; p<0,001); врождённые пороки развития плода (27,7%) [8-А,15-А,12-А].

5. Основными медико-социальными и организационными факторами риска ранней неонатальной смертности являются: активный репродуктивный возраст женщин (48,4%; p<0,001), проживание в сельской местности (89,3%; p<0,001), наличие мертворождений в анамнезе (35,5%; p<0,001); экстрагенитальные заболевания, включая анемию различной степени тяжести (83,1%; p<0,001), сердечно-сосудистую патологию (16,9%) и избыточную массу тела (18,8%; p<0,001); низкий уровень охвата контрацепцией (90,0%; p<0,001). К значимым организационным факторам относятся недостаточный охват беременных группы высокого риска медицинским наблюдением (60,5%; p<0,001), низкий контроль приема фолиевой кислоты (4,8%; p<0,001), недостаточное консультирование женщин по опасным симптомам беременности (52,4%; p<0,001), низкий уровень ультразвукового скрининга в сроки 11–14 и 18–20 недель беременности (47,6% и 72,4% соответственно; p<0,001), крайне низкий охват медико-генетическим консультированием (1,9%; p<0,001);нарушения принципов маршрутизации беременных (93,6% p<0,001), высокая частота преждевременных родов (83,5%; p<0,001) [6-А, 7-А, 9-А, 10-А, 11-А, 17-А; 24-А, 25-А].
6. Основными причинами ранней неонатальной смертности являются: рождение детей с низкой (36,1%), очень низкой (32,0%) и экстремально низкой массой тела (19,2%); врождённые пороки развития плода (24,8%), дородовый разрыв плодных оболочек (30,1%), нарушение маточно-плацентарного кровотока (25,9%), (p<0,001); синдром задержки развития плода (24,4%), внутриутробная асфиксия (21,0%; P<0,001) [14-А, 20-А, 23-А].
7. Установлено снижение частоты врождённых пороков развития плода с экстремально низкой массой плода (500-999гр) с 6,9 до 6,4% и увеличение данного показателя в 2,4 раза в группе новорождённых с низкой массой плода (1500-2499гр). В структуре врождённых пороков развития пороки ЦНС среди новорождённых с экстремально низкой массой тела встречаются

в 1,7 раза чаще по сравнению с младенцами с низкой массой тела (1500-2499гр) - 46,1 и 26,1% соответственно) и в 2,2 раза больше по сравнению с новорождёнными массой 2500гр. и выше (20,4%) P<0,001), тогда как пороки сердечно-сосудистой системы имеют место в 1,8 раза больше среди доношенных новорождённых (28,5 и 15,2% соответственно больше соответственно; p<0,001) [2-А, 5-А, 13-А, 18-А, 19-А, 21-А].

8. Выявлены патоморфологические изменения плацентарной ткани при антенатальной гибели плода (малая масса плаценты (43,8%; p<0,001), наличие кальцинатов (56,3%), множественные ишемические инфаркты (56,3%), некроз ворсин хориона (59,4%), тромбоз сосудов хориона (87,5%), аваскуляризированные ворсины (92,2%), амнионит/хориоамнионит (59,4%), межворсинчатые кровоизлияния (73,4%),преобладание незрелых ворсин (53,1%), совокупность которых отражает глубокие нарушения маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения, приводящие к декомпенсации функций плаценты [28-А, 31-А].
9. Установлена высокая эффективность проведения методологии перинатального аудита в стационаре третьего уровня (56,0%): организация аудита улучшилась с 1,6 до 2,4 балла (p<0,05), работа рабочей команды с 2,3 до 3,0 балла (p<0,001) и методология проведения аудита с 2,4 против 2,9 балла (p<0,001) и взаимодействие команды с 2,6 до 2,8 (p<0,001). Использование прогностической шкалы риска антенатальной гибели плода позволяет прогнозировать неблагоприятные перинатальные исходы в 57%, что соответствовала хорошему уровню дискриминации модели (0,759). При использовании порога ≥15 баллов шкала имела высокую специфичность (50,0%) и положительную прогностическую ценность (89,5%), при среднем пороге чувствительность составила (85,3%) [16-А, 27-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. На уровне прегравидарной подготовки проводить профилактику и своевременную коррекцию экстрагенитальной и акушерской патологии, включая анемию, TORCH-инфекции, контроль приема фолиевой кислоты, медико-генетическое консультирование
2. На уровне ПМСП повысить ранний охват беременных и своевременно выявить женщин высокого риска для определения тактики ведения и обеспечения динамического мониторинга состояния плода путем перинатального ультразвукового скрининга, допплерометрии и кардиотокографии в соответствии с национальными стандартами для обеспечения благоприятных перинатальных исходов. Расширить доступ к контрацептивным услугам.
3. Совершенствовать систему маршрутизации беременных и новорожденных высокого риска с обязательным направлением в специализированные учреждения II–III уровней для профилактики преждевременных родов и улучшения неонатальных исходов.
4. Проводить патоморфологическое исследование последов у женщин с антенатальной гибелью плода для установления причин и прогнозирования риска повторных осложнений при последующих беременностях.
5. В учреждениях родовспоможения II–III уровней внедрить комплексную систему профилактики перинатальных потерь, включающую использование прогностической шкалы риска антенатальной гибели плода на этапе дородового наблюдения и международной классификации ReCoDe при проведении клинического перинатального аудита случаев мертворождения для раннего выявления беременных высокого риска, стандартизированного анализа причин перинатальных потерь и разработку профилактических мероприятий.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальная оценка факторов риска перинатальных потерь в регионе высокой рождаемости [Текст] /Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Ш.Т. Муминова, А.П. Пулатова // Известия Академии Наук РТ. – 2019. - №2 (205). - С. 88-93. ISSN 0002-3477

[2-А]. Мирзабекова, Б.Т. Потенциальные факторы риска перинатальных потерь [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020. - №1. - С. 58-64. ISSN 2414-0252

[3-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальные аспекты развития врожденных пороков плода. [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Дж. Хайриддинова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020. - №2. - С. 66-73. ISSN 2414-0252

[4-А]. Мирзабекова, Б.Т. Причины перинатальной смертности и пути их снижения в современных условиях [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, А.П. Пулатова // Вестник академии медицинских наук Таджикистана. - 2020. - Том X, №2(34). - С. 202-210. ISSN 2221-7355

[5-А]. Мирзабекова, Б.Т. Репродуктивные потери в период пандемии COVID-19 [Текст] / З.М. Абдусаматзода, Д.З. Юнусова, С.М. Мухамадиева, А.П. Пулатова, Б.Т. Мирзабекова // Мать и Дитя. - 2021. - №3. - С.12-18. ISSN 2304-4187

[6-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика, частота и структура врождённых пороков развития плода в новых социально-экономических условиях [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Х.О. Саидова, Ш.Дж. Сайдахмадова // Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - №3 (354). - С. 41-47. ISSN 0514-2415

[7-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальные аспекты ранних неонатальных потерь в стационаре третьего уровня [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Симург. - 2023. - №18 (2). - С. 122-127. ISSN 2707-9562

[8-А]. Мирзабекова, Б.Т. Анализ ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных по классификации RECODE [Текст] /С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, П.С. Рахимова // Мать и Дитя. - 2023. - №2. - С.43-49. ISSN 2304-4187

[9-А]. Мирзабекова, Б.Т. Тенденция и структура причин ранней неонатальной смертности в новых социальных условиях [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Симург. -2023. - №4. - С. 92-99. ISSN 2707-9562

[10-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика и структура причин ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных в Республике Таджикистан [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, Д.З. Юнусова // Медицинский вестник национальной Академии Наук Таджикистана. - 2023. - Том XIII, №2 (46), апрель-июнь**.** - С 40-46. ISSN 2791-0687

[11-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика и структура причин ранних неонатальных потерь в регионе высокой рождаемости [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Наука и инновация. - 2023. - №4. - С. 44-50. ISSN 2312-3648

[12-А]. Мирзабекова, Б.Т. Результативность регионализации перинатальной помощи на примере Хатлонской области [Текст] / С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, Б.Т. Мирзабекова, Ш.Т. Муминова // Симург. - 2024. - № 22 (2). - С. 61-67. ISSN 2707-9562

[13-А]. Мирзабекова, Б.Т. Риск развития врождённых пороков центральной нервной системы и их профилактика [Текст] / Х.О. Саидова, С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2024. - №4. - С. 66-71. ISSN 2414-0252

[14-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика и структура причин ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных в Республике Таджикистан [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Наука и инновация. – 2025.- №1. – С. 60-65. ISSN 2312-3648

[15-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальные и организационные факторы риска антенатальной гибели плода в стационаре третьего уровня

[Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Хабибова З.Х., Назарзода С.Г., Джумаева М.Х. // Мать и Дитя. - 2026. - №2. - С.39-46. ISSN 2304-4187.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[16-А]. Мирзабекова**,** Б.Т. Причины перинатальных потерь в стационаре третьего уровня [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мардонова, Ш.Т. Муминова // Материалы ежегодичной XXVI- й научно-практической конференции «Новые направленения развития медицинской науки и образования». Душанбе. - 2020. - С. 14-15

[17-А]. Мирзабекова**,** Б.Т. Динамика и структура врождённых пороков развития плода по отчетной форме 32 МЗРТ и СЗ РТ за период 2014-2018гг. [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Х.А. Амирова, Н.Д. Убайдуллаева // Материалы ежегодичной XXVI- й научно-практической конференции «Новые направленения развития медицинской науки и образования». – Душанбе. - 2020. - С. 15-16

[18-А]. Мирзабекова, Б.Т. Оценка комплексной и базовой неотложной акушерской и неонатальной помощи (КНАНП и БНАНП) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Д.З. Юнусова, Ш. Шакарова // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годичная) «Современная медицина и современное образование», посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и 5-летию деятельности Хатлонского государственного медицинского университета. - Дангара. - 2021. – С.186

[19-А]. Мирзабекова, Б.Т. Частота, динамика и структура врождённых пороков развития плода среди недоношенных новорождённых [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Х.О. Саидова, С.М. Мухамадиева, Г.Д. Истамова // Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. - 2021. - С.23

[20-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальные аспекты формирования врожденных пороков развития Центральной нервной системы (на примере г.Душанбе) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. - 2021. - С.52

[21-А]. Мирзабекова**,** Б.Т. Анализ динамики и структуры ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных в Республике Таджикистан [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Г.Д. Истамова, Ш.Ш. Амонова, П.С. Рахимова, Ш.Дж. Сайдахмадова // Материалы VII-го съезда акушер-гинекологов Республики Таджикистан. - 2022. - С.67-72

[22-А]. Мирзабекова, Б.Т. Результаты ультразвукового скрининга врожденных пороков развития плода (на примере г. Душанбе) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Х.О. Саидова, Ш.Т. Муминова, У.С. Ахмадова // Материалы ежегодичной XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – Душанбе. - 2022. - С.35

[23-А]. Мирзабекова, Б.Т. Элементы непрерывного обучения акушерок неотложной акушерской помощи в период регионализации [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, Г.Д. Истамова, Д.З. Юнусова // Материалы ежигодичной XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – Душанбе. - 2022. - С.24-25.

[24-А]. Мирзабекова, Б.Т. Современные подходы к анализу причин ранней неонатальной смертности среди доношенных новорожденных [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Х.О. Саидова, С.А. Маликоева, З.К. Исломова // Материалы ежегодичной XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – Душанбе. - 2022. - С. 23

[25-А]. Мирзабекова, Б.Т. Потенциальные факторы риска ранних неонатальных потерь при преждевременных родах в стационаре третьего уровня [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Ф.А. Модх, З.А.Фозилова, З.У. Ахмадова //Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПОвСЗРТ «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». - 2024. - С.24-25.

[26-А]. Мирзабекова, Б.Т. Оценка существующей модели направлений/перенаправлений в период регинализации в труднодоступных районах Хатлонской области (на примере района Ш.Шохин) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, С.А**.** Абдурахманова // Материалы ежегодной XXX научно-праутической конференции с международным участием ГОУ ИПОвСЗРТ «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». Душанбе. - 2024. - С. 25-26 2

[27-А]. Мирзабекова, Б.Т**.** Улучшение качества антенатального ухода в период совершенствования системы регионализации перинатальной помощи (на примере города Душанбе) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Хайриддинова Дж.А. // Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПОвСЗ РТ «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». Душанбе. - 2024 года. - С.29

[28-А]. Мирзабекова, Б.Т. Оценка службы родовспоможения Хатлонской области за период регионализации перинатальной помощи тезис [Текст] / С.М. Мухамадиева, Юнусова Д.З., Б.Т. Мирзабекова, Модх Ф.А. // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ «Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования. Дангара. - 2024. - С.263

[29-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика преждевременных родов и репродуктивных потерь в Хатлонской области [Текст] / Б.Т.

Мирзабекова // Материалы республиканской научно-практической конференции (VI-ая годичная) ГОУ ХГМУ «Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане». Дангара. – 2025. - С.112.

[30-А]. Мирзабекова, Б.Т. Патоморфологические особенности плацент при при антенатальной гибели плода у женщин с анемией [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, А.П.Пулатова // Евразийский журнал акушерства и гинекологии, перинатальной и репродуктивной медицины. - 2026. - Т.1, № 2. - С.274-280.

Патент

Мирзабекова, Б.Т. Способ прогнозирования и оценка перинатального аудита антенатальной гибели плода [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Х.О. Саидова, Ш. Дж. Сайдахмадова // Патент №TJ 1720 от 16.05.2026 года

Рационализаторские предложения

1. Мирзабекова, Б.Т. Способ сбора данных для электронного регистра перинатальных направлений/перенаправлений [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, А.А. Сулаймонов, Д.Ш.Курбанов // Рационализаторское предложение (№000473 от 04.02.2023г.).

2. Мирзабекова, Б.Т. Способ оценки методологии аудита перинатальной смертности в системе перинатальных направлений [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Х.О. Саидова, С.М. Мухамадиева, Ф.А. Модх // Рационализаторское предложение (№000565 от 22.04.2025).

Перечень сокращений и условных обозначений

АГП - антенатальная гибель плода
ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения
ВПР - врожденные пороки развития
ВУА - внутриутробная асфиксия плода
ГОУ - Государственное образовательное учреждение
ГУ - Государственное учреждение
ГЦЗ - городской центр здоровья
ИПОСЗРТ - Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан
ДЗ - дом здоровья
ДРПО - дородовый разрыв плодных оболочек
ЗВУР - задержка внутриутробного развития плода
МЗ и СЗН РТ - Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
ОАА - отягощенный акушерский анамнез
ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
ПОНРП - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПП - предлежание плаценты
ПР - преждевременные роды
ПС - перинатальная смертность
РНС - ранняя неонатальная смертность
РТ - Республика Таджикистан
СД - сахарный диабет
ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания
ТНИИ АГиП -Таджикский научно-исследовательский институт акушерства гинекологии и перинатологии
ТП - тяжелая преэклампсия
TORCH - Toxoplasmosis, Other infections, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus (токсоплазмоз, другие инфекции, краснуха, цитомегаловирус, простой герпес)

МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»

УДК: 614.2: 618.33+616-053.31-082 (571.63)

Бо ҳуқуқи дастнавис

МИРЗАБЕКОВА БАХАРГУЛ ТОКТОРБАЕВНА

РАВИШҲОИ ИЛМАН АСОСНОКШУДАИ ТАШКИЛИ ЁРИИ ТИББӢ БА ЗАНОНИ ҲОМИЛА ВА ЗОЯНДА ТАВАССУТИ ҶОРӢ НАМУДАНИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ МУОСИРИ ТАЪМИНКУНАНДАИ КОҲИШИ ФАВТИ ПЕРИНАТАЛӢ

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
доктори илмҳои тиббӣ аз рӯйи ихтисосҳои
3.2.3. Сиҳатии ҷомеа ва ташкили нигаҳдории тандурустӣ
3.1.1. Акушерӣ ва гинекологӣ

Душанбе – 2026

Диссертатсия дар кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ба номи профессор Нарзуллаева Е. Н., муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро шудааст.

Мушовири илмӣ:	**Муҳамадиева Саодатхон Мансуровна** - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии № 1 ба номи профессор Нарзуллаева Е. Н., МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон».
Муқарризони расмӣ:	**Додхоева Мунаввара Файзуллоевна** - доктори илмҳои тиб, профессор, академики АМИТ, профессори кафедраи акушерӣ и гинекологии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино» **Раджабзода Салохидин Раджаб** - доктори илмҳои тиб, директори МД "Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникии тибби оилавӣ" **Сироджиддинзода Илхом Сироджиддин** - доктори илмҳои тиб, роҳбари гурӯҳ оид ба татбиқи лоиҳаҳои Фонди глобалӣ назди ВТваҲИАҶТ
Муассисаи пешбар:	Академияи давлатии тиббии Қирғизистон ба номи И. К. Ахунбоев

Ҳимояи диссертатсия санаи «5» январ соли 2027 соати «13⁰⁰» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-128 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш.Душанбе, ноҳияи Сино, к. Сино, 29-31; info@tajmedun.tj; (+992)935120020

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «____» _____ соли 2026 фиристода шудааст.

Котиби илмии
шурои диссертатсионӣ
номзади илмҳои тиб, дотсент **Ҷураева Н.С.**

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Коҳиши фавтият дар давраи перинаталӣ ва тифлӣ ба самтҳои афзалиятноки сиёсати давлатӣ дар соҳаи ҳифзи модар ва кӯдак тааллуқ дорад. Ин нишондиҳандаҳо на танҳо ҳолати сиҳатии репродуктивии аҳолӣ, балки ҳамчунин дастрасӣ, сифат ва ташкили ёрии акушерӣ ва неонаталиро тавсиф мекунанд. Петрухин В. А. ва ҳаммуал. сатҳи фавтҳои перинаталиро ҳамчун яке аз нишондиҳандаҳои сифати ёрии тиббӣ ба занҳои ҳомилаҳо ва навзодон баррасӣ менамоянд [13].

Дар Тоҷикистон, мувофиқи Барномаи солимии репродуктивӣ барои солҳои 2019–2022, амалӣ кардани он ба «рушди устувори солимии репродуктивӣ» мусоидат менамояд [5, б. 3]. Рушди минбаъдаи самти мазкурро Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030 пешбинӣ намудааст, ки дар он ҳифзи солимии аҳолӣ ҳамчун «яке аз самтҳои афзалиятноки сиёсати давлат» муайян карда шудааст [14, с. 2]. Дар қатори ҳадафҳои стратегӣ таъмини аҳолӣ «бо хизматрасонии тиббию санитарии дастрас ва босифат» пешбинӣ гардидааст [14, с. 3].

Белокринитская Т. Е. ва ҳаммуал. ҳангоми омузиши натиҷаҳои модарӣ ва перинаталӣ дар давраи пандемияи COVID-19 муқаррар карданд, ки «фавтҳои перинаталӣ аз ҷиҳати оморӣ ҳамчунин хеле бештар буданд (мутаносибан 1,54 ва 0,81%, $p<0,001$)» [3, с. 130]. Гурӯҳи дигари омилҳоро Беспалова О. Н. ва ҳаммуал. баррасӣ намуда қайд мекунанд, ки «гипергомосистеинемия омили хавфи амалишавии чунин оризаҳои ҷиддии акушерӣ мебошад» [4, с. 638].

Мувофиқи таҳқиқоти Blencowe H. ва ҳаммуал., дар соли 2015 дар олам тақрибан 2,6 млн. ҳодисаи мурдатаваллуд руҳ додааст ва нишондиҳандаи ҷаҳонии ин гуна таваллудҳо 18,4 ҳолат ба ҳар 1000 таваллудро дар муқобили 24,7 ҳодиса дар соли 2000 ташкил дод. Сарфи назар аз динамикаи мусбат, муаллифон қайд мекунанд: «Суръати пешрафт дар коҳиши бори глобалии

мурдатаваллуд барои расидан ба ҳадафҳои миллӣ суст ва нокифоя боқӣ мемонад» [16, с. 98].

Лоиқи таваҷҷуҳи махсус, фавти антенаталии тифл мебошад, ки ҳангоми он натиҷаи номусоид зиёд аз сабаби мавҷудияти ҳамзамони беморшавии модар, дисфунксияи машима ва ихтилолҳои вазъи тифл ба вуҷуд меояд. Дар адабиёт таъкид мегардад: «Пешгӯӣ ва пешгирии фавти антенаталӣ яке аз масъалаҳои мураккаб ва мубрамтарини акушерии муосир мебошад» [7, с. 23]. Муҳимияти фавти антенаталиро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқоти Камилова М. Я. ва ҳаммуаллифон тасдиқ мекунад, ки ҳангоми муқоисаи таваллудхонаҳои сатҳҳои дуюм ва сеюм муайян карданд: «Новобаста аз сатҳи статсионар фавтияти антенаталӣ бартарӣ дошт» [11, с. 61]. Яке аз мушкилоти муҳим ҳам фавти бармаҳалли неонаталӣ ташкил медиҳад. Икромов Т. Ш. ва ҳаммуал. маълумоти муассисаҳои тиббии кишварро таҳлил намуда таъкид кардаанд, ки «омузиши сохтори фавти неонаталӣ шарти зарур барои муайян кардани захираҳои идорашавандаи коҳишдиҳии он боқӣ мемонад» [9, с. 9]. Икромов Т.Ш. ва ҳаммуал. дар рафти таҳлили ҳолатҳои фавти навзодон дар шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ дар солҳои 2017–2021 ва нуҳ моҳи соли 2022 муқаррар намуданд, ки «дар аксари ҳолатҳо (61,5%) навзодон дар давраи бармаҳалли неонаталӣ вафот мекарданд» [10, с. 12]. Lawn J. E. ва ҳаммуал. қайд мекунанд, ки «суръати коҳишёбии мурдатаваллуд аз суръати коҳишёбии фавти модарӣ, неонаталӣ ва кӯдакон сусттар боқӣ мемонад» [17, с. 587].

Барои Тоҷикистон тартиб додани феҳристи ягонаи НМТ масъалаи ташкилии асосӣ мебошад. Маҷмуаҳои оморӣ миллӣ барои мониторинги динамика лозиманд, аммо онҳо афзалан нишондиҳандаҳои ҷамъбастиро инъикос мекунанд. Дар маҷмуаи оморӣ «Тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» зикр шудааст: «Дар бахш маълумоти оморӣ Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон оварда шудааст, ки сатҳи гирифторшавии мардон ва занонро ба бемориҳои гуногун тавсиф менамояд» [6, с. 10].

Таъкид мегардад, ки «таҳлили сабабҳои фавти навзодон бояд ҷудо аз кӯдакони норасид ва расида гузаронида шавад, чун ин гурӯҳҳо аз рӯйи сохтори беморшавӣ, сабабҳои асосии натиҷаҳои номусоид ва нуқтаҳои имконпазири таъсири профилактикӣ фарқ мекунанд» [16, с. 20]. S. Aleem и Z. A. Bhutta қайд мекунанд: «сироятёбӣ ҳангоми ҳомилагӣ мушкили пешгиришавандаи тандурустии ҷамъиятӣ дар тамоми ҷаҳон аст, зимнан бори бештарин ба кишварҳои дорои сатҳи паст ва миёнаи даромад рост меояд. Сироятҳои модарон дар давраи ҳомилагӣ, алалхусус варача ва оташак, сабабҳои муоссири мурдатаваллуд дар кишварҳои дорои сатҳи паст ва даромади миёна мебошанд» [15, с. 1117].

Айламазян Э. К. ва ҳаммуал. сифати ёрии тиббиро ҳамчун шарти калидии натиҷаи мусоиди акушерӣ баррасӣ мекунанд: «Нишон дода шудааст, ки омили асосии муайянкунандаи натиҷаи ҳомилагӣ ва валодат ёрии тиббӣ сифатнок мебошад, ки ба зан расонида мешавад» [1, с. 15].

Башмакова Н. В. ва ҳаммуал. таъкид менамоянд: «Аудити клиникӣ воситаи хеле хуби омӯзиш мебошад ва дар сурати дуруст гузаронидани он ҷазодиҳӣ дар назар дошта намешавад. Аудит оид ба таҷрибаи табобат ва татбиқи он ба кормандони муассисаи тиббӣ робитаи бевосита ва бозхӯрдро таъмин менамояд» [2, с. 18]. Ҳуҷҷатҳои СУТ ҳамчунин таъкид менамоянд, ки аудити ҳодисаҳои мурдатаваллуд фавти неонаталӣ «набояд барои айбдорнамоӣ ё ҷазои шахсони алоҳида, гурӯҳҳо ё муассисаҳои истифода шавад» [18, с. 9]. Муҳамадиева С. М. ва ҳаммуаллифон қайд мекунанд, ки «таҳлили ҳолатҳои буҳронӣ дар муассисаҳо ва ба низом даровардани сабабҳои аз даст рафтани имкониятҳо барои ошкор намудани оризаҳои ба ҳаёти занон таҳдидкунанда имкон дод, ки онҳо барои қабули қарорҳои минбаъда ҷамъбаст карда шаванд» [12, с. 175].

Ҳамзамон, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоӣ, клиникию ташкилӣ ва марбут ба пешгӯйии фавти антенаталии тифл ва фавтияти бармаҳалли неонаталӣ ба қадри кофӣ омухта нашудаанд. Равишҳои ҳамаҷонибаи аз ҷиҳати илмӣ асоснокшуда оид ба такмили низоми расонидани

кумаки тиббӣ ба занони ҳомила ва зоянда бо истифода аз технологияҳои муосир вуҷуд надоранд.

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омузиш. Мушкили талафоти перинаталӣ, бо шумули фавти антенаталии тифл, мурдатаваллуд ва фавти барвақтии неонаталӣ, васеъ дар адабиёти ҷаҳонӣ ва ватанӣ манзур шудааст. Дар таҳқиқотҳо паҳншавӣ ва сабабҳои фавти перинаталӣ, механизмҳои клиникӣ ва патофизиологии он, инчунин омилҳои хавфи тиббию биологӣ ва иҷтимоӣ баррасӣ мешаванд. Масъалаи талафоти перинаталӣ, аз ҷумла фавти антенаталии тифл, мурдатаваллуд, фавти барвақти неонаталӣ ва нуқсонҳои модарзодии тифл, мавзуи таҳқиқотҳои сершумор дар адабиёти ҳам ҷаҳонӣ ва ҳам ватанӣ мебошад. Дар корҳои муаллифони хориҷӣ эпидемиология, механизмҳои клиникӣ ва патофизиологиии фавти перинаталӣ муфассал омухта шуда, омилҳои асосии тиббию биологӣ ва иҷтимоии хавф муайян карда шуданд, ҳамчунин равишҳои гуногун барои коҳишдиҳии он пешниҳод гардидаанд.

Дар даҳсолаҳои охир ба масъалаҳои стандартикунонии таҳлили сабабҳои мурда таваллуд, аз ҷумла бо истифодаи таснифоти байналмилалие, ба монанди ReCoDe, инчунин татбиқи технологияҳои аудити перинаталӣ ва системаҳои арзёбии сифати нигоҳубини акушерӣ-неонатологӣ таваҷҷуҳи зиёд зоҳир мешавад. Як қатор таҳқиқот шаҳодат аз самаранокии амсилаҳое медиҳанд, ки ба гурӯҳбандии занони ҳомила дар асоси дараҷаи хавф, ҳангоми ташкили муроқибати ҳомилагӣ ва амалисозии мониторинги перинаталӣ асос ёфтаанд.

Дар кишварҳои ИДМ, аз ҷумла Ҷумҳурии Тоҷикистон, омузиши талафоти перинаталӣ асосан бо таҳлили нишондиҳандаҳои оморӣ, ҷанбаҳои алоҳидаи клиникӣ-эпидемиологӣ ва сабабҳои мурда таваллуд дар сатҳи муассисаҳои тиббии алоҳида маҳдуд шудааст. Дар ин ҳол нокифоя омухта шудани омилҳои маҷмуии тиббӣ-иҷтимоӣ, ташкилӣ ва патоморфологии фавти антенаталии тифл ва фавти бармаҳалли неонаталӣ, махсусан дар шароити ҷоринамоии технологияҳои муосири аудити перинаталӣ, ки аз солҳои 2019-

2020 дар чаҳорчӯби ҷоринамоии аудити перинаталӣ мутобиқ карда шудаанд, боқӣ мемонад (фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон №905 аз 12.11.2019). Масъалаҳои стандартизатсияи таҳлили сабабҳои мурдатаваллуд бо истифода аз таснифоти байналмилалии ReCoDe ба қадри кофӣ таҳия нашудаанд. Инчунин, ҷадвалҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснокшудаи пешгӯии хавфи фавти антенаталии тифл, ки ба шароити низоми тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон мутобиқ карда шудаанд, вуҷуд надоранд. Ҳолатҳои зикршуда зарурати омӯзиши ҳамаҷонибаи талафоти перинаталиро бо ҳамгироии равишҳои клиникию эпидемиологӣ, ташкилӣ ва пешгӯӣ ба миён меоранд, ки мубрамӣ ва самти таҳқиқоти мазкурро муайян намуданд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзуъҳои илмӣ. Диссертатсия дар доираи татбиқи «Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон (№ 414 аз 30.09.2021) тасдиқ шудааст, «Барномаи давлатии солимии репродуктивӣ барои солҳои 2023-2027», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №418 аз 31.08.2023 тасдиқ шудааст, мавзуи КИТ-и кафедраи акушерӣ ва гинекологии № 1 ба номи профессор Е. Н. Нарзуллаеваи МДТ ДТБКСТҶТ «Ҷанбаҳои муосири солимии репродуктивии занони синни таваллуд» анҷом дода шудааст. Рақами бақайдгирии давлатӣ: 0121TJ1128. Муҳлати иҷроиш: с. 2020-2025.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Аз ҷиҳати илмӣ асоснок намудан ва таҳия кардани маҷмӯи чорабиниҳои тиббӣ ва ташкилӣ, ки ба беҳтарсозии низоми расонидани кумаки тиббӣ ба занони ҳомила ва зоянда бо истифода аз технологияҳои муосири мусоидаткунанда ба коҳиши фавти перинаталӣ равона шудаанд.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Таҳлил кардани басомад, динамика ва сохтори фавти перинаталӣ дар Тоҷикистон дар тули даҳсолаи охир.
2. Омухтани ҷанбаҳои тибби-иҷтимоӣ ва ташкилии занони ҳомила бо фавти антенаталии тифл.

3. Муайян намудани мушкилоти эҳтимолии тибби-иҷтимоӣ ва ташкилии фавти бармаҳали неонаталӣ.
4. Муайян кардани басомад, динамика ва сохтори нуқсонҳои модарзодии тифл вобаста ба тақсимбандӣ аз рӯйи вазни навзод.
5. Омухтани ҳолати комплекси фетопласентарӣ дар заноне, ки ба фавти антенаталии тифл дучор шуданд ва муайян кардани аломатҳои марбут ба хавфи натиҷаи номатлуби перинаталӣ.
6. Таҳияи пешниҳодҳо оид ба пешгирӣ ва пешгӯии беморшавӣ ва фавти перинаталӣ, ки ба баланд бардоштани сифати кумаки тиббӣ дар марҳилаи назорати пеш аз таваллуд равона шудаанд.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 576 ҳолати талафоти перинаталӣ буд, ки ҳамчун гурӯҳи асосӣ муаррифӣ гардиданд, аз ҷумла: 310 ҳолати фавти антенаталии тифл, 266 ҳолати фавти бармаҳалӣ неонаталӣ, инчунин 100 зан бо натиҷаҳои мусоиди перинаталӣ ҳамчун гурӯҳи муқоисавӣ истифода шуданд.

Мавзуи таҳқиқот ҳуҷҷатҳои меъёрии ҳуқуқии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳифзи саломатии модар ва кӯдак, ки тартиби расонидани хизматрасониҳои тиббиро ба занони ҳомила, зоянда ва навзоида танзим менамоянд, инчунин нишондиҳандаҳои демографии фавти перинаталиро дар давраи солҳои 2015–2024 дар бар гирифт. Таҳлили ретроспективии маводи ҳуҷҷатгузории аввалияи тиббии занони ҳомила, зоянда ва навзоида, ки талафоти перинаталӣ доштанд, ки дар солҳои 2019–2023 гузаронида шуд. Омӯзиши проспективии патоморфологии 89 ҳамроҳак дар солҳои 2019–2023 анҷом дода шуд: 64 ҳамроҳак баъди фавти антенаталии тифл ва 25 ҳамроҳак баъди таваллуди физиологӣ.

Дар солҳои 2022–2024 аудити перинаталии 123 ҳолати фавти перинаталӣ, аз ҷумла аудити 65 ҳолати фавти антенаталии тифл бо истифода аз таснифоти ReCoDe барои муайян намудани сабабҳо ва омилҳои хавф гузаронида шудааст. Бо истифода аз таснифоти ReCoDe аудити перинаталии 123 ҳолати фавти перинаталӣ ва аудити перинаталии 65 ҳолати фавти антенаталии тифл барои

муайян кардани сабабу омилҳои хавф барои давраи солҳои 2022-2024 гузаронида шуд: 54 шакли №029 (корти зани ҳомила ва навтаваллудкарда) таҳлил карда шуданд: 34 зан бо фавти антенаталии тифл ва 20 зане, ки гурӯҳи назоратиро ташкил доданд, бо мақсади таҳияи ҷадвали пешгӯйии хавфи фавти антенаталии ҷанин ва ҷадвали имкони пешгирии фавти антенаталӣ.

Навгонии илмии таҳқиқот. Бори аввал дар Тоҷикистон дар сатҳи миллӣ нишондиҳандаҳои тиббии демографӣ, динамика ва сохтори талафоти перинаталӣ ва нуқсонҳои модарзодии тифл дар давраи даҳсола таҳлил ва қонуниятҳои ташаккули талафоти перинаталӣ муайян карда шуданд. Омилҳои тиббию иҷтимоӣ ва ташкилии хавфи фавти антенаталии ҷанини ва фавтияти бармаҳалӣ неонаталӣ дар марҳилаи ёрии то таваллуд ва дар беморхонаҳои сатҳи сеюм муайян карда шуданд. Вазъи осебпазири иҷтимои-иқтисодии занон ва паҳншавии баланди бемориҳои экстрагениталӣ қайд мешаванд. Камбудиҳо дар ташкили мушоҳидаи то таваллуд ва кумаки неонатологӣ, ҳамчунин мушкилот дар равонкунии саривақтии занони ҳомилаи гурӯҳи хавфи баланд ба муассисаҳои тиббии сатҳи мувофиқ ҳамчунин метавонанд нақши назаррас дошта бошанд.

Бори нахуст дар кишвар методологияи аудити клиникии перинаталӣ таҳия ва ҷорӣ карда шуд, ки ба истифодаи таснифоти байналмилалии ReCoDe (Relevant Condition at Death) асос ёфтааст ва равиши стандартикунонидаи муқаррар намудани сабабҳои мурдатаваллуд шудан ва қабули қарорҳои идоракунанда оид ба пешгирии талафоти перинаталиро таъмин месозад.

Бори аввал ҷадвали пешгӯйӣ барои арзёбии хавфи фавти антенаталии тифл таҳия ва аз сертификатсия гузаронида шуд, ки имкон медиҳад ҳомилаҳои гурӯҳи хавфи баланд ошкор намуда шаванд, натиҷаҳои эҳтимолии номусоид дар марҳилаи мушоҳидаи то таваллуд пешгӯйӣ карда шуда, мудохилаҳои профилактикӣ дар марҳилаи мушоҳидаи то таваллуд ба нақша гирифта шаванд.

Истифодаи маҷмӯии ин воситаҳо имкон дод, ки равишҳои клиникӣ ва ташкилӣ-методӣ ба аудити перинаталӣ ва такмили кумаки акушерию неонатологӣ муттаҳид карда шаванд.

Аҳаммияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Аҳаммияти назариявии таҳқиқот дар васеъ кардани донишҳои илмӣ дар бораи механизмҳои тиббӣ-иҷтимоӣ, клиникӣ ва ташкилии ташаккули талафоти перинаталӣ мебошад. Системаи илман асоснокшудаи идоракунии хавфҳои перинаталӣ, ки ба принсипҳои пешгӯйӣ, аудит ва таҳлили стандартикунонидаи сабабҳои талафоти перинаталӣ асос меёбад, таҳия шудааст.

Аҳаммияти амалии таҳқиқотро таҳия ва татбиқи маҷмуи технологияҳои муосир муайян мекунад, ки ба беҳтар намудани сифати ёрии акушерӣ-неонатологӣ ва коҳиш додани талафоти перинаталии пешгиришаванда нигаронида шудааст.

Хулосаҳои назариявӣ имкон медиҳанд, ки равиши системавии такмили ёрии перинаталӣ барои беҳтар кардани сифати хизматрасониҳои тиббӣ ва коҳиш додани беморшавӣ ва фавти перинаталӣ дар кишвар татбиқ карда шавад. Аҳаммияти назариявии ин кор дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ ва методологии диссертатсия дар раванди таълим дар кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ба номи профессор Е. Н. Нарзуллаева ва кафедраи неонатологияи МДТ ДТБКСТ ҶТ ҳангоми хондани лексияҳо ва гузаронидани дарсҳои амалӣ барои донишҷӯён ва ординаторҳои клиникӣ васеъ истифода мешаванд. Методологияи аудити фавти перинаталӣ ва ҷадвали пешгӯйӣ барои арзёбии хавфи фавти антенаталии тифл, ки таҳия гардидаанд, дар фаъолияти амалии мутахассисони КАТС ва таваллудхонаҳо татбиқ карда шуданд.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда.

1. Тамоюли коҳиши нишондиҳандаҳои фавти перинаталӣ, мурдатаваллуд ва фавти бармаҳалӣ неоналӣ муайян карда шудааст, ки аз беҳтар шудани сифати кумаки перинаталӣ дар кишвар шаҳодат медиҳад.

2. Омилҳои калидии тиббӣ-иҷтимоӣ, клиникӣ-ташкилӣ ва демографӣ алоқаманд бо фавти антенаталии тифл ва фавти бармаҳали неонаталӣ муайян ва мунтаззам карда шудаанд, ки имкон медиҳад гурӯҳҳои хавфи баланд дар марҳилаи то таваллуд пешгӯйӣ карда шаванд.
3. Робитаи байни басомад ва сохтори нуқсонҳои модарзодӣ ва вазни бадан ҳангоми таваллуд муқаррар карда шудааст. Нуқсонҳои системаи марказии асаб дар навзодоне бештаранд, ки вазни ниҳоят кам доранд, дар ҳоле ки нуқсонҳои системаи дилу рагҳо дар навзодони расида бештар маъмул мебошанд.
4. Робитаи фавти антенаталии тифл бо маҷмӯи тағйироти патоморфологии ҳамроҳак исбот карда шуд. Ин тағйирот аз вайроншавии гардиши хуни бачадону машимавӣ, инчунин фетопласентарӣ ва аз декомпенсатсияи фаъолияти он шаҳодат медиҳанд.
5. Амсилаи ташкили кумаки тиббӣ ба занони ҳомила ва зоянда дар сатҳи назорати то таваллуд ва кумаки махсусгардонидашуда таҳия ва аз ҷиҳати илмӣ асоснок карда шуд. Дар ососи татбиқи арзёбии пешгӯии хавфи фавти антенаталии ҷанин ва методологияи аудити фавти перинаталиро дар бар мегирад, ки ба коҳиш додани беморшавӣ ва фавти перинаталӣ мусоидат менамояд.
6. Самаранокии гузаронидани аудити клиникии перинаталӣ ҳамчун воситаи калидии арзёбӣ ва баланд бардоштани сифати фаъолияти муассисаҳои ёрирасони таваллуд, пешгирии саривақтии фавти антенаталии тифл ва ва беҳсозии ёрии таъҷилии акушерӣ-неонаталогӣ исбот карда шуд.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои тадқиқот. Эътимоднокии тадқиқоти диссертатсионӣ бо дуруст истифодаи усулҳои муосири ҷамъоварӣ ва коркарди маълумоти ибтидоӣ, интихоби дурусти воҳидҳои мушоҳида, ҳаҷми кофии маҷмӯи интихобии таҳқиқшаванда, иштироки бевоситаи муаллиф дар гирифтани маълумоти ибтидоӣ ва натиҷаҳои

тадқиқот таъмин карда мешавад ва бо санҷиш, муҳокимаи натиҷаҳои тадқиқот дар конфронсҳои байналмилалии илмӣ, нашри натиҷаҳо дар нашрияҳои илмии баррасишаванда тасдиқ карда мешавад. Ҳамаи муқаррароти илмӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалии диссертатсия вазифаҳои гузошташударо пурра инъикос мекунанд, асоснок ва мантиқан аз натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашуда бармеоянд. Ҳаҷм ва коркарди омории маълумоти ба дастомада репрезентативӣ мебошанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Диссертатсия ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 3.2.3. Сиҳатии ҷомеа ва ташкили нигаҳдории тандурустӣ: 2.1. Проблемаҳои назариявии нигоҳдории сиҳатии аҳолӣ ва тандурустӣ, назарияҳо ва консепсияҳои рушди тандурустӣ; 2.2. Шароит ва тарзи ҳаёти аҳолӣ, проблемаҳои иҷтимоӣ - беҳдоштии онҳо, арзёбиии таъсири шароит ва тарзи ҳаёт ба давомнокии он ва нишондиҳандаҳои саломатии аҳолӣ, ташаккули тарзи ҳаёти солим; 2.3. Таъсири маҷмӯии омилҳои иҷтимоӣ, иқтисодӣ, биологӣ, экологӣ ва тиббӣ ба саломатии аҳолӣ, коркарди чораҳои пешгирӣ ва роҳҳои коҳиш додани таъсиррасониҳои номатлуб; 2.4. Вазъи саломатии аҳолӣ ва тамоюли тағйироти он, таҳқиқоти равандҳои демографӣ, беморшавӣ, инкишофи ҷисмонӣ, таъсири омилҳои иҷтимоӣ, демографӣ ва омилҳои муҳити беруна ба саломатии аҳолӣ, гурӯҳҳои алоҳидаи он; 2.5. Ташкили ёрии тиббӣ ба аҳолӣ, коркарди амсилаҳои навини ташкилӣ ва технологияҳои пешгирӣ, расонидани ёрии тиббӣ ва офиятёбии аҳолӣ; арзёбии сифати ёрии тиббии дармонгоҳӣ ва беморхонагӣ. Асосноккунии роҳҳои пешрафт ва ислоҳоти низоми тандурустӣ, ташкили ёрии тиббии махсусгардонидашуда; 2.8. Таҳқиқоти қонуниятҳои инкишофи низоми пешгирӣ ва коркарди методологияии арзёбии самаранокии барномаҳои пешгирӣ. 3.1.1. Акушерӣ ва гинекологӣ: 2.1.3. Муайян намудани ҳолати дохилибатнии ҷанин. Мубодилаи моддаҳо, нафаскашӣ ва ғизогирии дохилибатнии ҷанин. Инкишофи узвҳо ва системаҳои ҷанин. Ташхиси

иллатҳои инкишофи ҷанин. Таъсири омилҳои муҳити беруна ва маводи доруворӣ ба ҷанин. Тасҳеҳи ихтилолоти ҳолатҳои дохилибатнии ҷанин; 2.1.4. Ошкор намудани тағйирот дар организми зан ҳангоми ҳомиладорӣ. Тағйироти физиологӣ ва иллатҳои имконпазир аз ҷониби: системаи дилу рагҳои хунгард ва хун; системаи эндокринӣ (ғадудӣ); системаи масуният;мубодилаи моддаҳо; узвҳои нафаскашӣ; узвҳои ҳозима ва ихроҷ; 2.1.5. Ташхис ва беҳдошти ҳомиладорӣ. 2.1.6. Иллатҳо дар ҷараёни ҳомиладорӣ: бардошт накардан, то ба охир бардошт накардан ва аз муҳлати муқаррарӣ зиёд бардоштани ҷанин; оризаҳои(гестози) ҳомиладорон; хунравӣ дар вақти ҳомиладорӣ. 2.1.7. Ҷараён ва бурдани таваллуд. Омилҳое, ки ба фарорасӣ ва дастгирии фаъолияти таваллудӣ мусоидат менамоянд. 3.1.8. Ҷараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд ҳангоми бемориҳои экстрагениталӣ ва бемориҳои узвҳои таносулӣ. Бемориҳои сироятӣ ва ҳомиладорӣ, бемориҳои системаи дилу рагҳои хунгард ва хун, эндокринопатия, бемориҳои ҷигар, гурдаҳо, узвҳои нафаскашӣ ва ҳозима. 2.2.8. Масъалаҳои ташкили кӯмакҳои акушерӣ-гинекологӣ.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф мустақилона ҳадаф ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян намуда, ҷустуҷӯ ва таҳлили адабиёти ҷаҳонӣ ва ватанӣ, ҷамъоварӣ ва таҳлили маводи худиро анҷом додааст. Довталаб пешниҳодҳои ратсионализатсиро оид ба аудити перинаталӣ дар сатҳи антенаталӣ ва ҷадвали пешгӯйии фавти антенаталии тифлро дар марҳилаи ёрии то таваллуд таҳия кардааст, мустақилона саволномаҳоро тартиб додааст, натиҷаҳои омориро коркард намуда, диссертатсия ва авторефератро навиштааст. Саҳми шахсии унвонҷӯ 90%-ро ташкил медиҳад.

Тасвиб ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия. Муқаррароти асосии диссертатсия дар конференсияи XXVI солонаи байналмилалии илмию амалии МДТ ДТБКСТ ҶТ «Самтҳои нави рушди илм ва таҳсилоти тиббӣ» (5 ноябри с. 2020), конференсияи XXVII илмӣ-амалии МДТ ДТБКСТ ҶТ «Дастовардҳои муосири илм ва таҳсилоти тиббӣ дар солҳои истиқлолият» (Душанбе, 9 октябри с. 2021), конференсияи XXVIII солонаи илмию амалии МДТ ДТБКСТ

ҶТ «Тамоюлҳои муосири илм ва амалия дар соҳаи тандурустӣ» (Душанбе, 7 ноябри с. 2022), анҷумани VII акушер-гинекологони Тоҷикистон (Душанбе, 22 ноябри с. 2022), конференсияи солонаи илмӣ-амалии МДТ ДТБКСТ ҶТ бо иштироки байналмилалӣ «Ҳамгироии технологияҳои нав ба илм ва таҳсилоти тиббӣ - асоси тайёрии кадрҳои муосири соҳаи тандурустӣ» (27 октябр, с. 2023), конференсияи XXX солонаи илмию амалии МДТ ДТБКСТ ҶТ бо иштироки байналмилалӣ "Илм ва маорифи тиббӣ - аз анъана ба инноватсияҳо" (Душанбе, 11 октябри соли 2024), конференсияи байналмилалии илмӣ-амалии "Масъалаҳои мубрами акушерӣ ва гинекологӣ" бахшида ба 50-солагии Маркази ҷумҳуриявии илмию амалии тиббии махсусгардонидашудаи саломатии модар ва кӯдак (Тошканд, 17-19 октябри с. 2024), конференсияи солонаи V ҷумҳуриявии илмию амалии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон», бахшида ба 30-солагии Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон (Данғара, 29 ноябри с. 2024), шурои экспертии байникафедравӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии МДТ ДТБКСТ ҶТ (протоколи № 4/1 аз 17 июни с. 2026).

Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия. Аз рӯйи мавзуи диссертатсия 30 таълифот, аз ҷумла 15 адад дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА ҶТ ва ФР ба нашр расидааст, 7 дастури таълимӣ-методӣ таҳия гардида шудааст, гувоҳномаҳо барои 2 пешниҳоди ратсионализаторӣ ва як патент гирифта шуданд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 317 саҳифаи матни компютерӣ бо забони русӣ навишта шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 5 боб таҳқиқоти худӣ, баррасии натиҷаҳо, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ, рӯйхати адабиёт иборат мебошад. Кор 28 расм ва 78 ҷадвалро дар бар мегирад. Рӯйхати адабиёт аз 311 манбаъ иборат буда, таълифоти 168 муаллифи ватанӣ ва 143 муаллифи хориҷиро фаро мегирад.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ин таҳқиқоти диссертатсионӣ дар солҳои 2019-2024 дар кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ба номи профессор Е. Н. Нарзуллаеваи МДТ ДТБКСТ ҶТ, ки пойгоҳи муассисаи сатҳи сеюм

«Пажуҳишгоҳи илмию таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и ВТ ҲИА ҶТ мебошад, гузаронида шудааст. Он дар якчанд марҳила анҷом дода шуд.

Дар марҳилаи 1-уми таҳқиқот баррасии интишороти илмӣ оид ба мавзуи диссертатсия ва таҳлили ҳуҷҷатҳои меъёрӣ-ҳуқуқии танзимкунандаи тартиби таъмини хизматрасониҳои тиббӣ ба занони ҳомила, зоянда ва таваллудкарда анҷом дода шуд. Дар марҳилаи 2-юм нишондиҳандаҳои тиббӣ-демографӣ таҳлил карда шуданд, ки ташкили ёрии перинаталиро барои солҳои 2015-2024 дар асоси маълумоти манбаъҳои расмии Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тиббии ВТҲИАҶТ ва шакли №32 "Маълумот дар бораи хизматрасонии тиббӣ ба занони ҳомила, зоянда ва навзодон", ки аз ҷониби Агентии омори назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон №54 аз 11 ноябри соли 2013 тасдиқ шудааст, ҳисоботи солонаи беморхонаи сатҳи сеюми МД ПИТАГваПТ (2015-2022) тавсиф мекунанд. Бо истифода аз усули интихоби тасодуфии намунаҳо аз рӯйи пурсишномаҳои махсус таҳияшуда таҳлили ҳамаҷонибаи ҳуҷҷатҳои тиббӣ (шакли №029 - корти инфиродии зани ҳомила, шакли №87 - корти мубодилавӣ, шакли №096 - таърихи валодат, кортҳои навзодон) 576 ҳолати талафоти перинаталӣ гузаронида шуд. Гурӯҳи асосӣ аз 310 зани ҳомила бо фавти антенаталӣ (пурсишномаи №1) ва 266 модаре иборат буд, ки навзодонашон пас аз таваллуд дар давоми 7 рӯз (168 соат) дар беморхонаи сатҳи сеюм солҳои 2020-2023 фавтидаанд. Гурӯҳи муқоисавӣ аз 100 зан бо натиҷаҳои мусбати перинаталӣ иборат буд.

Меъёрҳои дохилкунӣ фавти антенаталии тасдиқшуда дар муҳлати гестатсионӣ ≥22 ҳафта; ҳомилагии якҷанина; таваллуд дар беморхонаи сатҳи сеюм дар давраи солҳои 2019-2023; мавҷудияти ҳуҷҷатҳои аввалияи тиббии дастрас (шакли №029, шакли №087, шакли №096) буданд. Меъёрҳои истисношавӣ: ҳомилагии бисёрҳамлӣ; муҳлати гестатсия <22 ҳафта; бастаи нопурраи ҳуҷҷатҳо (набудани шакли №096 ва/ё №029); фавти интранаталии ҷанин (барои таҳлили алоҳида).

Меъёрҳои дохилкунӣ барои гурӯҳе, ки фавти барвақти неонаталӣ доштанд, чунин буданд: тифли зинда таваллудшуда, навзоде, ки дар давоми 7 рӯзи аввали (168 соат) баъди таваллуд дар беморхонаи сатҳи III дар давраи солҳои 2019-2023 фавтидааст; муҳлати гестатсия ҳангоми таваллуд ≥22 ҳафта; ҳомилагии якҳамлӣ. Меъёрҳои истисношавӣ: ҳомилагии бисёрҳамлӣ; муҳлати гестатсия <22 ҳафта; фавти антенаталӣ (алоҳида таҳлил карда мешавад); фавт пас аз 168 соати ҳаёт.

Дар марҳилаи III таҳлили патоморфологии 89 ҳамроҳак гузаронида шуд (64 - аз фавти антенаталӣ, 25 - пас аз таваллуди физиологӣ). Дар марҳилаи ниҳоии IV методологияи аудити перинаталӣ таҳия карда шуд, ки дар солҳои 2022-2024 дар 123 ҳолати фавти перинаталӣ (фавти антенаталӣ, интранаталӣ ва неонаталӣ) санҷида шудааст. Дар ҳамин марҳила барои муайян кардани сабабҳои эҳтимолии фавтияти перинаталӣ ва имкониятҳои аздастрафтаи тиббию ташкилӣ дар сатҳи нигоҳубини то таваллуд ва дар беморхонаи сатҳи сеюм аудити перинаталии 65 ҳолати фавти антенаталии тифл бо истифода аз таснифоти ReCoDe (Relevant Condition at Death) гузаронида шуд. Ҷадвали пешгӯйии хавфи фавти антенаталии тифл дар асоси 54 ҳолат таҳия карда шуд: 34 ҳолати фавти антенаталӣ ва 20 ҳолати таваллуди физиологӣ. Барои арзёбии арзишмандии ҷадвал барои пешгӯйӣ аз ҷониби мо амсилаи регрессияи логистикӣ сохта шуд, ки дар он ҳамчун тағйирёбандаи вобаста натиҷа (фавти антенаталӣ/таваллуди зинда) ва тағйирёбандаи мустақил категорияи хавф (паст - 1, миёна - 2 ва 3 - баланд рамзгузорӣ шудааст) истифода шуд.

Методологияи таҳқиқот: таҳлили мавод (content analysis), усули баҳогузориҳои экспертӣ, таҳлилӣ, математикӣ-оморӣ ва графикӣ-таҳлилӣ, усули амсиласозии сохтори ташкилӣ.

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Гравидограммаи ҳамаи занон бо фавти антенаталии ҳамл барои муайян кардани таъхир дар инкишофи дохилибатнӣ арзёбӣ карда шуд; ду маротиба (дар ҳафтаҳои 11-14 ва 18-20) скрининги пренаталӣ ва скрининги ултрасадоӣ (ултрасадои фетометрӣ ва допплерии ҷараёни хуни машимаю бачадон) гузаронида шуд. Муоинаи лабораторӣ

инҳоро дар бар мегирифт: муайян кардани сатҳи гемоглобини хун, кишти бактериологии пешоб барои бактериурияи бенишон, муайян кардани сафедаи пешоб (барои протеинурия).

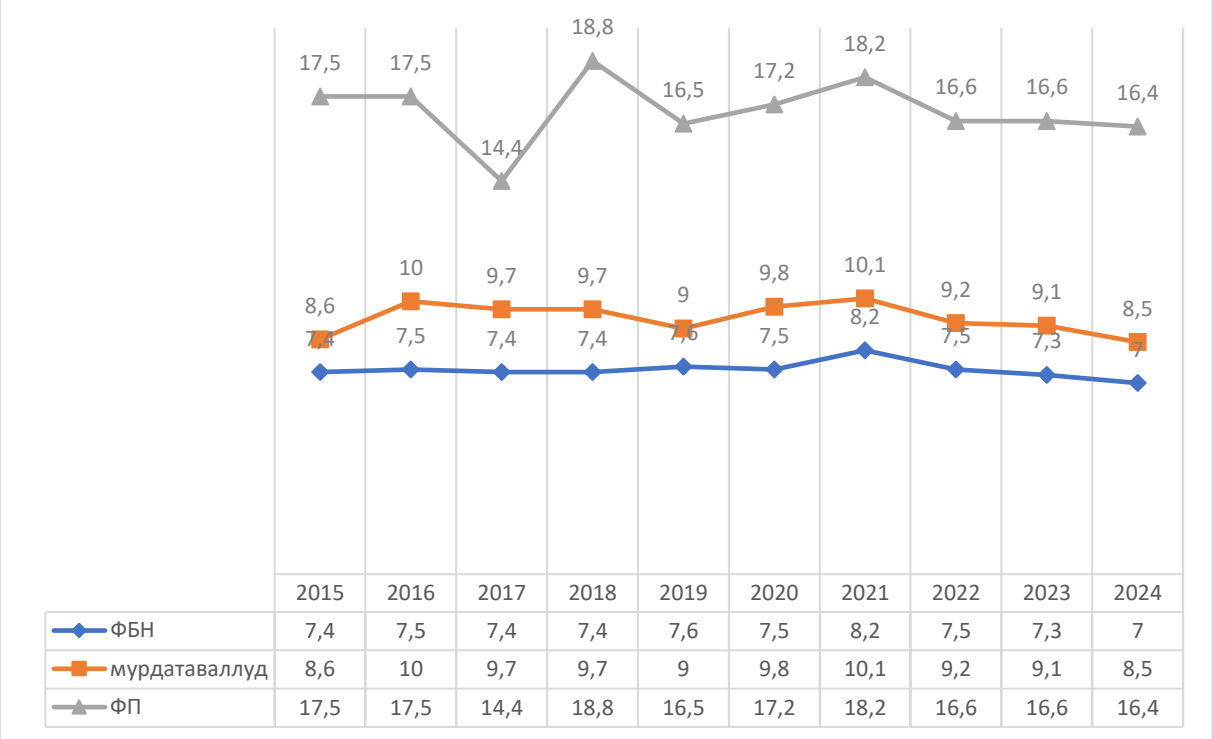
Вазни бадани навзодон мувофиқи таснифоти норасидӣ (СУТ ва FIGO) арзёбӣ карда шуд: вазни бениҳоят паст: 500-999 г; вазни хеле паст: 1000-1499 г; вазни паст: 1500-2499 г.

Коркарди омории маълумот оид ба динамикаи талафоти репродуктивӣ ва динамикаи талафоти модарзодӣ дар барномаи R version 4.5.2 (R Core Team, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2025) анҷом дода шуд. Нишондиҳандаҳои сифатӣ ҳамчун арзишҳо ва ҳиссаҳои мутлақ - n (%) пешниҳод гардиданд, дар баробари ин фоиз аз шумораи умумии НМТ (нуқсонҳои модарзодии тифл) дар соли дахлдор ва дар гурӯҳи вазни дахлдор ҳисоб карда шуд. Дар ҳолати риоя шудани шартҳои татбиқ санҷиши хи-квадрати Пирсон истифода мешуд; дар ҳолати кам будани басомадҳои интизоршаванда, вақте ки шартҳои татбиқи он вайрон мешуданд, санҷиши дақиқи Фишер-Фриман-Холтон бо арзёбии p бо истифода аз усули Монте-Карло истифода мешуд. Тафовутҳо ҳангоми $p<0,05$ будан аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида мешуданд. Ҳангоми таҳияи ҷадвали пешгӯйии хатари фавти антенаталӣ усули тақсим кардани намунаҳо ба омузанда (70%) ва валидатсионӣ (30%) истифода шуд. Интихоби предикторҳо бо истифода аз усули LASSO бо валидатсияи салибӣ анҷом дода шуд. Шкалаи пешниҳодшуда дар асоси коэффитсиентҳои β-и регрессияи логистикӣ, ки ба холҳо табдил дода шудаанд, сохта шудааст. Ҳангоми валидатсия AUC ROC дар намунаҳои омузанда ва валидатсионӣ, графики танзими калибрӣ, ҳассосият ва мушаххасиятро дар нуқтаи cut-off бо истифода аз индекси Юден ба кор бурда шуд. Дар ин таҳқиқот барои ҳалли масъалаҳои гузошташуда усулҳои дастрас, иттилоънок ва санҷидашудаи таҳқиқотӣ истифода карда шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

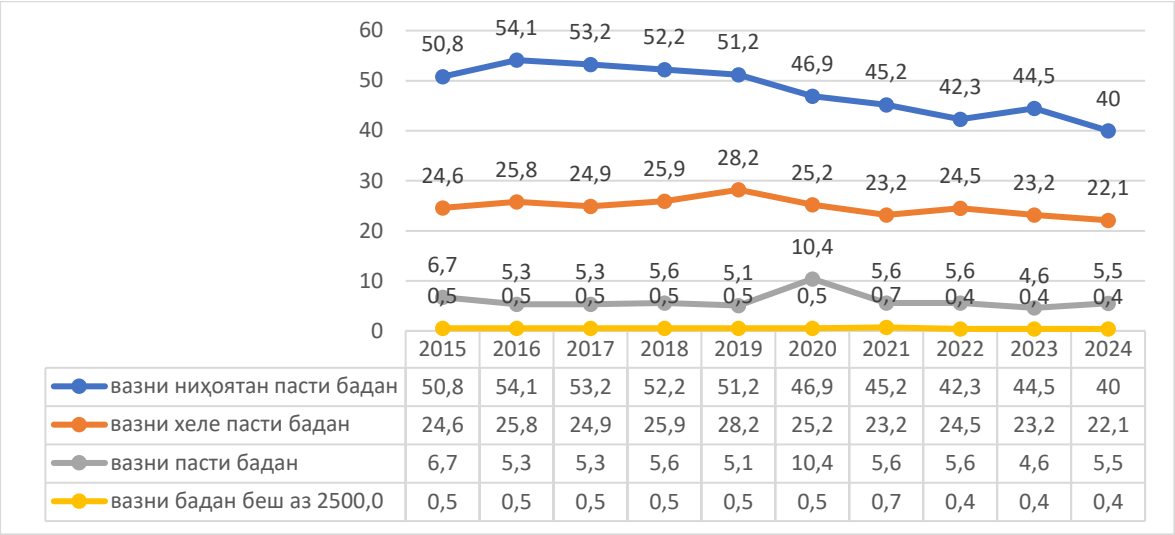
Дар давраи даҳсола (2015-2024с.) нишондиҳандаи фавти перинаталӣ динамикаи ноустувор нишон дод, аммо дар маҷмуъ майл ба коҳиш аз 17,5%

дар соли 2015 дошт ва дар соли 2024 ин нишондод 16,4% ба 1000 таваллуди зиндаро ташкил дод (p<0,001). Дар давраи таҳлилшуда ҳамчунин коҳиши фавти барвақти неонаталӣ аз 7,4% то 7,0‰ мушоҳида шуд, ки аз баланд шудани сифати нигоҳубини антенаталии занони ҳомила гурӯҳи хавфи баланд шаҳодат медиҳад, аммо фарқият ба аҳаммияти оморӣ нарасид (p=0,408) (расми1).



Расми 1. – Динамикаи фавтияти перинаталӣ, мурдатаваллуд ва фавти бармаҳалӣ неонаталӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (ба 1000 зинда таваллуд)

Дар сохтори фавти перинаталӣ шумори мурдатаваллуд коҳиш ёфт (аз 8,6 то 8,5 ба 1000 зиндатаваллуд, мутаносибан) (p=0,128). Нишондиҳандаҳои мурдатаваллуд дар байни навзодон бо вазни ниҳоятан пасти бадан 1,3 маротиба коҳиш ёфтанд (50,8% дар соли 2015 ва 40,0% соли 2024), дар байни навзодон бо вазни хеле хеле бадан - 24,7%, дар соли 2024 - 22,0% (p<0,001), бо вазни пасти бадан – 6,7%, дар соли 2024 – 5,5% (p<0,001) (Расми 2).



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
вазни ниҳоятан пасти бадан	50,8	54,1	53,2	52,2	51,2	46,9	45,2	42,3	44,5	40
вазни хеле пасти бадан	24,6	25,8	24,9	25,9	28,2	25,2	23,2	24,5	23,2	22,1
вазни пасти бадан	6,7	5,3	5,3	5,6	5,1	10,4	5,6	5,6	4,6	5,5
вазни бадан беш аз 2500,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,4	0,4

Расми 2. - Динамикаи мурдатаваллуд дар байни гуруҳҳои дорои вазнҳои гуногун.

Таҳлили сабабҳои фавти бармаҳали навзодон вобаста ба вазни навзодон дар давраи даҳсола дар кишвар гувоҳӣ аз тағйирёбии назарраси сохтори сабабҳои фавти неонаталӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар даҳ соли охир медиҳад. Дар ҳоле ки қаблан сабабҳои пешгиришавандаи интранаталӣ нақши муҳим доштанд, суст инкишофёбии дохилибатнӣ тифл 1,6 маротиба коҳиш ёфт (мутаносибан аз 4,0 то 2,4% ($p<0,001$)), гипоксияи дохилибатнӣ - аз 6,2% то 3,2% ($p<0,001$) ва пневмонияи дохилибатнӣ - аз 6,8% то 4,4% ($p<0,001$), ҳоло ба мавқеи пеш бемориҳои аз сабаби норасидии амиқ, норасоии морфофункционалӣ ва нуқсонҳои модарзодӣ ба вуҷудомада мебароянд, ки вазни нисбии онҳо аз ҷиҳати омор каме коҳиш ёфтааст (аз 25,0% дар соли 2015 то 21,1%) ($p<0,001$), ки ба тамоюлҳои кунунии ҷаҳонии рушди неонатология мувофиқ аст.

Тафовутҳои назарраси оморӣ дар хусусиятҳои синнусолии заноне, ки фавти антенаталии тифл доштанд, дар муқоиса бо гурӯҳи заноне, ки натиҷаҳои мусбати перинаталӣ доштанд, муайян карда шуданд. Синну соли миёна дар гурӯҳи асосӣ аз ҷиҳати оморӣ аз гурӯҳи назоратӣ фарқ мекард (28,0 ФЭ 24,0 - 33,0 ва 25,0 ФЭ 22,0 - ФЭ 32,0).

Беш аз ҳар панҷумин зани ҳомилаи гурӯҳи асосӣ (21,9%) дар синни дери репродуктивӣ қарор дошт, ки нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 6 маротиба зиёдтар аст (мутаносибан 21,9 ва 3,0%) (($P<0,001$*). Шумораи занони такроран

ҳомилашуда дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 5 маротиба зиёдтар буд (мутаносибан 22,4 ва 4%) (p<0,001). Занони такроран ҳомилашуда дар гурӯҳҳои таҳқиқот фарқияти омории назаррас надоштанд. Шумораи занони бисёртаваллудкарда дар гурӯҳи назоратӣ 3,6 маротиба зиёдтар буд (мутаносибан 21,0 ва 5,7%) (p<0,001*) (Ҷадвали 1.).

Ҷадвали 1. – Паритети таваллуд дар занҳои таҳлилкарда

паритет	Гуруҳи ассосӣ n=310		Гуруҳи муқоисавӣ n =100		P
	Мутлак	%	Мутлак	%	
Нахустҳомила нахустзой	40	12,9	29	29,0	<0,001
Такрорҳомила нахустзой	85	27,4	4	4,0	<0,001*
такрорзой	149	48,1	46	46,0	>0,05
бисъёрзой	36	11,6	21	21,0	<0,001*

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи назоратӣ (тибқи меъёри Хи-квадрати Пирсон; * - тибқи меъёри дақиқи Фишер; ** - тибқи меъёри Манн-Уитни).

Анамнези акушерӣ дар байни заноне, ки ба фавти антенаталии тифл дучор шуданд, назар ба гурӯҳи назоратӣ 5 маротиба бештар мушкилиҳоро (мутаносибан 82,9 ва 52%) (p<0,001*), аз ҷумла дорои дар анамнез мурдатаваллуд (мутаносибан 34,6 ва 1/1,9%) (p<0,001*) дар бар мегирифт.

Дар байни бемориҳои экстрагениталӣ камхунии дараҷаҳои гуногуни вазнинӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 2,7 маротиба бештар ҷой дошт (мутаносибан 86,1 ва 31,0%) (p<0,001); бемориҳои системаи пешоб - 1,7 маротиба бештар (мутаносибан 59,7 ва 34,0%) (p<0,001). Дар гурӯҳи заноне, ки натиҷаи номусоиди перинаталӣ доштанд, бемориҳои системаи нафас - илтиҳоби шуш, астмаи бронхиалӣ ва бронхит нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ бештар маъмул буданд: 42,3% дар муқобили 8,0% (p<0,001), ки ба тафовути тақрибан 5,2-маротибагӣ мувофиқат мекунад. Васеъшавии варикозии рагҳои дасту пойҳо дар 24,8% занони ба ФАТ дучоршуда ва дар 3,0% заноне, ки

натиҷаи мусоиди перинаталӣ доштанд (p<0,001), ошкор карда шуд (Ҷавали 2.).

Ҷадвали 2. – Сохтори бемориҳои эктсрагениталӣ дар занҳои таҳлилкарда

Нозология	Гуруҳи ассосӣ n=310		Гурҳи мукоисавӣ n=100		P
	Мутлак	%	Мутлак	%	
Камхунӣ	267	86,1	31	31,0	<0,001
Гепатитҳо	38	12,3	12	12,0	>0,05
Бемориҳои узвҳои пешобарор	185	59,7	34	34,0	<0,001
Патологияҳои системаи дилу рагҳо	45	14,5	2	2,0	<0,001*
Фарбеҳи	50	16,1	4	4,0	=0,001*
Бемориҳои ғадуди сипаршакл	118	38,1	21	21,0	=0,002
БҚ	17	5,5	1	1,0	>0,05*
Бемории варидӣ	77	24,8	3	3,0	<0,001*
Бемориҳои узвҳои нафас	131	42,3	8	8,0	<0,001*
Бемориҳои узвҳои хозима	78	25,2	9	9,0	<0,001*

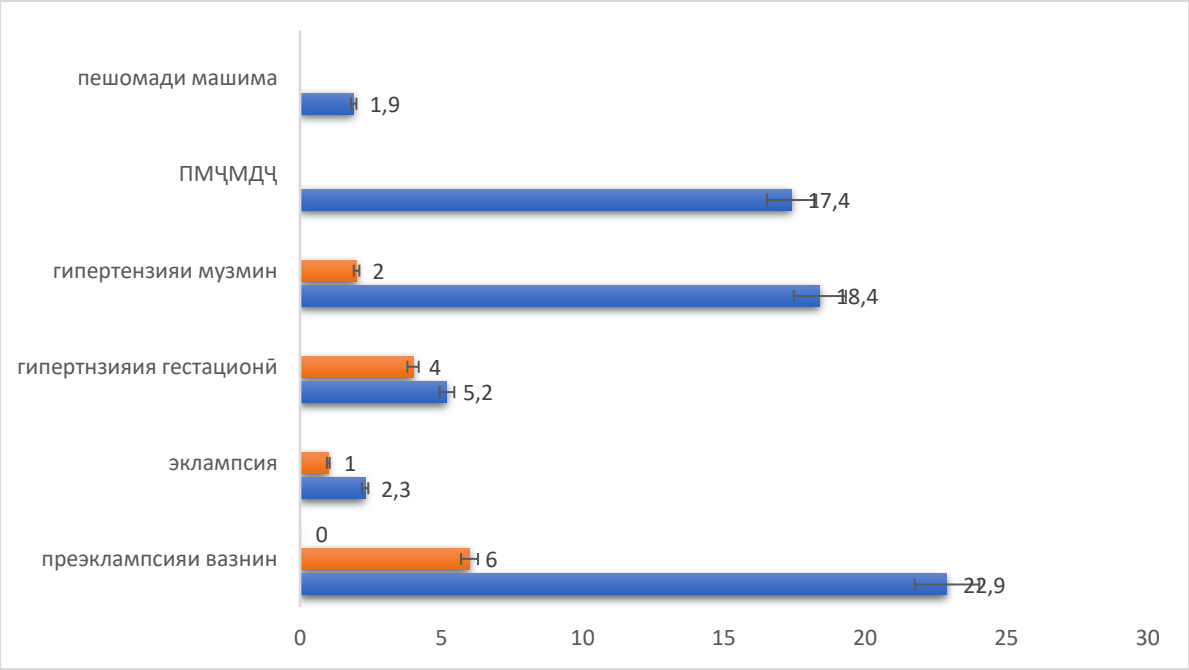
Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи назоратӣ (тибқи меъёри Хи-квадрати Пирсон; * - тибқи меъёри дақиқи Фишер; ** - тибқи меъёри Манн-Уитни).

Бемориҳои системаи ҳозима дар ҳар чорумин зан (25,2%) дар гурӯҳи асосӣ дар муқобили 9,0% дар занҳои гурӯҳи назоратӣ (p<0,001), яъне тақрибан 2,8 маротиба бештар мушоҳида шуданд. Патологияҳои системаи дилу рагҳо, ба монанди бемории гипертония ва нуқсонҳои дил, дар 14,5% занони гурӯҳи дучор ба ФАТ ва дар 2,0% занҳои гурӯҳи муқоисавӣ (p<0,001) ташхис карда шуданд, басомад тақрибан 7,3 маротиба фарқ мекард. Ҳолатҳои марбут ба норасоии йод 1,8 маротиба бештар (мутаносибан 38,1 ва 21,0%) мушоҳида шуданд (p=0,002).

Аз анамнези истифодаи воситаҳои пешгирии ҳомиладорӣ маълум карда шуд, ки заноне, ки дар гузашта фавти антенаталии ҳамл доштанд, 1,3 маротиба бештар аз воситаҳои пешгирии ҳомиладорӣ истифода намекарданд (мутаносибан 67,1% ва 55,0%) (p<0,005).

Сироятҳои TORCH омили муҳимми хавфи ФАТ буд; он дар занони гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ хеле зиёдтар ошкор карда шуд: мутаносибан, 40,6% дар муқобили 1,0% (p<0,001). Ин фарқият робитаи эҳтимолии байни сироятҳои TORCH ва хавфи фавти тифл дар давраи антенаталиро нишон медиҳад.

Дар байни ихтилоҳои давраи ҳомилагӣ преэклампсияи вазнин дар гурӯҳи занони ҳомила бо мурдатаваллуди 3,8 маротиба бештар ба қайд расид (мутаносибан 22,9% ва 6,0%) (p<0,001). Гипертензияи музмин - 9 маротиба бештар (мутаносибан 18,4% ва 2,0%), p<0,001). Тавре ки дар расм нишон дода шудааст, дар 17,4%-и ҳолатҳо сабаби фавти антенаталии тифл пеш аз муҳлат ҷудошавии машимаи дуруст ҷойгир ҷудошавии ва пешомад машима буд - 1,9% (Расми 3.).



Расми 3. - Оризаҳои гестатсионӣ ҳангоми ҳомиладорӣ

Таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ шаҳодат дод, ки танҳо 59,4% заноне, ки фавти антенаталии тифл доштанд, барои назорати антенаталӣ фаро гирифта

шудаанд, ки ин нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (82,0%) 1,4 маротиба камтар аст (p<0,001). Аз ҷумлаи занҳое, ки мушоҳида фаро гирифт, фарогирии барвақти занони ҳомила (то ҳафтаи 12-ум) дар гурӯҳи асосӣ 45,1%-ро ташкил дод, ки нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (68,3%) 1,5 маротиба камтар буд (p<0,001).

Заноне, ки ҳомиладории онҳо бо фавти антенаталии тифл анҷом ёфт, на бештар аз 4 маротиба ба кормандони тиббӣ мурочиат кардаанд, ки ин нисбат ба заноне, ки натиҷаҳои мусоиди перинаталӣ доштанд, 5,2 маротиба бештар аст (мутаносибан 63,6 ва 12,2%) (p<0,001). Тақрибан нисфи занони ҳар ду гурӯҳ дар марказҳои солимии репродуктивии ноҳиявӣ назорат карда шуданд: 50,0% дар гурӯҳи асосӣ ва 48,8% дар гурӯҳи назоратӣ. Байни гурӯҳҳо фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим мушоҳида нашуданд (p>0,05). Скрининг оид ба бактериурияи бенишон дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 2 маротиба камтар анҷом дода шудааст - мутаносибан, 43,5% ва 87,7% (p<0,001*). Ин далел метавонад сабаби сироятёбии ҳамл ва таъсир ба натиҷаҳои перинаталӣ бошад. Муайян кардани сафедаи пешоб (мавҷудияти протеинурия) ҳангоми мурочиати такрорӣ (18-20 ҳафта) ҳатмист. Дар гурӯҳи асосӣ он нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 1,4 маротиба камтар муайян карда шуд - мутаносибан, 71,2% ва 100,0% (p<0,001*). Ин нишона ба ихтилоли кори филтрҳои гурда, аз ҷумла ба бемории гурда, сироятёбӣ ё преэклампсия ишора мекунад. Барои пешгирии НМТ дар СМА, кислотаи фолий (400 мг) дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 2,6 маротиба камтар истифода шудааст (мутаносибан 26,7% ва 73,2%, p <0,001).

Дар байни занони ҳомила дар гурӯҳи асосӣ скрининги ултрасадоӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 1,5 маротиба камтар - 53,3% ва 80,5% (p<0,001) анҷом дода шуд. Скрининги ултрасадоӣ дар ҳафтаҳои 18-20-ум дар 58,7% занони гурӯҳи асосӣ анҷом дода шуд, ки нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (100,0%) 1,7 маротиба камтар буд (p<0,001*). Нуқсонҳои модарзодии тифл танҳо дар занони гурӯҳи асосӣ - дар 9,2% ошкор карда шуданд.

Гӯш кардани тапиши дили тифл ҳангоми муроҷиати сеюм, ки тақрибан дар ҳафтаи 26-уми ҳомиладорӣ пешбинӣ шудааст, дар гурӯҳи асосӣ камтар анҷом дода шуд: 77,7% дар муқобили 100,0% дар гурӯҳи муқоисавӣ (p <0,001).

Гравидограмма, ки ҳангоми муоинаи дуюм ба пур карданаш шуруъ мекунанд ва дар ду мушоҳидаи баъдӣ арзёбӣ мешавад, низ камтар истифода мешуд: дар 46,2% занони гурӯҳи асосӣ ва 95,1% занони гурӯҳи муқоисавӣ (p<0,001).

Пешгирии камхунӣ бо маводҳои сулфати оҳан (60 мг) ба 85,3% занони ҳомилаи гурӯҳи асосӣ ва дар гурӯҳи муқоисавӣ ба 100,0% гузаронида шуд (p<0,001). Басомади машварати тиббии генетикӣ барои заноне, ки издивоҷҳои хешутаборӣ ва анамнези аворизноки акушерӣ доштанд, байни гурӯҳҳо аз ҷиҳати оморӣ фарқи назаррас надошт: мутаносибан, 12,5% ва 15,9% (p>0,05). Муайян карда шуд, ки заноне, ки фавти антенаталии тифл доштанд, 1,7 маротиба камтар аз ҷониби уролог мутаносибан, 85,4 ва 50,0% (p<0,001), 1,5 маротиба камтар аз ҷониби эндокринолог - мутаносибан, 47,8 ва 75,6% (p<0,001), 1,8 маротиба камтар аз ҷониби кардиолог - мутаносибан, 57,1 ва 100,0% (p<0,001*), 1,7 маротиба камтар аз ҷониби акушер-гинеколог - мутаносибан, 56,5 ва 100,0% (p<0,001*) муоина карда шуданд.

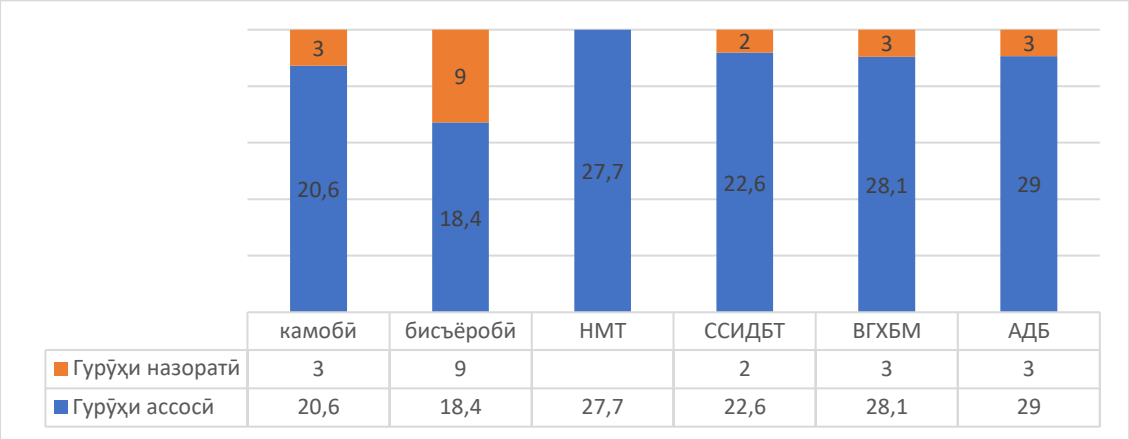
Аз байни занони гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ, мутаносибан, 86,5 ва 94,0% (p=0,048*) бо ҳамроҳии хешовандон ба беморхона бистарӣ шуданд, дар ҳоле ки бо роҳхати ҳамроҳикунанда занони гурӯҳи асосӣ 2,2 маротиба камтар бистарӣ шуданд - 26,8 ва 60,0% (p <0,001).

Дар гурӯҳи асосӣ валодати пеш аз муҳлат (ҳафтаҳои 22-36-уми ҳомиладорӣ) дар беш аз нисфи иштирокчиён (59,0%) рух додааст, ки нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (18,0%) 3,3 маротиба бештар буд (p <0,001).

Таҳлили маълумоти таърихҳои валодат нишон дод, ки 64,2% занони гурӯҳи асосӣ бо оғози худсаронаи валодат ба муассиса муроҷиат кардаанд, дар гурӯҳи муқоисавӣ ин нишондиҳанда 79,0%-ро ташкил дод (p=0,006). Заноне, ки фавти антенаталии тифл доштанд, тавассути ҷарроҳии қайсарӣ нисбат ба

гурӯҳи назоратӣ 4,5 маротиба бештар таваллудкунонда шуданд (мутаносибан 18,4% ва 4,0%) (p<0,001*).

Таҳлил муайян намуд, ки дар ҳар панҷум ҳолати мурдтаваллуд (20,6%) камобӣ ташхис шудааст, ки 6,8 нисбат ба гурӯҳи назоратӣ бештар аст (3/3,0%) (p<0,001*) (Расми 4.).

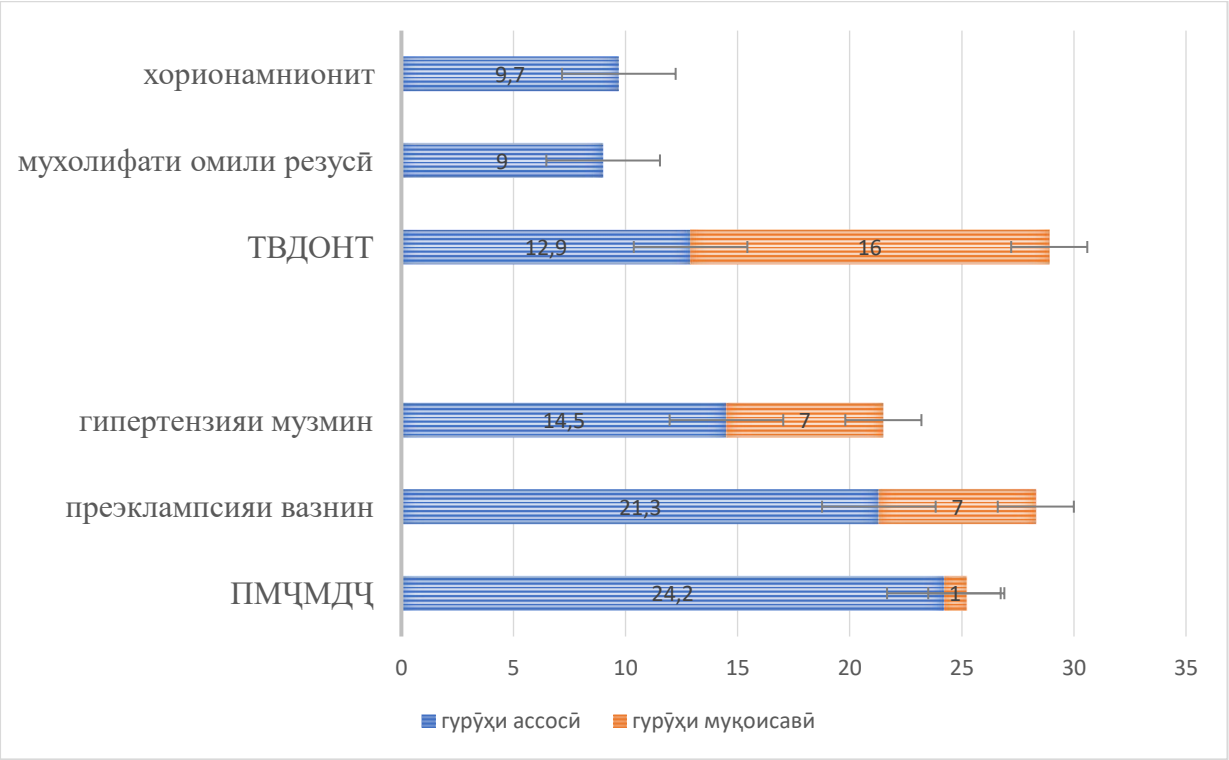


Расми 4. – Сабабҳои фавти антенаталии ҳамл, ки ба ҳамл алоқаманданд

Бисёробӣ 2 маротиба бештар (мутаносибан 18,4% ва 9%, p=0,028*), вайроншавии гардиши хуни бачадону машимавӣ (ВГХБМ) 9,3 маротиба (мутаносибан 28,1% ва 3,0%) бештар буд (p<0,001*). Синдроми суст инкишофёбии дохилибатнии тифл (ССИДБТ) дар гурӯҳи асосӣ (22,6%) нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ зиёда аз 11 маротиба бештар маъмул буд - 2,0% (p<0,001*), асфиксияи дохилибатнии тифл (АДБ) - 10 маротиба бештар (мутаносибан 29,0% ва 3,0%) (p<0,001*).

Таҳқиқот нишон дод, ки НМТ дар 27,7% навзодон дар гурӯҳи асосӣ муайян шудааст.

Бо таҳлили маълумот дар бораи сабабҳои модарии ФАТ маълум шуд, ки қариб ҳар чорумин зани ҳомила дар гурӯҳи асосӣ (24,2%) ПМҶМДҶ дошт (расми 5).



Расми 5. - Сабабҳои фавти антенаталии ҳамл, ки ба модар алоқаманданд

Преэклампсияи вазнин дар гурӯҳи таҳқиқотӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан 21,3% ва 7,0%) се маротиба бештар ташхис шудааст (p=0,001*) ва гипертензияи музмин ду маротиба бештар (мутаносибан 14,5% ва 7,0%) (p=0,047*) мушоҳида шудааст. То валодат даридани обҳои назди тифлӣ байни гурӯҳҳои муқоисашуда (мутаносибан 12,9% ва 16,0%) фарқияти назаррас надошт (p>0,05). Мухолифати резусӣ ва хорионамнионит танҳо дар гурӯҳи занон бо фавти антенаталии тифл ба қайд гирифта шуданд (мутаносибан 9,0 ва 9,7%).

Аз 310 атфоли мурда таваллудшуда 60,2% норасид ба дунё омаданд, 40,0%-и дигар расида таваллуд шуданд.

Муқаррар карда шуд, ки вазни миёнаи навзодҳои мурда таваллудшуда 2010,0 граммро ташкил дод, вазни миёнаи зинда таваллудшудаҳо 3200,0 грамм буд (p<0,001**).

Дар гурӯҳи асосӣ вазни миёнаи навзодон 1,6 маротиба назар ба гурӯҳи назоратӣ камтар буд. Нишондиҳандаи миёнаи афзоиши навзодон дар гурӯҳи асосӣ дар ҳудуди 44,0 см, дар гурӯҳи назоратӣ 50,0 см муқаррар карда шуд, ки

ба таври эътимодбахш дар гурӯҳҳои муқоисашаванда фарқ мекард (p<0,001**) (Ҷадвали 3.).

Ҷадвали 3. - Дараҷабандии навзодони таҳқиқшаванда аз рӯйи вазн ва қад

Вазн	Гурӯҳи асосӣ n=310		Гурӯҳи муқоисавӣ n=100		p
	Мутл.	%	Мутл.	%	
Вазни ниҳоятан паст (500,0-999,0 гр.)	43	13,9	0	0	
Вазни хеле паст (1000,0-1499,0 гр.)	57	18,4	2	2,0	<0,001*
Вазни паст (1500,0-2499,0 гр.)	87	28,1	7	7,0	<0,001*
Вазни 2500,0 грамм ва зиёд	123	39,7	91	91,0	<0,001*

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи назоратӣ (тибқи меъёри Хи-квадрати Пирсон; * - тибқи меъёри дақиқи Фишер; ** - тибқи меъёри Манн-Уитни).

Бо вазни хеле кам 23,0% кӯдакон таваллуд шудаанд, ки ҳамагӣ аз гурӯҳи асосӣ буданд. Дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ кӯдакони бо вазни хеле кам таваллудшуда 9 маротиба бештар буданд (мутаносибан 18,3 ва 2,0%) (p<0,001*); кӯдакон бо вазни кам - 4 маротиба бештар (мутаносибан 28,1 ва 7,0%) (p<0,001*). Қисмати ба гурӯҳ бо вазни зиёда аз 2500,0 грамм ҷудошуда дар гурӯҳи мурда таваллудшудаҳо 2,3 маротиба нисбат ба гурӯҳе, ки натиҷаи мусбати перинаталӣ дошт, камтар буд (мутаносибан 39,4% ва 91,0%, p<0,001*). Паҳншавии синдроми сусинкишофёбии дарунибатнии тифл (ССИДБТ) дар гурӯҳи ФАТ 11,3 маротиба нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (мутаносибан 22,6% ва 2,0%, p<0,001*) зиёдтар буд. Асфиксияи дохилибатнии тифл (АДБТ) нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 9,6 маротиба зиёдтар буд (мутаносибан 29,0% ва 3,0%, p<0,001*). 27,7% бо нуқсонҳои модарзодӣ (НМ) таваллуд шудаанд, ки ҳама аз гурӯҳ бо фавти антенаталии ҳамл буданд.

Ҷанбаҳои тиббӣ-иҷтимоии фавти барвақти неонаталии навзодон

Таҳлили маълумоти таҳқиқот нишон дод, ки ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам дар назоратӣ аксарияти занон дар синни фаъоли репродуктивӣ буданд

(мутаносибан 48,4 ва 51%) (p>0,05), дар ҳоле ки дар гурӯҳи синнусолии 25-29-солаҳо нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (мутаносибан 30,4 ва 23%) 1,3 маротиба бештар буданд (p<0,001). 17,2% занон дар синни дери репродуктивӣ (35-сола ва болотар) буданд, ки ин нишондод нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (4,0%) 4,3 маротиба зиёдтар аст (p<0,001**).

Муайян карда шуд, ки дар ҳар ду гурӯҳи таҳқиқот ҳиссаи заноне, ки дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ зиндагӣ мекунанд, бартарӣ дошт (мутаносибан 66,5% ва 50,0% (p=0,004). Шумораи занони бисёрзой дар гурӯҳе, ки фавти барвақти неонаталӣ доштанд, нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 5,2 маротиба зиёдтар буд (мутаносибан 21,0 ва 4,0) (p<0,001*). Муайян карда шуд, ки занон бо ҳомилагии якум гурӯҳи асосӣ 38,0%-ро ташкил доданд, ки нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (29,0%) 1,3 маротиба зиёд буд (p>0,05). Шумораи занон бо ҳомилагии такрорӣ дар гурӯҳ бо фавтияти барвақти навзодон нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 2,8 маротиба бештар буд (мутаносибан 11,3 ва 4,0%) (p=0,041*). Ҳиссаи заноне, ки дар анамнез таваллуди такрорӣ доштанд, дар ду гурӯҳи мавриди таҳқиқ фарқияти назаррас надошт (46,6% ва 45,0%) (p>0,05).

Анамнези занони гурӯҳҳои таҳқиқшаванда бори исқоти ҳамл ва бачапартоӣ дошт (мутаносибан 64,4 ва 51,0%) (p>0.05), дар гурӯҳи асосӣ ҳар чорумин зан (24,4%) дар анамнез ишора ба мурда таваллуд кардан намудаанд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ танҳо як чунин ҳодиса (1,0%) муайян карда шудааст (p<0,001*).

Таърихи преэклампсияи вазнин нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ се маротиба бештар (мутаносибан 18,4 ва 6,0%) (p=0,003), гипертензияи музмин 4,5 маротиба бештар (мутаносибан 9,0 ва 2,0%) (p=0,021), гипертензияи гестатсионӣ 2,6 маротиба бештар (мутаносибан 10,5 ва 4,0%) (p>0,05) муайян карда шудааст. Эклампсия дар гурӯҳи асосӣ дар 2,6%-и ҳолатҳо ва дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 1,0%-и ҳолатҳо (p>0,05) ба қайд гирифта шуд. Дар гузашта пеш аз мӯҳлат ҷудошавии машимаи дуруст ҷойгиршуда (ПМҶМДҶ) ва пешомади машима танҳо дар гурӯҳи асосӣ рух дода буд (мутаносибан 8,6 ва 1,5%).

Таҳлили таърихи истифодаи контрасептивҳо дар гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ фарқияти аз ҷиҳати оморӣ назаррасро нишон дод, зимнан дар гурӯҳи асосӣ дар гузашта 4 маротиба камтар аз гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан 10,9 ва 45,0%) намудҳои гуногуни контрасептивҳоро истифода бурдаанд (p<0,001).
Дар байни бемориҳои экстрагениталӣ камхунӣ бо дараҷаҳои вазнинии гуногун дар занони ҳомила бо ФБН дар 83,0% ошкор карда шуд, ки дар муқоиса бо занони гурӯҳи назоратӣ (31,0%) 2,7 маротиба бештар аст (p<0,001).

Патологияи гурда ва масона дар байни ду гурӯҳ фарқияти назарраси аз ҷиҳати оморӣ боэътимод надоштанд (40,2 ва 34,0%) (p> 0,05). Бемориҳои СДР дар гурӯҳе, ки фавти барвақти неонаталӣ доштанд, дар 16,9% занони ҳомила қайд шуданд, ки ин нисбат ба заноне, ки натиҷаҳои мусбати перинаталӣ доштанд, 8 маротиба зиёд буд - 2% (p<0,001*). Онҳо нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 4,7 маротиба бештар аз фарбеҳӣ (мутаносибан 18,8 ва 4,05) (p<0,001*), бемории варикозӣ 4,5 маротиба (мутаносибан 13,5 ва 3,0%) (p=0,002*), бемориҳои меъдаву рӯда 1,7 маротиба (мутаносибан 15,4 ва 9,0%) (p>0,05*) азият мекашиданд. Ҳолатҳои норасоии йод дар байни занони гурӯҳҳои таҳқиқот тақрибан баробар паҳн шуда буд (мутаносибан 21,8% ва 21,0%) (p>0,05).

Таҳлили кортҳои занони ҳомила дар сатҳи антенаталӣ (шакли 029) нишон дод, ки шумораи занони ҳомилае, ки барои ҳомиладорӣ ба қайд гирифта шудаанд, дар гурӯҳи ба ФБН дучор фарқи аз ҷиҳати оморӣ эътимоднок (p<0,001) нисбат ба гурӯҳи назоратӣ дошт - 2 маротиба камтар (мутаносибан 39,5% ва 82,0%) буд.

Муайян карда шуд, ки аз ҷумлаи занони ҳомила дар гурӯҳи асосӣ, ки дар қайд қарор доштанд, 61,0% дар БС ба қайд гирифта шуда буданд, ки 5 маротиба нисбат ба занони ҳомилаи гурӯҳи муқоисавӣ (12,2%) зиёд аст (p<0,001).

Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки фарогирии барвақт (то 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ) дар гурӯҳи таҳқиқотӣ 1,4 маротиба нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (мутаносибан 47,6% ва 68,3%) камтар буд (p=0,005).

Муайян карда шуд, ки дар давраи ҳомиладории ҷорӣ 64,8% занони гурӯҳи асосӣ танҳо 1-4 маротиба ба кормандони тиббӣ мурочиат кардаанд, ки ин нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (12,2%) 5,3 маротиба зиёдтар аст (p<0,001). Занони гурӯҳи муқоисавӣ турушии фолатро барои пешгирии нуқсонҳои модарзодии инкишофи тифл (400 мг) то ҳафтаи 12-уми ҳомилагӣ 17,7 маротиба зиёдтар аз занҳои гурӯҳи асосӣ (мутаносибан 4,8% ва 85,3%) истеъмол кардаанд (p<0,001). Машварат ба занони ҳомиладори гурӯҳи асосӣ оид ба аломатҳои хатарнок нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 1,8 маротиба камтар гузаронда шудааст (мутаносибан 52,4% ва 98,8%) (p<0,001*). Занони ҳомилаи гирифтори патологияи экстрагениталӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 2,8 маротиба камтар машварат гирифтаанд (мутаносибан 34,3% ва 96,3%, p<0,001*).

Машварати тиббии генетикӣ дар 1,9% занони ҳомила дар гурӯҳи дучор ба ФАТ гузаронида шуд, ки ин нисбат ба гурӯҳи заноне, ки ҷараёни ҳомиладорӣ ва валодати физиологӣ доштанд (15,9%, p<0,001*), 8,3 маротиба камтар аст.

Мувофиқи маълумоти шакли 029, таҳлил оид ба бактериурияи бенишон дар 81,9% занони гурӯҳи ФБН гузаронида шуд, дар гурӯҳи муқоисавӣ - дар 100,0% (p<0,001). Табобати бактериурияи ошкоршударо 11,4%-и занҳои гурӯҳи асосӣ гирифтанд, дар гурӯҳе, ки натиҷаҳои мусоиди перинаталӣ доштанд, ин ҳисса 58,8%-ро ташкил дод (p<0,001).

Таҳқиқи сатҳи глюкозаи хун барои муайян кардани диабети қанди гестатсионӣ дар гурӯҳи асосӣ камтар анҷом дода шуд: 1,0% дар муқобили 29,3% дар гурӯҳи муқоисавӣ (p=0,011).

Пуркунӣ ва арзёбии гравидограмма низ дар гурӯҳи асосӣ камтар иҷро шуд: 60,0% дар муқобили 95,1% дар гурӯҳи муқоисавӣ (p<0,001). Дар ҳолатҳое, ки нишондиҳандаҳои гравидограмма тағйирёфта буданд, чораҳои пешгирикунанда дар 24 ҳолат (22,9%) андешида шуданд.

Мувофиқи стандартҳои миллӣ оид ба идоракунии ҳомиладории физиологӣ, аввалин скрининги ултрасадоӣ (ҳафтаҳои 11-14-ум) барои

ташхиси саривақтии нуқсонҳои модарзодии тифл дар гурӯҳи таҳқиқотӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (мутаносибан 47,6 ва 100,0%) 2,1 маротиба камтар (p<0,001), скрининги дуюми пренаталии ултрасадоӣ (ҳафтаҳои 18-20 -ум) 1,4 маротиба камтар (мутаносибан 72,4 ва 100% (p<0,001*) анҷом дода шуд. Нуқсонҳои модарзодии тифл дар занони ҳомилаи дучор бо фавти барвақтии неонаталӣ дар 9,2%-и ҳолатҳо ошкор карда шуданд.

Барои муайян кардани ихтилолҳои ҷараёни хун дар машима допплерометрия дар гурӯҳи асосӣ дар 60,0%-и ҳолатҳо анҷом дода шуд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ он 1,6 маротиба бештар, яъне 100% иҷро гардид(p<0,001).

Уролог 24,8% занони ҳомилаи гурӯҳи асосиро муоина кард, ки ин 1,3 маротиба камтар аз занон бо натиҷаҳои мусоиди перинаталӣ (85,4%) (p<0,001) буд, эндокринолог 4 маротиба камтар (47,8 ва 75,6%) (p<0,001), терапевт 1,4 маротиба камтар (68,6 ва 100,0% мутаносибан) (p<0,001) ва кардиолог танҳо 2,9%-и занонро муоина кард, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ ҳама муоина шуданд (100,0%) (p<0,001).

Яке аз меъёрҳои сифати хизматрасонии тиббӣ риояи принсипҳои роҳнамоии занони ҳомила ва занони зояндаи хавфи баланд мебошад. Таҳқиқот нишон дод, ки беш аз 90,0% ҳамаи занони ҳомила мустақилона бо ҳамроҳии хешовандон (93,6 ва 94,0%) (p>0,05*) ба беморхонаҳо ворид гардидаанд. Онҳое аз гурӯҳ бо ФБН, ки бо роҳҳат ба беморхона интиқол ёфтанд, 21,4% аз таҳқиқшудагонро ташкил доданд, дар гурӯҳи муқоисавӣ ин гуна занҳо 60,0% буданд (p<0,001). Дар ин ҳол, аксарияти занони ҳомила (71,1%) бо фавти барвақти неонаталӣ рӯзҳои шанбе ва якшанбе ба беморхона омаданд, ки ин 2,4 маротиба бештар аз гурӯҳи муқоисавӣ (30,0%) (p <0,001) аст, онҳое, ки шабона ворид шуданд, 1,8 маротиба зиёд буданд (мутаносибан 79,3 ва 44,0%) (p <0,001).

Бар асоси маводҳои таърихи таваллудҳо муайян карда шуд, ки дар гурӯҳи асосӣ дар 58,6%-и ҳолатҳо занони ҳомила бо оғози худсаронаи (табиӣ, спонтанӣ)-и таваллуд ба беморхона мурочиат кардаанд, ки ин нисбат ба

гурӯҳи муқоисавӣ 1,4 маротиба камтар аст (81,0%, p<0,001). Дар гурӯҳ бо ФБН 29,3% занон бе фаъолияти валодатӣ бо барангезиши баъдии он таваллуд кардаанд, ки нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ (17,0%) 1,7 маротиба бештар буд (p=0,017) ва барангезиши валодат танҳо дар гурӯҳи тадқиқотӣ дар 16 (6,0%) ҳолат истифода шудааст. Ҳиссаи заноне, ки бо роҳи абдоминалӣ таваллуд кунонида шуданд, аз ҷиҳати оморӣ 3 маротиба зиёдтар буд (мутаносибан 12,0% ва 4,0%) (p=0,028*).

Аз байни аворизи гестатсионӣ преэклампсияи вазнин (ПВ) дар 21,1% занони ҳомилаи гурӯҳи асосӣ ташхис карда шуд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ ин нишондиҳанда танҳо 7,0% (p=0,001*) буд. Пеш аз муҳлат ҷудошавии машимаи дуруст ҷойгиршуда дар 18,4% пурсидашудагон муайян карда шуд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ ин нишондиҳанда 1,0% буд (p<0,001*).

Преэклампсияи муътадил дар 7,0% занони муоинашуда бо ФБН қайд шуд, дар гурӯҳи муқоисавӣ - дар 3,8% (p>0,05*).

Дар гурӯҳи асосӣ мухолифати резусӣ дар 3,0%-и ҳолатҳо ва хориоамнионит дар 9,0% ташхис шуд. Дар гурӯҳи асосӣ кӯдаконе, ки дар ҳолати қаноатбахш таваллуд шуданд (7-9 хол), дар муқоиса бо гурӯҳи муқоисавӣ 10 маротиба камтар буданд (мутаносибан 8,6 ва 86,0%) (p<0,001). Кӯдаконе, ки дар ҳолати асфиксияи дараҷаи миёнаи вазнинӣ (4-6 хол) дар гурӯҳи асосӣ таваллуд шудаанд, 3,5 маротиба бештар аз гурӯҳи муқоисавӣ (мутаносибан 49,6 ва 14,0%) (p<0,001) буданд. Дар ҳолати асфиксияи дараҷаи вазнин (0-3 хол) танҳо дар гурӯҳи асосӣ (41,7%) таваллудҳо ба қайд гирифта шуданд.

Пас аз чораҳои табобатӣ-реаниматсионӣ дар гурӯҳи асосӣ шумораи кӯдаконе, ки бо асфиксияи шадид (0-3 хол) таваллуд шудаанд, дар дақиқаи 5-ум 1,7 маротиба (мутаносибан 41,7 ва 23,7%) коҳиш ёфт (p<0,001).

Дар дақиқаи 5-уми ҳаёт 8-9 холро аз рӯйи шкалаи Апгар 28,2% навзодон гирифтанд ва ин рақам дар қиёс бо кӯдаконе, ки дар дақиқаи аввали ҳаёт чунин баҳогузорӣ шуданд, 3,2 маротиба зиёдтар буд - 8,6% (p<0,001). Дар навзодоне,

ки асфиксия бо дараҷаи вазнинии миёна доштанд (4-6 хол), дар дақиқаи аввал ва ҳам панҷуми ҳаёт (мутаносибан 49,6% ва 48,1%) ҳеҷ фарқияти назарраси оморӣ мушоҳида нашуд (p>0,05).

Теъдоди навзодоне, ки дар ҳолати қаноатбахш (7-9 хол) таваллуд шудаанд, пас аз 5 дақиқа 3,3 маротиба (мутаносибан 8,6% ва 28,2%) афзуд.

Таҳқиқот басомади баланди сабабҳои фавтияти барвақти неонаталиро, ки ба ҳамл алоқаманданд, муайян намуд, ки ҳангоми онҳо аҳаммияти бештарро ТВРОНТ пайдо мекунад, ки дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ панҷ маротиба бештар рух медод (мутаносибан 30,1% ва 6,0%) (p<0,001*). Ихтилоли ҷараёни хуни бачадону тифлу машимавӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 8,6 маротиба бештар вуҷуд дошт (мутаносибан 25,9% ва 3,0%) (p<0,001*). ССИДБТ дар 24,4% навзодон дар гурӯҳ бо ФБН ошкор карда шуд, дар гурӯҳи муқоисавӣ - танҳо дар 2,0% (p<0,001*) (Ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. - Сабабҳои фавтияти барвақти неонаталӣ, ки ба ҳомилагӣ алоқаманд будаанд

	Гурӯҳи асосӣ n=266		**Гурӯҳи назоратӣ n=100**		**p**
	Мутл.	**%**	**Мутл.**	**%**	
камобӣ	32	12,0	3	3,0	=0,008*
бисёробӣ	39	14,7	9	9,0	>0,05*
ССИДБТ	65	24,4	2	2,0	<0,001*
ТВРОНТ	80	30,1	6	6,0	<0,001*
ВГХБТМ	69	25,9	3	3,0	<0,001*
АДБТ	55	20,7	3	3,0	<0,001*
Сахт печидани нойи ноф дар гирди гардани ҳамл	38	14,3	25	25,0	=0,015*

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи назоратӣ (тибқи меъёри Хи-квадрати Пирсон; * - тибқи меъёри Фишер; ** - тибқи меъёри Манн-Уитни).

АДБТ дар гурӯҳи таҳқиқшаванда дар 20,7%-и ҳолатҳо ба қайд расидааст, ки бо эътимоднокии оморӣ наздики 7 маротиба нисбат ба гурӯҳи назоратӣ

(3,0%) зиёдтар аст (p<0,001*). Камобӣ дар 12,0% занони ҳомилаи гурӯҳи асосӣ ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 3/3,0% (p = 0,008*) мушоҳида шудааст; бисёробӣ дар гурӯҳи муқоисашаванда 1,6 маротиба бештар маъмул буд (мутаносибан 39/14,7 ва 9/9,0%) (p>0,05*). Ҳангоми идоракунии таваллуд партограммаҳо дар вақти воқеӣ 1,3 маротиба камтар пур карда шуданд ва дар онҳо тапиши дили ҷанин сабт нашудааст (74,8%), дар муқобил, дар гурӯҳи назоратӣ ин гуна ҳолатҳо набуданд (100,0%) (p<0,001). Муайян карда шуд, ки 26,6% занони ҳомила дар оқибати дистресси тифл таваллуд кунонида шуданд.

Таҳқиқот нишон дод, ки навзодони расида дар гурӯҳи асосӣ 12,8%-ро ташкил доданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ онҳо беш аз 90,0% (91,0%) (p<0,001*) буданд ва миёни онҳо шумораи норасидҳо 9,6 маротиба камтар буд (мутаносибан 87,2% ва 9,0%) (p<0,001*). Навзодон бо вазни хеле паст (500,0-999,0 г) танҳо дар гурӯҳи таҳқиқотӣ мушоҳида шуданд, ки ҳар панҷумин кӯдакро (21,8%) дар байни кӯдакони норасид ташкил медоданд (Ҷадвали 5.).

Ҷадвали 5. – Дараҷабандии навзодони гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ аз рӯйи вазн

	Гурӯҳи асосӣ n=266		**Гурӯҳи муқоисавӣ n=100**		**p**
	Мутл.	%	**Мутл.**	**%**	
500-999 г	51	19,2			
1000-1499 г	85	32,0	2	2,0	<0,001*
1500-2499 г	96	36,1	7	7,0	<0,001*
2500 г ва бештар	34	12,8	91	91,0	<0,001*

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (тибқи меъёри Хи-квадрати Пирсон; * - тибқи меъёри Фишер; ** - тибқи меъёри Манн-Уитни).

Бо вазни хеле паст ҳангоми таваллуд (1000-1499 г) навзодон дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан 32,0 ва 22,2%) 1,4 маротиба зиёдтар буданд (p<0,001); бо вазни паст ҳангоми таваллуд 1,9 маротиба камтар буданд (мутаносибан 41,2 ва 77,7%) (p<0,001).

Дар байни навзодоне, ки дар давраи аввали неонаталӣ фавтидаанд, энсефалопатия дар 44,7%-и ҳолатҳо ташхис шудааст, дар гурӯҳи муқоисавӣ - дар 4,0% (p<0,001).

Асфиксияи дохилибатнии тифл дар гурӯҳи муқоисавӣ 9 маротиба бештар ҷой дошт (мутаносибан 24,4% ва 5,0%, p<0,001).

Дар байни навзодоне, ки дар гурӯҳи асосӣ таваллуд шудаанд, нуқсонҳои модарзодии инкишофи ҳамл (НМТ) қариб дар ҳар чорумин ҳолат (24,8%) ташхис гардидаанд. Илтиҳоби шуши дохилибатнӣ, ки дар 21,0%-и ҳолатҳо дар гурӯҳи асосӣ ташхис шудааст, танҳо дар 1,0%-и ҳолатҳо дар гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид (p<0,001). Аспиратсия бо обҳои мекониалӣ дар 16,2%-и ҳолатҳо дар гурӯҳи асосӣ ташхис шудааст, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ он 1,0% буд (p<0,001). Синдроми ихтилолҳои нафас дар ҳар навзоди даҳуми (10,5%) дар гурӯҳи асосӣ муайян карда шуд ва хунравии дохили мағзи сари дараҷаи 3-4 низ танҳо дар гурӯҳи асосӣ (8.3%) пайдо карда шуд.

Арзишҳои нозологии камшумор, аз қабили синдроми лахташавии паҳншудаи дохилирагӣ дар 5,6%-и ҳолатҳо, энтероколити некрозӣ дар 3,0% ва склерема дар 1,5%-и ҳолатҳо, танҳо дар гурӯҳи асосӣ мушоҳида шудаанд.

Бемории гемолитикии навзодон дар 4,1%-и ҳолатҳо дар гурӯҳи асосӣ ташхис шудааст, дар гурӯҳи назоратӣ - дар 1,0%.

Таҳлили чораҳои табобатию пешгирикунанда, ки ба устувор кардани вазъи кӯдакони гурӯҳи асосӣ нигаронида шудаанд, нишон дод, ки реаниматсияи навзодон дар 80,8%-и ҳолатҳо иҷро шуд, дар 40,2%-и ҳолатҳо онҳо интубатсия шуда буданд ва дар ҳама ҳолатҳо ислоҳи муносиби нишондиҳандаҳои муҳимми ҳаётӣ анҷом дода шудааст.

Тайи шабонарӯзи якуми ҳаёт 113 (42,5%) навзод (1 шабонарӯзу 14 соату 36 дақиқа), дар шабонарӯзҳои 2-3-юм 103 (38,7%) навзод фавтиданд ва онҳое, ки аз 4 то 7 шабонарӯз барҳаёт буданд, 50 (18,8%) кӯдакро ташкил доданд (ФЭ - 10 соату 30 дақиқа - 3 шабонарӯзу 12 соату 30 дақиқа).

Дар рафти таҳқиқи проспективии машимаҳо муайян гардид, ки дар ҳолати фавти антенаталии тифл ҳар машимаи дуюм 200,0 – 300,0 грамм

(50,1%) вазн дошт, дар гурӯҳи назоратӣ (1/4,0%) (p<0,001) беш аз сеяк қисм (37,5%) – 400 грамм, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ онҳо дар 8,0%-и ҳолатҳо вомехурданд (p=0,008). Бар хилофи ин, машимаҳо бо вазни физиологии 500-600 г дар гурӯҳи асосӣ ба таври назаррас камтар мушоҳида мешуданд - 12,5%, дар ҳоле дар байни заноне, ки натиҷаи мусоиди перинаталӣ доштанд, онҳо дар 88,0%-и ҳолатҳо ошкор карда шуданд (p<0.001). Машимаҳо бо ҳаҷми 500,0-600,0 г дар 53,1% ҳолатҳои фавти антенаталии тифл бозёфт шуданд, ки нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (76,0%) 1,4 маротиба камтар аст (p=0,039); 400,0-499,0 г - дар гурӯҳи асосӣ 1,7 маротиба бештар аз гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан 40,6% ва 24,0%) (p>0,05) буд, ки аз варамнок будани машима шаҳодат медиҳад.

Бояд қайд кард, ки 200-300 см³ будани ҳаҷми машима танҳо дар гурӯҳи асосӣ мушоҳида шудааст (6,3%). Тафовут байни вазни пасти машима ва ҳаҷми нисбатан нигоҳдошташудаи машима аз мавҷудияти варами возеҳи интерститсиалии хориони мӯякчадор шаҳодат медиҳад, ки ин як зуҳуроти хоси норасоии музмини машима мебошад. Тағйирот дар сохтор ва вазифаи машима метавонанд ҳамчун нишонаҳои аворизи гуногуни ҳомиладорӣ хизмат кунанд; масалан, афзоиши ғафсии машима метавонад аз диабети доштани модар шаҳодат диҳад, дар ҳоле ки кам шудани вазни он метавонад гувоҳии таъминоти нокифоя бо хун бошад. Тазаккур додан муҳим аст, ки ташхиси барвақт ва мониторинги барвақти ҳолати машима метавонад дар пешгирии натиҷаҳои номусоиди ҳомилагӣ кумак кунад.

Муоинаи макроскопии бофтаи машимавии тарафи модар дар гурӯҳе, ки фавти антенаталии тифл дошт, нишон дод, ки гематомаҳо дар тарафи модар дар 18,8%-и машимаҳо вуҷуд доранд, дар гурӯҳи назоратӣ - дар 4,0% (p>0,05). Дар 56,3% ҳолатҳо калсинатҳои сершумор мушоҳида шудаанд, ки бо эътимоднокии оморӣ 4,7 маротиба нисбат ба ҳолати марбут ба ҳамроҳакҳои гурӯҳи назоратӣ (12,0%, p<0,001) зиёдтар буд (Ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. - Манзараи макроскопии тарафи модарии машимаҳо дар гурӯҳҳои омухташуда

Тавсиф	Гурӯҳи асосӣ n=64		Гурӯҳи назоратӣ n=25		p
	мутл.	%	мутл.	%	
Гематома	12	18,8	1	4,0	>0,05
Калсинатҳо	36	56,3	3	12,0	<0,001
Ранги хокистарфом	50	78,1	1	4,0	<0,001
Ранги сурхи арғувонӣ	14	21,9	24	96,0	<0,001

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи меъёри дақиқи Фишер; * - тибқи меъёри Хи-квадрат).

Афзоиши возеҳи шумораи калсинатҳо зуҳуроти морфологии пиршавии бармаҳалли машима мебошад, ки дар натиҷаи ишемияи музмин ва стресси оксидативӣ ба амал меояд.

Муайян карда шуд, ки 78,1% машимаҳои ҳамлҳои дар давраи антенаталӣ фавтида ранги хокистаритоб доштанд, дар гурӯҳи назоратӣ - 4,0% (p<0,001). Ҳангоми натиҷаҳои мусоиди перинаталӣ 96,0%-и машимаҳо ранги сурхи арғувонӣ доштанд, дар гурӯҳи асосӣ - танҳо панҷяки машимаҳо (21,9%) (p<0,001).

Таҳқиқи макроскопии тарафи ҳамлии бофтаи машима дар гурӯҳи асосӣ муайян сохт, ки 28,1%-и ҳамроҳакҳо ранги хокистаритоби сабз доштанд, дар гурӯҳи назоратӣ - 100,0% (p<0,001). Ранги зардтоби сабз (71,8%) танҳо ҳангоми таваллудҳои мурда ба мушоҳида расидааст.

Муайян карда шуд, ки тарафи ҳамлии машима дар ҳолатҳои талафоти антенаталӣ рагҳои сершумори печида (43,8%) дошт, ки хоси ҳолати ихтилоли музмини гардиши хун дар системаи гардиши хуни бачадону машимавӣ мебошад. Ин ҳисса нисбат ба модароне, ки раванди ҳомиладорӣ ва таваллуди физиологӣ доштанд (16,0%) 2,7 маротиба зиёдтар аст (p = 0,015).

Таҳқиқоти микроскопӣ нуқсонҳои зиёдеро дар сохтори хориони мӯякчадор ва маҷрои рагҳои машима ошкор кард. Дар зимни ин, некрози хориони мӯякчадор дар 59,4%-и ҳолатҳо дар гурӯҳи асосӣ мушоҳида шуд, дар

гурӯҳи назоратӣ - дар 4,0% (p<0,001), ки мавҷуд будани тағйироти ишемикии дарозмуддатро дар машима, ки боиси ихтилолҳои музмини бачадону тифлу машимавӣ мегарданд, боэътимод исбот мекунад.

Мӯякчаҳои хорионии аваскуляризатсияшуда дар гурӯҳи ҳамроҳакҳо бо мурда таваллуд дар 92,2%-и ҳолатҳо ошкор карда шуданд, ки ин 5,7 маротиба нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (16,0%) зиёдтар аст (p<0,001). Тромбози рагҳои хорион дар гурӯҳи асосӣ дар 87,5%-и ҳолатҳо ошкор карда шуд, ки ин 3,6 маротиба нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (24,0%) зиёдтар аст (p<0,001) (Ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. – Тағйиротҳои патогистологӣ дар машимаҳои гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ

Тавсиф	Гурӯҳи асосӣ n=64		Гурӯҳи назоратӣ n=25		p
	мутл.	%	мутл.	%	
Некрози мӯякчаҳои хорион	38	59,4	1	4,0	<0,001
Тромбози рагҳои хорион	56	87,5	6	24,0	<0,001
Мӯякчаҳои аваскуляризатсияшуда	59	92,2	4	16,0	<0,001
Амнионит, хорионамнионит	38	59,4	1	4,0	<0,001
Хунравиҳои байнимӯякчавӣ	47	73,4	2	8,0	<0,001
Инфарктҳои ишемикии сершумор	36	56,3	1	4,0	<0,001
Рагҳои пурхун	12	18,8	25	100	<0,05

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи меъёри дақиқи Фишер).

Инфарктҳои ишемикии сершумор дар гурӯҳи асосӣ дар 56,3% ҳолатҳо, дар гурӯҳи назоратӣ дар 4,0% мушоҳида шуданд (p<0,001). Хорионамнионит ва амнионит дар гурӯҳи асосӣ дар 59,4% ҳолатҳо ошкор карда шуданд, ки фарқи аз ҷиҳати оморӣ боэътимод аз гурӯҳе дорад, ки натиҷаи мусоиди перинаталӣ доштанд - 4,0% (p<0,001). Зиёдшавии басомади хунравиҳои байнимӯякчавӣ дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ қариб 9 маротиба мушоҳида шуд (мутаносибан 73,4% ва 8,0%, p<0,001).

Барои расидан ба ҳадафҳое, ки дар диссертатсия назди худ гузоштаем, пешниҳодҳоро барои пешгирӣ ва пешгӯйии беморшавӣ ва фавти перинаталӣ

таҳия намудем, ки ба беҳсозии сифати ёрии тиббӣ дар ҳама марҳилаҳои муассисаҳои мусоидат ба таваллуд нигаронида шудааст.

Барои ноил шудан ба ҳадаф «Усули арзёбии методологияи аудити фавти перинаталӣ дар системаи равонакуниҳои перинаталӣ»-ро таҳия кардем (шаҳодатномаи № 000565 аз 22.04 с.2025 барои пешниҳоди ратсионализаторӣ ирифта шудааст).

Таҳқиқи ҳолатҳои фавти ҷудогона ба муайян кардани сабабҳои амиқи чунин натиҷаҳо ва фаҳмидани он, ки барои пешгирии ҳолатҳои монанд дар оянда чӣ кор кардан лозим аст, кумак мекунад.

Усули аудити фавтияти перинаталӣ, ки бо назардошти самтҳои асосии ёрии перинаталӣ таҳия шудааст, корти баҳодиҳиро дар бар мегирад, ки аз чор бахш ва 33 савол иборат аст. Саволҳо ҷанбаҳои зеринро фаро мегиранд: 1) ташкили аудит; 2) кори гурӯҳи аудиторӣ ва тақсимоти масъулиятҳо байни аъзои он; 3) тартиби баргузории ҷаласаҳо; 4) ҳамкории гурӯҳ бо маъмурият, коллективи тиббӣ ва муассисаҳои дигар.

Барои арзёбии ҷорикунӣ ва истифодаи методологияи аудити перинаталӣ корти холии (баллии) мониторинг таҳия карда шуд. Дар он ҷадвал аз 0 то 3 хол истифода шудааст: 0 - технология ҷорӣ карда нашудааст ё истифода намешавад; 1 - ҷорӣ карда шудааст, аммо нодуруст амалӣ карда мешавад ва барои беҳбудӣ кушишҳои назаррас талаб мешаванд; 2 - ҷорӣ карда шудааст, аммо ба каме такмилдиҳиҳо ниёз дорад; 3 - дар сатҳи баланд ҷорӣ карда шудааст ва метавонад барои дигар муассисаҳо намуна бошад.

Натиҷаҳо шаҳодат медиҳанд, ки дар тули се соли истифода беҳбудиҳои назаррас дар ҳама ҷузъҳои ташкили аудити перинаталӣ муайян гардидаанд. Динамикаи мусбати намоёнтарин дар бахши "Ташкили аудит" қайд карда шуд, ки дар он сатҳи мувофиқат ба меъёрҳои муқарраршуда 3,3 маротиба (аз 23,3 то 76,4%) афзудааст ($p<0,001$), ки аз ташаккули сохтори устувори ташкилии гузаронидани аудит, тақсимоти дақиқи масъулиятҳо ва афзоиши самаранокии механизмҳои идоракунӣ шаҳодат медиҳад. Дар бахши "Методологияи аудит" нишондиҳанда 1,9 маротиба, яъне аз 48,3 то 89,4% афзудааст ($p <0,001$), ки

ҳамчунин далели афзоиши риояи алгоритми муқарраршуда барои баргузории ҷаласаҳо, беҳтар шудани сифати омодасозии маводҳо, таҳлили сабабҳои натиҷаҳои номусоид ва таҳияи чораҳои ислоҳӣ мебошад. Дар робита ба бахши "Кори гурӯҳӣ (даставӣ)" афзоиши 3-маротибагӣ (мутаносибан аз 68,3 то 88,6%) (p = 0,001) ба қайд расид, ки ин беҳтар шудани ҳамкориҳои байни мутахассисони соҳаҳои гуногун, афзоиши нақши равиши бисёрсоҳавӣ ва сифати таҳлили ҳолатҳои фавти перинаталиро инъикос мекунад. Бахши "Ҳамкории гурӯҳи корӣ" низ тамоюли мусбатро нишон дод - нишондиҳанда аз 68,9 то 73,1% афзоиш ёфт, дар ин ҳол нишондиҳандаи мазкур фарқияти эътимоднок надошт (p = 0,5). Ин бахш тақвияти ҳамкориҳои байни иштирокчиёни гурӯҳи корӣ, маъмурияти муассиса ва кормандони тиббиро инъикос мекунад. Таҳлили муқоисавии баҳоҳои холии миёна аз рӯйи солҳо низ самаранокии татбиқи методологияро тасдиқ кард (Ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. - Динамикаи нишондиҳандаҳои арзёбии методологияи аудити перинаталӣ

Бахши арзёбӣ/Солҳо	2022 n=41	2024 n=41	Фарқи нишондиҳандаҳо	p
Ташкили аудит	1,6	2,4	+0,8	<0,05
Кори гурӯҳи корӣ	2,3	3,0	+0,7	<0,001
Методологияи гузаронидани аудит	2,4	2,9	+0,5	<0,001
Ҳамкории гурӯҳ	2,6	2,8	+0,2	<0,001

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо (меъёри Вилкоксон)

Афзоиши аз ҷиҳати оморӣ муҳимми арзишҳои миёна дар бахшҳои "Ташкили аудит" (1,6 дар муқобили 2,4 хол; p<0,05), "Кори гурӯҳи корӣ" (2.3 дар муқобили 3,0 хол; p<0.001) ва "Методологияи аудит" (2,4 дар муқобили 2,9 хол; p<0,001) муайян карда шуд. Тамоюли беҳбудӣ дар бахши "Ҳамкории гурӯҳ" (2,6 дар муқобили 2,8 хол; p<0,001) мушоҳида шуд.

Нишондиҳандаи миёнаи интегралии сифат барои методологияи аудит аз 2,35 то 2,90 хол афзоиш ёфт, ки шаҳодат аз сатҳи баланди ҷорикунии методология

медиҳад, дар ҳоле ки зарурат ба беҳсозиҳои мушаххаси ташкилӣ боқӣ мемонад.

Таъсири намоёнтарини татбиқи методология дар сифати машваратдиҳӣ ба занони ҳомила ва риояи роҳнамоии беморон мушоҳида шуд. Басомади бақайдгирии дери диспансерии занони ҳомила 1,9 маротиба (аз 46,6 то 23,5%) (p=0,001), муроҷиати дер барои ёрии тиббӣ 2 маротиба (аз 26,6 то 13,0%) (p=0,029), набудани ҳуҷҷатҳои тиббии ҳамроҳ 1,9 маротиба (аз 80,0 то 40,6%) (p<0,001), огоҳ накардани занон аз аломатҳои хатарнок 3,1 маротиба (аз 70,0 то 22,0%) (p<0,001), набудани машваратҳои мутахассисони соҳавӣ 2,4 маротиба (аз 55,0 то 22,7%) (p<0,001), ташхиси дери аворизи ҳомиладорӣ 2,2 маротиба (аз 41,6 то 18,6%) (p<0,001) коҳиш ёфтанд. Коҳиши басомади рад кардани бистарикунӣ дар беморхона 1,8 маротиба (аз 16,6 то 8,9%) (p = 0,124) ва тарки беиҷозати беморхона 2,5 маротиба (аз 25,0 то 9,7%) ба қайд гирифта шуд (p=0,010).

Арзёбии экспертии ҳолатҳои фавти перинаталӣ дар муҳлати беш аз 37 ҳафтаи ҳомиладорӣ нишон дод, ки марги тифл то оғози фаъолияти валодатӣ дар 80%-и ҳолатҳо, фавти барвақти неонаталӣ дар 16% ва фавти интранаталӣ дар 4% рух додааст.

Ҷорикунии методологияи аудити фавти перинаталӣ сатҳи самаранокиро бо ҳисоби миёна 55-56% (p<0,001) таъмин намуд.

Таҳлили маълумот оид ба фавти антенаталии тифл мувофиқи таснифоти ReCoDe нишон дод, ки сабабҳои асосии вобаста ба ҳамл ***(А. Тифл)*** нуқсонҳои модарзодии тифл, ки дар 32,3%-и ҳолатҳо муқаррар карда шуданд ва ақибмонии афзоиши дохилибачадонӣ (23,0%) ташкил доданд. Муайян карда шуд, ки таъсири агенти сироятӣ (TORCH) дар сохтори сабабҳои вобаста ба ҳамл нақши муҳим бозида, дар 55,3% ҳолатҳо ошкор карда шудааст.

Сабабҳои категорияи (***В. Ноф)***, яъне мушкилоти марбут ба ноф, камтар ба қайд расидаанд. Зимнан, гиреҳи ҳақиқии найи ноф ва печидагиҳои сахти он дар 5,7% ҳолатҳо, илҳоқ (часпиш)-и пардавӣ дар 3,0% ва пролапси ноф дар

1,5% ҳолатҳо мушоҳида шуданд. Инҳо омилҳои асосие мебошанд, ки ба натиҷаҳои ҳомиладорӣ таъсир мерасонанд.

Омилҳои асосии ФАТ дар категорияи ***С. Машима*** ихтилоли ҷараёни хуни бачадону машимавӣ (ВГХБМ), ки дар 38,4% ҳолатҳо мушоҳида шудааст ва ПМҶМДҶ (12,3%) буданд.

Нишон дода шуд, ки дар гурӯҳи ***D. Обҳои наздитифлӣ*** омилҳои дорои таъсири назаррас ба натиҷаҳои перинаталӣ бисёробӣ - 27,7% ва камобӣ - 21,5% буданд. Дар 26,1%-и ҳолатҳо ТВРОНТ мушоҳида шуд, зимнан, дар 13,8% хорионамнионит ташхис шудааст. Сабабҳои дигари марбут ба пардаҳо дар 57,6% навзодони дар давраи антенаталӣ фавтида ошкор карда шуданд.

Таҳлили маълумот нишон дод, ки сабабҳои марбут ба бачадон ***(Е. Бачадон)*** камтаранд ва миомаи бачадон (9,2%) дар ин миён ягона сабаби бақайдгирифташуда мебошад, ки метавонад аз нодир будани патологияҳои ҷиддии бачадон дар ин намунаи интихобшудаи иштирокчиён шаҳодат диҳад.

Таҳлил нишон дод, ки бемориҳои экстрагениталии модар ба натиҷаи ҳомиладорӣ таъсири назаррас мерасонанд ***(F. Модар)***, дар ин ҳол бемориҳои системаи пешоб ва камхунии дараҷаи миёна ва вазнин (66,6% ва 63,0%) ба мадди аввал мебароянд, бемориҳои ғадуди сипаршакл дар 38,4% занони ҳомиладор ва бемориҳои системаи нафас дар 18,4% занон бо ФАТ ошкор карда шудаанд. Сабабҳои дигари ФАТ дар 15,3% ҳолатҳо ҷой доштанд. Мушкилоти ҳомиладорӣ дар ин категория таъсири хосе нишон дод: ихтилолҳои гипертензиявӣ ҳангоми ҳомиладорӣ (преэклампсияи муътадил, вазнин ва гипертензияи гестатсионӣ) дар 32,3% ташхисшудагон мушоҳида шудаанд. Гипертонзияи музмин дар 12,3% ҳолатҳо ташхис шудааст.

Нишон дода шуд, ки дар категорияҳои ***G. Интранаталӣ*** ва ***Н. Осеб*** ҳолатҳо ба қайд гирифта нашудаанд, ки метавонад аз басомади паси сабабҳои мазкур дар намунаи иштирокчиён шаҳодат диҳад.

Таҳқиқот муайян намуд, что дар гурӯҳи ***I. Сабабҳои таснифнашуда*** ҳеҷ як патология дар 7,6% ошкор карда нашуд ва оид ба 3,0% маълумот

нокифоя буд, ки ба зарурати беҳтар кардани ҷамъоварии маълумот ва ташхис ишора мекунад.

Таҳлили маълумоти аудити клиникии перинаталӣ нишон дод, ки имкониятҳои аздастрафта дар сатҳи нигоҳубини то таваллуд мавҷуданд, ки омили муҳимтарини он бақайдгирии дер (38,4%) мебошад. Омили дигари муҳим ғизои ғайриратсионалии зани ҳомила буд, ки дар 36,9%-и ҳолатҳо мушоҳида шудааст.

Муроҷиатҳои дер ба таваллудхонаҳо дар ҳолатҳои таъҷилӣ 27,7%-ро ташкил доданд, дар ин ҳол 4,6%-и занони ҳомила аз машварат дар сатҳи баландтари мусоидат ба таваллуд саркашӣ карданд. Дар 7,6% ҳолатҳо занони ҳомила дастурҳои духтурро сарфи назар кардаанд ва дар 1,5% аз бистарӣ шудан дар беморхона саркашӣ намудаанд. 38,4% занон дар бораи нишонаҳои хатарнок ҳангоми ҳомиладорӣ ба қадри кофӣ огоҳ нестанд. Иловаҳои турушии фолат барои пешгирии нуқсонҳои модарзодии тифл аз ҷониби 55,3% занон истифода нашудаанд. Дар 18,4%-и ҳолатҳо ҳомилашавии хилофи хоҳиш муқаррар карда шуд. Дар 21,5%-и ҳолатҳо зани ҳомиладор зуд-зуд ҷойи зисти худро иваз мекард, ки ба хизматрасонии тиббии пастсифат боис мегардид. Муоина оид ба сирояти TORCH, дар ҳолате ки ин нишондод буд, дар 80,0%-и ҳолатҳо гузаронида нашудааст. Допплерометрия ва ТУС дар сурати мавҷуд будани ихтилолҳо аз ҷониби ҷанин мутаносибан дар 49,2% ва 24,6%-и ҳолатҳо гузаронида нашудаанд. Дар 35,3% ҳолатҳо - скрининги бактериурияи бенишон.

Барои беҳтар кардани сифати хизматрасонии тиббӣ мо усули муассирро барои аудити фавти антенаталии тифл дар марҳилаи ёрии антенаталӣ тавассути пешгӯйии мурда таваллуд таҳия кардем, ки коҳиши фавти антенаталӣ ва имконоти коҳиш додани ин нишондиҳандаро таъмин мекунад. Усули мазкур дар 10 ҳолат дар Маркази миллии солимии репродуктивӣ, дар 14 ҳолат дар шуъбаи солимии репродуктивии МД "Маркази саломатии шаҳрии №11" ва дар 10 ҳолат дар Маркази солимии репродуктивии вилояти Суғд санҷида шудааст. Бо истифода аз усули пешниҳодшуда 34 ҳолати фавти

антенаталии тифл таҳлил карда шуд. Дар гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ба таври боэътимод бештар бемориҳои системаи пешоб ошкор карда шуданд - 76,5% ва 20,0% (p<0,001), бемории гипертония дар 41,2% ва 10,0% (p<0,03), преэклампсия дар анамнез дар 59,2% ва 10,0% (p<0,005), бемориҳои сироятӣ бо баландшавии ҳарорати бадан дар 50,0% ва 10,0% (p<0,003), сироятҳои TORCH дар 41,2% ва 10,0% (p<0,03), инчунин тағйирёбии миқдори обҳои наздитифлӣ дар 50,0% ва 10,0%-и ҳолатҳо ба қайд расид (p<0,04).

Синну соли дертари репродуктивӣ (≥35 сол) дар 29,5%-и занони гурӯҳи асосӣ ва 10,0%-и гурӯҳи назоратӣ мушоҳида шудааст (<0,005).

Муайян карда шуд, ки занони бисёрзой 41,2% дар муқобили 20,0% (p> 0,05), бо фарбеҳӣ 47,0% дар муқобили 20,0% (p> 0,05) буданд. Анамнези аворизноки акушерӣ бо басомади баланди мурдатаваллудкуниҳо тавсиф мешуд, ки дар 64,7%-и ҳолатҳо қайд гардид, кӯдакони камвазн 26,5%, исқоти ҳамли худсарона 17,6% ва нуқсонҳои модарзодии тифл 11,7%-ро ташкил доданд. Дар 35,3%-и ҳолатҳо сустинкошофёбии тифл, пеш аз муҳлат ҷудошавии машимаи дуруст ҷойгиршуда дар 11,7% ошкор карда шуданд.

Омилҳои ташкилӣ аҳаммияти назаррас доштанд: назорати мунтазами акушер-гинеколог дар 47,0% занони гурӯҳи асосӣ дар муқобили 80,0% дар гурӯҳи назоратӣ анҷом дода шуд (p<0,05). Скрининги ултрасадоӣ дар ҳафтаи 11-14 дар 47,0%-и ҳолатҳо, дар ҳафтаи 18-20 - 23,5%-и ҳолатҳо, санҷиши бактериурияи бенишон дар 7,6% гузаронида нашудааст, ҳангоми ошкор шудани бактериурия 26,4%-и занони гурӯҳи асосӣ табобат нагирифтаанд, 38,2% занони ҳомила турушии фолат истеъмол накардаанд.

Ҷадвали пешгӯйии хавфи фавти антенаталии тифл бо истифода аз низоми холӣ имкон дод, ки хавфҳо муайян карда шаванд: хавфи баланди фавти антенаталӣ (≥15 хол), хавфи миёнаи фавти антенаталӣ - 7-14 хол, хавфи пасти фавти антенаталӣ - 0-6 хол. Тавре истифодаи ҷадвали пешгӯйии фавти антенаталӣ нишон дод, дар гурӯҳе, ки фавти антенаталии тифл доштанд, 50,0% занони ҳомила ба гурӯҳи хавфи баланд ва дар гурӯҳи назоратӣ 10,0% ба ин гурӯҳ тасниф карда шуданд, ки эътимоднокии оморӣ дошт (p<0.001); хавфи

миёна мутаносибан 35,3% ва 40,0% (p<0,001) ва хавфи паст 14,7% ва 50,0% (p<0,001)-ро ташкил дод.

Нишондиҳандаи маҷмуии ҳисобшуда имкон дод, ки эҳтимолияти пешгӯйии фавти антенаталӣ муайян карда шавад: хавфи паст - 30,8%; хавфи миёна - 63,8%; хавфи баланд - 87,5%. Дар айни замон масоҳати каҷхаттаи ROC (AUC) муайян карда шуд, ки ба 0,759 баробар буда, ба сатҳи хуби дискриминатсияи амсила мувофиқат мекунад.

Ҳангоми истифода аз остонаи ≥15 хол ҷадвал мушаххасии баланди баробар ба 50,0% ва арзиши мусбат барои пешгӯйии баробар ба 89,5%-ро нишон дод, ки онро барои интихоби занони ҳомилае мувофиқ мегардонад, ки ба бистарикунӣ дар статсионари акушерии сатҳи баландтар ва назорати тақвиятбахшидаи ҳомиладорӣ ниёз доранд. Ҳангоми остонаи миёна ҳассосият то 85,3% афзоиш меёфт, ки имкон дод ҷадвали мазкур ҳамчун воситаи скрининг дар марҳилаи ёрии антенаталӣ истифода шавад.

Барои муайян кардани имкониятҳои аздастрафта ҳангоми нигоҳубини то таваллуд ҳолатҳои фавт ба се гурӯҳ тақсим карда шуданд: 1 - пешгиринашаванда, ки аз сабаби шароитҳое ба вуҷуд омадаанд, ки ба онҳо таъсир кардан ғайриимкон буд; 2 - шартан пешгиришаванда, бо сабабҳое алоқаманд мебошанд, ки оқибатҳои онҳоро пешгирӣ кардан душвор буд, аммо имкони бартараф кардани онҳо вуҷуд дошт; 3 - пешгиришаванда, бо омилҳое алоқаманд буданд, ки ба онҳо таъсир кардан имкон дошт ва зарур буд: ба ин категория ҳолатҳое дохил карда шуданд, ки ба иштибоҳҳои тиббӣ ё ёрии номувофиқи тиббӣ вобаста буданд.

Таҳлили ҳар як ҳолат барои арзёбӣ бо истифода аз ҷадвали пешгирӣ нишон дод, ки дар 35,3%-и ҳолатҳо холи миёна аз 3 хол зиёдтар буд, яъне дар ин ҳолатҳо маргро пешгирӣ кардан мумкин буд; дар 50,0%-и ҳолатҳо холи миёна аз 2 хол зиёдтар буд, яъне маргро шартан пешгирӣ кардан мумкин буд; дар 14,7%-и ҳолатҳо холи миёна аз 1 камтар буд - маргро пешгирӣ кардан имкон надошт.

ХУЛОСАҲО

1. Дар тули даҳсола (2015-2024) тамоюл ба коҳиши талафоти перинаталӣ (аз 17,5 то 16,4 ба 1000 зиндатаваллуд, p<0,001), ҳиссаи нисбии мурдатаваллуд (аз 1,2% то 0,9%; p<0,001) ва болоравии тамоюли зиндатаваллуд (аз 98,8% то 99,1%; p<0,001) мушоҳида шуд [5-М, 10-М, 12-М, 14-М].
2. Омилҳои хавфи тиббӣ-иҷтимоии фавти антенаталӣ ингунаанд: синни дери репродуктивӣ (22,8%; p<0,001), зиндагӣ дар маҳалли деҳот (53,8%; p<0,001), занони бори нахустҳомила ва такрорҳомила бори нахустзой (мутаносибан 24,4% ва 22,4%; p<0,001) ва занҳое, ки дар анамнез мурдатаваллуд доранд (34,6%; p<0,001). Бемориҳои экстрагениталӣ аҳаммияти назаррас доранд, аз ҷумла камхунӣ (86,1%), бемориҳои роҳҳои пешоб (59,7%; (p<0,001) ва системаҳои нафаскашӣ (42,3%; (p < 0,001), бемориҳои дилу рагҳо (14,5%; (p<0,001) ва сироятҳои TORCH (40,6%; (p<0,001); сатҳи пасти кумаки контрасептивӣ (55,0%; p<0,05), преэклампсияи вазнин (22,9%; p<0,001) ва гипертензияи музмини шарёнӣ (18,4%; p<0,001) [1-М, 2-М, 29-М].
3. Омилҳои ташкилӣ барои хавфи фавти антенаталии тифл ин гуна буданд: фарогирии пасти занони ҳомила то ҳафтаи 12-уми ҳомиладорӣ (45,1%; (p<0,001); сатҳи пасти скрининги ултрасадоӣ дар ҳафтаҳои 11-14 ва 18-20 (мутаносибан 53,3 ва 58,7%); (p<0,001); вайрон кардани принсипҳои роҳнамоии занони ҳомила бо хавфи баланд (86,5%) (p<0,001), таваллуди пеш аз муҳлат (59,0%; (p<0,001) [15-М, 19-М, 29-М].
4. Сабабҳои асосии фавти антенаталии тифл инҳоянд: камобӣ (20,6%; (p<0,001); вайроншавии ҷараёни хуни бачадону машимавӣ (28,1%; (p<0,001); синдроми сусинкишофёбии дарунибатнии тифл (22,6%, (p<0,001)), пеш аз муҳлат ҷудошавии машимаи дуруст ҷойгиршуда (24,2%; (p<0,001); асфиксияи дохилибачадоии тифл (29,0%; (p<0,001); нуқсонҳои модарзодии тифл (27,7%) [8-М,15-М,12-М].

5. Омилҳои асосии хавфи тиббию иҷтимоӣ ва ташкилии фавти барвақти неонаталӣ инҳоянд: синни фаъоли репродуктивии занон (48,4%; p<0,001), истиқомат дар деҳот (89,3%; p<0,001), дар анамнез доштани мурдатаваллуд (35,5%; p<0,001); бемориҳои экстрагенитали, аз ҷумла камхунии бо дараҷаҳои вазнинии гуногун (83,1%; p<0,001), патологияи дилу рагҳо (16.9%) ва вазни зиёдатии бадан (18,8%; p<0,001); сатҳи пасти фарогирӣ бо контрасепсия (90,0%; p<0,001). Омилҳои муҳимми ташкилӣ иборатанд аз фарогирии нокифояи занони ҳомилаи гурӯҳи хавфи баланд бо назорати тиббӣ (60,5%; p<0,001), назорати пасти истеъмоли турушии фолат (4,8%; p<0,001), машварати нокифояи занон оид ба аломатҳои хатарноки ҳомиладорӣ (52.4%; p<0.001), сатҳи пасти скрининги ултрасадоӣ дар ҳафтаҳои 11-14 ва 18-20-уми ҳомиладорӣ (мутаносибан 47,6% ва 72,4%; p<0.001), фарогирии ниҳоят паст бо машварати тиббии ирсӣ (1,9%; p<0,001); вайрон кардани принсипҳои роҳнамоии занони ҳомила (93,6% p<0,001), басомади баланди таваллудҳои бармаҳал (83,5%; p<0,001) [6-М, 7-М, 9-М, 10-М, 11-М, 17-М; 24-М, 25-М].
6. Сабабҳои асосии фавти бармаҳалли навзодон инҳоянд: таваллуди кӯдакон бо вазни паст (36,1%), хеле паст (32,0%) ва ниҳоятан пасти бадан (19,2%); нуқсонҳои модарзодии тифл (24,8%), то валодат рехтани обҳои наздитифлӣ (30,1%), ихтилоли ҷараёни хуни бачадону машимавӣ (25,9%), (p<0,001); синдроми сусинкишофёбии дарунибатнии тифл (24,4%), асфиксияи дохилибатнии тифл (21,0%; p<0,001) [14-М, 20-М, 23-М].
7. Коҳиши басомади нуқсонҳои модарзодии тифли дорои вазни ниҳоятан кам (500-999 г) аз 6,9 то 6,4% муайян карда шуд, дар ҳоле ки ин нишондиҳанда дар гурӯҳи навзодон бо вазни кам (1500-2499 г) 2,4 маротиба афзудааст. Дар сохтори нуқсонҳои модарзодии тифл нуқсонҳои СМА дар байни навзодон бо вазни ниҳоятан кам 1,7 маротиба бештар дар муқоиса бо навзодон бо вазни ками бадан (1500-2499 г) буд - мутаносибан 46,1 ва 26,1% ва 2,2 маротиба бештар аз навзодон бо вазни 2500 г ва болотар (20,4%) (p<0,001), дар ҳоле ки

нуқсонҳои дилу рагҳо дар байни навзодон 1,8 маротиба бештар (мутаносибан 28,5 ва 15,2%) (p<0,001) руҳ медиҳанд [2-М, 5-М,13-М, 18-М, 19-М, 21-М].

8. Тағйироти патоморфологӣ дар бофтаи машима ҳангоми фавти антенаталии тифл пайдо карда шуданд: вазни пасти машима (43,8%; p<0,001), мавҷудияти калсинатҳо (56,3%), инфарктҳои ишемикии сершумор (56,3%), некрози мӯякчаҳои хорионӣ (59,4%), тромбози рагҳои хорион (87.5%), мӯякчаҳои аваскуляризатсияшуда (92,2%), амнионит/хориоамнионит (59,4%), хунравиҳои байни мӯякчаҳо (73,4%), бартарии мӯякчаҳо норасида (53,1%), ки маҷмуи онҳо инъикоси халалдоршавии амиқи гардиши хуни бачадону машимавӣ мебошад, ки боиси декомпенсатсияи функсияҳои машима мегардад [28-М, 31-М].
9. Самаранокии баланди истифодаи методологияи аудити перинаталӣ дар статсионари сатҳи сеюм муқаррар карда шуд (56,0%): ташкилоти аудиторӣ аз 1,6 то 2,4 хол (p<0,05), кори гурӯҳи корӣ аз 2,3 то 3,0 хол (p<0,001), методологияи аудит аз 2,4 то 2,9 хол (p<0,001) ва ҳамкории гурӯҳ аз 2,6 то 2,8 (p<0,001) беҳтар шуд. Истифодаи ҷадвали пешгӯйии хавфи фавти антенаталии тифл имкон медиҳад, ки натиҷаҳои номатлуби перинаталӣ дар 57% пешгӯйӣ карда шаванд, ки ба сатҳи хуби дискриминатсияи амсила (0,759) мувофиқат мекард. Ҳангоми истифодаи остонаи ≥15 хол, ҷадвал мушаххасии баланд (50,0%) ва арзиши мусбати пешгӯйӣ (89,5%) дошт, ҳангоми миёна будани остона ҳассосият 85,3%-ро ташкил дод [16-М, 27-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Дар сатҳи омодакунии пеш аз ҳомилашавӣ пешгирӣ ва ислоҳи саривақтии патологияҳои экстрагениталӣ ва акушерӣ, аз ҷумла камхунӣ, сирояти TORCH, назорати истеъмоли турушии фолат, машварати тиббию генетикӣ анҷом дода шавад.
2. Дар сатҳи КАТС фарогирии бармаҳали занони ҳомила васеъ карда шавад ва занони дучори хавфи баланд сари вақт бо мақсади мушаххас намудани тактикаи табобат муайян карда шаванд, назорати динамикии ҳолати тифл тавассути скрининги ултрасадоии перинаталӣ, ултрасадоии

допплерӣ ва кардиотокография дар мувофиқат бо стандартҳои миллӣ бо мақсади таъмини натиҷаҳои мусоиди перинаталӣ ба амал оварда шавад. Дастрасӣ ба хизматрасониҳои пешгирии ҳомилашавӣ (контрасептивӣ) васеъ карда шавад.

3. Низоми роҳнамоии занони ҳомила ва навзодони гурӯҳи хавфи баланд бо равонакунии ҳатмӣ ба муассисаҳои махсусгардонидашудаи сатҳҳои II-III барои пешгирии таваллуди бармаҳал ва беҳбуди натиҷаҳои неонаталӣ такмил дода шавад.

4. Ташхиси патоморфологии машима дар заноне, ки фавти антенаталии тифл доштанд, барои муайян кардани сабабҳо ва пешгӯйии хатари ба вуҷуд омадани аворизи такрорӣ ҳангоми ҳомиладориҳои минбаъда гузаронида шавад.

5. Дар муассисаҳои мусоидат ба таваллуди сатҳҳои II-III системаи ҳамаҷонибаи пешгирии талафоти перинаталӣ, аз ҷумла истифодаи ҷадвали пешгӯйии хавфи фавти антенаталии тифл дар марҳилаи назорати пеш аз таваллуд ва таснифоти байналмилалии ReCoDe ҳангоми гузаронидани аудити клиникии перинаталии ҳолатҳои мурда таваллуд шудан бо мақсади барвақт муайян кардани занони ҳомилаи дучори хавфи баланд, таҳлили стандартикунонидаи сабабҳои талафоти перинаталӣ ва таҳияи чораҳои пешгирикунанда ҷорӣ карда шавад.

РУЙХАТИ АДАБИЁТИ ИСТИФОДАШУДА

1. Айламазян, Э.К. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (near miss) [текст] / Э.К. Айламазян, В.О. Атласов, К.В. Ярославский // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. XV, вып. 4. – С. 15–23.
2. Башмакова, Н.В. Перинатальный аудит. Современная методология [текст] / Н.Б. Мальгина, А.М. Давыденко // Методические рекомендации. – Москва, 2014. – 60 с.
3. Белокриницкая, Т.Е. Материнские и перинатальные исходы в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах [текст] / Т.Е. Белокриницкая, Н.В. Артымук, О.С. Филиппов, Н.И. Фролова // Проблемы репродукции. – 2021. – № 27 (2). – С. 130–136.
4. Беспалова, О.Н. Эпигенетические механизмы внутриутробного «старения» плода: малоизвестные эффекты гипергомоцистеинемии при беременности [текст] / О.Н. Беспалова, О.В. Пачулия, А.П. Сазонова // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2023. – № 5. – С. 638–653.
5. Государственная программа по репродуктивному здоровью на период 2019–2022 годы: постановление Правительства Республики Таджикистан от 22.06.2019 г. № 326. – Душанбе, 2019. – 87 с.
6. Ежегодичные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗСЗН РТ за 2014 – 2024гг.
7. Ежова, В.В. Пренатальная ультразвуковая диагностика дивертикула пищевода в III триместре беременности [текст] / В.В. Ежова // Пренатальная диагностика. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 82–85.
8. Иванова, О.Ю. Антенатальная гибель плода: возможности прогнозирования и профилактики [текст] / М.А. Иванова, Т.А. Соколовская // Доктор.Ру. – 2025. – Т. 24, № 5. – С. 18–27.

9. Икромов, Т.Ш. Основные факторы младенческой смертности в разных регионах Республики Таджикистан [текст] / Т.Ш. Икромов // Здравоохранение Таджикистана. – 2024. – № 5 (2). – С. 2–12.
10. Икромов, Т.Ш. Изучение структуры неонатальной смертности в медицинских учреждениях Республики Таджикистан [текст] / Т.Ш. Икромов, З.Н. Набиев, Х.И. Ибодов, Б.А. Шамсов и др. // Здравоохранение Таджикистана. – 2024. – № 1. – С. 9–16.
11. Камилова, М.Я. Частота и структура причин мертворождений в зависимости от уровня родовспомогательного учреждения [текст] / М.Я. Камилова, П.А. Джонмахмадова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева // Доктор.Ру. – 2020. – Т. 19, № 8. – С. 61–65.
12. Мухамадиева, С.М. Роль внедрения аудита критических случаев в улучшении качества оказываемых услуг [текст] / С.М. Мухамадиева, М.Я. Камилова, С.М. Мардонова // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Охрана здоровья матери и ребенка». – Душанбе, 2016. – С. 174–176.
13. Петрухин, В.А. Модернизация родовспоможения - резерв снижения перинатальной и младенческой смертности [текст] / В.А. Петрухин, А.Л. Гридчик, Л.С. Логутова, М.А. Чечнева, А.Н. Аксенов, Н.В. Дуб, А.П. Мельников // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2021. – Т. 21, № 3. – С. 5–10.
14. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года: постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 сентября 2021 г. № 414. – Душанбе, 2021. – 198 с
15. Aleem, S. Infection-related stillbirth: an update on current knowledge and strategies for prevention [Text] / S. Aleem, Z.A. Bhutta // Expert Review of Anti-infective Therapy. – 2021. – Vol. 19, № 9. – P. 1117–1124. DOI: 10.1080/14787210.2021.1882849.
16. Blencowe, H. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis [Text] / H. Blencowe, S.

Cousens, F.B. Jassir, L. Say, D. Chou, C. Mathers et al. // The Lancet Global Health. – 2016. – Vol. 4, № 2. – P. 98–108. DOI: 10.1016/S2214-109X(15)00275-2.

17. Lawn, J.E. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030 [Text] / J.E. Lawn, H. Blencowe, P. Waiswa, A. Amouzou, C. Mathers, D. Hogan et al. // The Lancet. – 2016. – Vol. 387, № 10018. – P. 587–603. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
18. World Health Organization. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths [Text]. – Geneva: WHO, 2016. – 327 p.

НАШРҲО ОИД БА МАВЗӮИ РИСОЛАИ ДИССЕРТАТСИОНӢ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальная оценка факторов риска перинатальных потерь в регионе высокой рождаемости [Текст] /Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Ш.Т. Муминова, А.П. Пулатова // Известия Академии Наук РТ. – 2019. - №2 (205). - С. 88-93. ISSN 0002-3477

[2-А]. Мирзабекова, Б.Т. Потенциальные факторы риска перинатальных потерь [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020. - №1. - С. 58-64. ISSN 2414-0252

[3-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальные аспекты развития врожденных пороков плода. [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Дж. Хайриддинова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020. - №2. - С. 66-73. ISSN 2414-0252

[4-А]. Мирзабекова, Б.Т. Причины перинатальной смертности и пути их снижения в современных условиях [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, А.П. Пулатова // Вестник академии медицинских наук Таджикистана. - 2020. - Том X, №2(34). - С. 202-210. ISSN 2221-7355

[5-А]. Мирзабекова, Б.Т. Репродуктивные потери в период пандемии COVID-19 [Текст] / З.М. Абдусаматзода, Д.З. Юнусова, С.М. Мухамадиева, А.П. Пулатова, Б.Т. Мирзабекова // Мать и Дитя. - 2021. - №3. - С.12-18. ISSN 2304-4187

[6-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика, частота и структура врождённых пороков развития плода в новых социально-экономических условиях [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Х.О. Саидова, Ш.Дж. Сайдахмадова // Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - №3 (354). - С. 41-47. ISSN 0514-2415

[7-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальные аспекты ранних неонатальных потерь в стационаре третьего уровня [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Симург. - 2023. - №18 (2). - С. 122-127. ISSN 2707-9562

[8-А]. Мирзабекова, Б.Т. Анализ ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных по классификации RECODE [Текст] /С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, П.С. Рахимова // Мать и Дитя. - 2023. - №2. - С.43-49. ISSN 2304-4187

[9-А]. Мирзабекова, Б.Т. Тенденция и структура причин ранней неонатальной смертности в новых социальных условиях [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Симург. -2023. - №4. - С. 92-99. ISSN 2707-9562

[10-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика и структура причин ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных в Республике Таджикистан [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, Д.З. Юнусова // Медицинский вестник национальной Академии Наук Таджикистана. - 2023. - Том XIII, №2 (46), апрель-июнь**.** - С 40-46. ISSN 2791-0687

[11-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика и структура причин ранних неонатальных потерь в регионе высокой рождаемости [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Наука и инновация. - 2023. - №4. - С. 44-50. ISSN 2312-3648

[12-А]. Мирзабекова, Б.Т. Результативность регионализации перинатальной помощи на примере Хатлонской области [Текст] / С.М. Мухамадиева, Д.З.

Юнусова, Б.Т. Мирзабекова, Ш.Т. Муминова // Симург. - 2024. - № 22 (2). - С. 61-67. ISSN 2707-9562

[13-А]. Мирзабекова, Б.Т. Риск развития врождённых пороков центральной нервной системы и их профилактика [Текст] / Х.О. Саидова, С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2024. - №4. - С. 66-71. ISSN 2414-0252

[14-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика и структура причин ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных в Республике Таджикистан [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Наука и инновация. – 2025.- №1. – С. 60-65. ISSN 2312-3648

[15-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальные и организационные факторы риска антенатальной гибели плода в стационаре третьего уровня [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Хабибова З.Х., Назарзода С.Г., Джумаева М.Х. // Мать и Дитя. - 2026. - №2. - С.39-46. ISSN 2304-4187.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[16-А]. Мирзабекова**,** Б.Т. Причины перинатальных потерь в стационаре третьего уровня [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мардонова, Ш.Т. Муминова // Материалы ежегодичной XXVI- й научно-практической конференции «Новые направленения развития медицинской науки и образования». Душанбе. - 2020. - С. 14-15

[17-А]. Мирзабекова**,** Б.Т. Динамика и структура врождённых пороков развития плода по отчетной форме 32 МЗРТ и СЗ РТ за период 2014-2018гг. [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Х.А. Амирова, Н.Д. Убайдуллаева // Материалы ежегодичной XXVI- й научно-практической конференции «Новые направленения развития медицинской науки и образования». – Душанбе. - 2020. - С. 15-16

[18-А]. Мирзабекова, Б.Т. Оценка комплексной и базовой неотложной акушерской и неонатальной помощи (КНАНП и БНАНП) [Текст] / Б.Т.

Мирзабекова, Д.З. Юнусова, Ш. Шакарова // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годичная) «Современная медицина и современное образование», посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и 5-летию деятельности Хатлонского государственного медицинского университета. - Дангара. - 2021. – С.186

[19-А]. Мирзабекова, Б.Т. Частота, динамика и структура врождённых пороков развития плода среди недоношенных новорождённых [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Х.О. Саидова, С.М. Мухамадиева, Г.Д. Истамова // Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. - 2021. - С.23

[20-А]. Мирзабекова, Б.Т. Медико-социальные аспекты формирования врожденных пороков развития Центральной нервной системы (на примере г.Душанбе) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. - 2021. - С.52

[21-А]. Мирзабекова**,** Б.Т. Анализ динамики и структуры ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных в Республике Таджикистан [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Г.Д. Истамова, Ш.Ш. Амонова, П.С. Рахимова, Ш.Дж. Сайдахмадова // Материалы VII-го съезда акушер-гинекологов Республики Таджикистан. - 2022. - С.67-72

[22-А]. Мирзабекова, Б.Т. Результаты ультразвукового скрининга врожденных пороков развития плода (на примере г. Душанбе) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Х.О. Саидова, Ш.Т. Муминова, У.С. Ахмадова // Материалы ежегодичной XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – Душанбе. - 2022. - С.35

[23-А]. Мирзабекова, Б.Т. Элементы непрерывного обучения акушерок неотложной акушерской помощи в период регионализации [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, Г.Д. Истамова, Д.З. Юнусова // Материалы ежигодичной XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – Душанбе. - 2022. - С.24-25.

[24-А]. Мирзабекова, Б.Т. Современные подходы к анализу причин ранней неонатальной смертности среди доношенных новорожденных [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Х.О. Саидова, С.А. Маликоева, З.К. Исломова // Материалы ежегодичной XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – Душанбе. - 2022. - С. 23

[25-А]. Мирзабекова, Б.Т. Потенциальные факторы риска ранних неонатальных потерь при преждевременных родах в стационаре третьего уровня [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, Ф.А. Модх, З.А.Фозилова, З.У. Ахмадова //Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПОвСЗРТ «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». - 2024. - С.24-25.

[26-А]. Мирзабекова, Б.Т. Оценка существующей модели направлений/перенаправлений в период регинализации в труднодоступных районах Хатлонской области (на примере района Ш.Шохин) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, С.А**.** Абдурахманова // Материалы ежегодной XXX научно-праутической конференции с международным участием ГОУ ИПОвСЗРТ «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». Душанбе. - 2024. - С. 25-26 2

[27-А]. Мирзабекова, Б.Т**.** Улучшение качества антенатального ухода в период совершенствования системы регионализации перинатальной

помощи (на примере города Душанбе) [Текст] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Хайриддинова Дж.А. // Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции с международным участием ГОУ ИПОвСЗ РТ «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». Душанбе. - 2024 года. - С.29

[28-А]. Мирзабекова, Б.Т. Оценка службы родовспоможения Хатлонской области за период регионализации перинатальной помощи тезис [Текст] / С.М. Мухамадиева, Юнусова Д.З., Б.Т. Мирзабекова, Модх Ф.А. // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ «Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования. Дангара. - 2024. - С.263

[29-А]. Мирзабекова, Б.Т. Динамика преждевременных родов и репродуктивных потерь в Хатлонской области [Текст] / Б.Т. Мирзабекова // Материалы республиканской научно-практической конференции (VI-ая годичная) ГОУ ХГМУ «Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане». Дангара. – 2025. - С.112.

[30-А]. Мирзабекова, Б.Т. Патоморфологические особенности плацент при при антенатальной гибели плода у женщин с анемией [Текст] / С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, А.П.Пулатова // Евразийский журнал акушерства и гинекологии, перинатальной и репродуктивной медицины. - 2026. - Т.1, № 2. - С.274-280.

Патент

Усули пешгӯйӣ ва арзёбии аудити перинаталии фавти антенаталии ҷанин [Матн] / Б.Т. Мирзабекова, С.М. Мухамадиева, Х.О. Саидова, Ш. Ҷ. Сайдахмадова // Патенти №TJ 1720 аз 16.05 с.2026

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ

1. Мирзабекова, Б. Т. Усули ҷамъоварии маълумот барои феҳристи электронии равонасозӣ/раҳнамоиҳои такрорӣ [Матн] /Б. Т. Мирзабекова, С. М.

Муҳамадиева, Д. З. Юнусова, А. А. Сулаймонов, Д. Ш. Қурбонов // Пешниҳоди ратсионализаторӣ (№000473 аз 04.02 с.2023г.).

2. Мирзабекова, Б. Т. Усули арзёбии методологияи аудити фавтҳои перинаталӣ дар низоми равонасозии перинаталӣ [Матн] / Б. Т. Мирзабекова, Саидова Х. О., Муҳамадиева С. М., Модх Ф. А. // Пешниҳоди ратсионализаторӣ (№000565 аз 22.04 с. 2025)

Фехристи ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ

АДТ – асфиксияи дохилибатнии тифл

ААА – анамнези аворизноки акушерӣ

ВТ ҲИА ҶТ – Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

БС - бунгоҳи саломатӣ

БДР – бемориҳои дилу рагҳо

ССИДБТ – суст инкишофёбии дарунибатнии тифл

СМА – системаи марказии асаб

ДҚ – диабети қанд

ДТБКСТ - Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

НМТ - нуқсонҳои модарзодии тифл

МДТ - Муассисаи давлатии таълимии

МД - муассисаи давлатии

МСШ - маркази саломатии шаҳрӣ

ПАГваП - Пажуҳишгоҳи илмӣ таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон

ПВ - преэклампсияи вазнин

ПМҶМДҶ – пеш аз мӯҳлат ҷудошавии машимаи дуруст ҷойгиршуда

ПМ – пешомади машима

СУТ – Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ

ТВРОНТ – то валодат рехтани обҳои наздитифлӣ

ТПМ - таваллуди пеш аз муҳлат

ФАТ - фавти антенаталии тифл

ФП - фавти перинаталӣ

ФБН - фавти бармаҳали неонаталӣ

ҶТ - Ҷумҳурии Тоҷикистон

TORCH – Toxoplasmosis, Other infections, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus (токсоплазмоз, сирояҳои дигар, сурхакон, сирояти ситомегаловирусӣ, вируси герпеси одӣ)

АННОТАЦИЯ
автореферата Мирзабекова Бахаргул Токторбаевна на тему: «Научно-обоснованные подходы медицинской помощи беременным и роженицам путем внедрения современных технологий, обеспечивающих снижение перинатальной смертности»

Ключевые слова: перинатальная смертность, антенатальная гибель плода, ранняя неонатальная смертность, врождённые пороки развития плода, перинатальный аудит, прогностическая шкала риска.

Цель исследования: научное обоснование и разработка комплекса медико-организационных мероприятий по совершенствованию системы оказания медицинской помощи беременным и роженицам с использованием современных технологий, направленных на снижение перинатальной смертности.

Использованные методы исследования и оборудование: нормативно-правовые документы МЗиСЗНРТ, показатели перинатальной смертности за 2015–2024 гг., материалы первичной медицинской документации беременных, рожениц и родильниц с перинатальными потерями за 2019–2023 гг. Проанализированы 310 случаев антенатальной гибели плода и 266 случаев ранней неонатальной смертностии и 100 женщин с благоприятными перинатальными исходами. Проведены проспективное патоморфологическое исследование 64 последов, клинический аудит 123 случаев перинатальной смертности и аудит 65 случаев антенатальной гибели плода.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в Республике Таджикистан: проведён анализ динамики, структуры и причин перинатальных потерь и врождённых пороков развития плода; выявлены медико-социальные и организационные факторы риска АГП и РНС; разработана и внедрена методология клинического перинатального аудита и прогностическая шкала

Рекомендации по использованию. Разработанный алгоритм будет способствовать улучшению качества медицинских услуг, снижению перинатальных потерь.

Область применения: организация здравоохранения, акушерство и гинекология, семейная медицина, неонатология.

АННОТАТСИЯИ
автореферати Мирзабековой Бахаргул Токторбаевны
дар мавзӯи: «Равишҳои илман асоснокшудаи ташкили ёрии тиббӣ ба занони ҳомила ва зоянда тавассути ҷорӣ намудани технологияҳои муосири таъминкунандаи коҳиши фавти перинаталӣ»

Калимаҳои калидӣ: фавти перинаталӣ, фавти антенаталии ҳамл, фавти барвақти неонаталӣ, нуқсонҳои модарзодии инкишофи тифл, аудити перинаталӣ, ҷадвали пешгӯии хавф.

Мақсади таҳқиқот: аз ҷиҳати илмӣ асоснок кардан ва таҳияи маҷмуи чораҳои тиббӣ ва ташкилӣ бо ҳадафи беҳтар намудани системаи ёрии тиббӣ барои занони ҳомила ва зоянда бо истифода аз технологияҳои муосир, ки ба коҳиш додани фавти перинаталӣ нигаронида шудаанд.

Усулҳо ва таҷҳизоти тадқиқотии истифодашуда: ҳуҷҷатҳои меъёрии ВТваҲИАҶТ, нишондиҳандаҳои фавтияти перинаталӣ дар солҳои 2015-2024, маводҳои ҳуҷҷатгузории аввалияи тиббии занони ҳомила, занони дар ҳоли таваллуд ва занони таваллудкарда бо талафоти перинаталӣ дар солҳои 2019-2023. Гурӯҳи асосиро 310 ҳолати фавти антенаталии ҳамл ва 266 ҳолати фавти барвақти неонаталӣ; 100 зан бо натиҷаҳои мусбати перинаталӣ. Таҳқиқоти проспективии патоморфологии 64 ҳамроҳак, аудити клиникии 123 ҳолати фавти перинаталӣ ва аудити 65 ҳолати фавти антенаталии ҳамл.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навгонии онҳо. Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон: таҳлили динамика, сохтор ва сабабҳои талафоти перинаталӣ ва нуқсонҳои модарзодии инкишофи тифл дар тули даҳ сол анҷом дода шуд; омилҳои хавфи тиббӣ, иҷтимоӣ ва ташкилии фавти антенаталии ҳамл ва фавти барвақти неонаталӣ муайян карда шуданд; методологияи аудити клиникии перинаталӣ таҳия ва амалӣ карда шуд; ҷадвали пешгӯйии хавфи фавти антенаталии тифл таҳия карда шуд.

Тавсияҳо барои истифодаи амалӣ. Алгоритми таҳияшуда ба беҳтар кардани сифати хизматрасониҳои тиббӣ ва коҳиш додани талафоти перинаталӣ мусоидат хоҳад кард.

Соҳаи истифода: ташкилӣ нигаҳдории тандурустӣ, акушерӣ ва гинекологӣ, тибби оилавӣ, неонатологӣ.

ANNOTATION

of the dissertation abstract by Mirzabekova Bakhragul Toktorbaevna on the topic: "Scientifically based approaches to medical care for pregnant women and women in labour through the implementation of modern technologies to reduce perinatal mortality"

Keywords: perinatal mortality, antenatal fetal death, early neonatal mortality, congenital fetal anomalies, perinatal audit, predictive risk score.

Aim of the study: To provide a scientific rationale for and develop a set of medical and organizational measures to improve the system of medical care for pregnant women and women in labour through the use of modern technologies aimed at reducing perinatal mortality.

The research methods and equipment used: Regulatory documents of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan; perinatal mortality indicators for 2015–2024; and primary medical records of pregnant women, women in labour and postpartum women who experienced perinatal losses during 2019–2023. 310 cases of antenatal fetal death and 266 cases of early neonatal mortality and 100 women with favourable perinatal outcomes. A prospective pathomorphological examination of 64 placentas was conducted, along with a clinical audit of 123 cases of perinatal mortality and an audit of 65 cases of antenatal.

Results and scientific novelty: For the first time in the Republic of Tajikistan, the study analysed trends, patterns and causes of perinatal losses and congenital fetal anomalies over a ten-year period; identified medical, social and organizational risk factors for antenatal fetal death and early neonatal mortality; developed and implemented a clinical perinatal audit methodology; and developed a predictive risk score for antenatal fetal death.

Recommendations for use: The developed algorithm is expected to contribute to improving the quality of medical services and reducing perinatal losses.

Field of application: healthcare organization, obstetrics and gynaecology, family medicine, neonatology.