

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА  
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
PhD.04/05.06.2020.Tib.114.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА  
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**ШАМСИЕВА ЗУЛФИЯ ИЛХОМЖОН ҚИЗИ**

**СЕМИЗЛИК КУЗАТИЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА  
ҲОМИЛАДОРЛИК ВАТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИНИ  
ИШЛАБ ЧИҚИШ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ –2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**  
**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**  
**Contents of the abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Шамсиева Зулфия Илхомжон қизи**

Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикасини ишлаб чиқиш..... 3

**Шамсиева Зулфия Илхомжон қизи**

Разработка тактики ведения беременности и родов у беременных с ожирением ..... 23

**Shamsieva Zulfiya Ilhomjon qizi**

Development of tactics pregnancy and childbirth in obese pregnant women..... 43

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 46

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА  
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
PhD.04/05.06.2020.Tib.114.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА  
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**ШАМСИЕВА ЗУЛФИЯ ИЛХОМЖОН ҚИЗИ**

**СЕМИЗЛИК КУЗАТИЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА  
ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ  
ТАКТИКАСИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ -2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.2PhD/Tib1126 рақами билан рўйхатга олинган**

Диссертация Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус ва инглиз(резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасининг [www.akusherstvo.uz](http://www.akusherstvo.uz) ҳамда «ZiyoNet» ахборот-таълим портали ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)) манзилларига жойлаштирилган.

<b>Илмий раҳбар:</b>	<b>Юсупбаев Рустем Базарбаевич</b> тиббиёт фанлари доктори
<b>Расмий оппонентлар:</b>	<b>Ешимбетова Гульсара Закировна</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор <b>Катгаходжаева Махмуда Хамдамовна</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Етакчи ташкилот:</b>	<b>Тошкент педиатрия тиббиёт институти</b>


Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги PhD.04/05.06.2020.Tib.114.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил « 5 » август кuni соат 14<sup>00</sup> даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100124, Тошкент шаҳри, Мирзо-Улугбек тумани, Мирзо-Улугбек кўчаси, 132А-уй. Тел./факс: (+99871)-2623314; e-mail: [obs-gyn@mail.ru](mailto:obs-gyn@mail.ru)).


Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказида танишиш мумкин ( -сон билан рўйхатга олинган). Манзил: 100124, Тошкент шаҳри, Мирзо-Улугбек тумани, Мирзо-Улугбек кўчаси, 132А-уй. Тел./факс: (+99871)-2623314; e-mail: [obs-gyn@mail.ru](mailto:obs-gyn@mail.ru)).

Диссертация автореферати 2021 йил « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2021 йил « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).



  
**Д.А.Алиева**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

  
**М.М.Файзираҳманова**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
илмий котиби, биология фанлари номзоди

  
**Ф.М.Аюпова**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
кошидаги илмий семинар раиси,  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Семизлик замонавий жамиятнинг тиббий, ижтимоий ва иқтисодий муаммоси бўлиб, унинг долзарблиги семизликнинг кенг тарқалиши билан белгиланади “... дунёнинг иқтисодий ривожланган мамлакатлари аҳолисининг 25% дан кўпи нормадан 15% ортиқча тана вазнига эга”<sup>1</sup>. Шуниси эътиборга лойиқки, аёллар орасида семизлик частотаси 30 дан 40% гача, репродуктив ёшдаги аёлларнинг катта қисмини ташкил этади. Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг 12 хафтасигача ўз-ўзидан ҳомиладорлик тўхтаб қолиш хавфи нормал тана вазнига эга аёлларга қараганда деярли 2 баравар юқоридир, ҳомила ўлимининг частотаси, ҳомила нуқсонлари ривожланиши, туғилишдаги шикастланишлар, шу жумладан елка дистотцияси ва ўмров суяги синиши, шунингдек болалар ҳаётининг биринчи йилида ўлим даражаси кўпаяди.

Жаҳонда семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда акушерлик асоратларнинг олдини олиш чора-тадбирларининг юқори самарадорлигига эришиш мақсадида қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Семизлик кузатилган аёлларда акушерлик ва перинатал асоратларнинг олдини олиш, аёлларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам ҳолатини баҳолаш асосида жойларда кўрсатилаётган тиббий ёрдамни такомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади. Бу борада семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда туғруқ жараёнинини ретроспектив таҳлил қилиш орқали, акушерлик асоратларини ва характерини, липид ва углевод алмашуви хусусиятларини ўрганиш долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини жаҳон стандартлари бўйича ривожлантириш юзасидан, жумладан, ҳомиладорлик даврида кузатиладиган касалликларини камайтириш бўйича кенг қамровли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини кўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»<sup>2</sup> каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифалар ҳомиладорларда эндокрин тизим касалликларини, жумладан семизликни ташхислаш, даволашда ва перинатал асоратларнинг олдини олишда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали касалликларни камайтириш имконини беради.

<sup>1</sup>Maredia H., 2018

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 2 ноябрдаги ПФ–2650–сон «Ўзбекистон Республикасида оналик ва болаликни ҳимоя қилишни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590–сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ги, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071–сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ–4887–сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида» гикарорлари, ҳамда мазкур соҳада қабул қилинган меъёрий–ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларга мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ҳомиладорлик даврида семириб кетиш ҳомиладорлик кечиши асоратлари ва салбий перинатал асоратларнинг ривожланишида муҳим омил бўлиб ҳисобланади. Семизлик бир қатор касалликларни ривожланиши хавфини оширади: диабетнинг ривожланиши хавфи (нисбий хавф 2.1), юрак-қон томир касалликлари (нисбий хавф 1.47), саратон бўлмаган жигар касалликлари (нисбий хавф 1.82), саратон бўлмаган буйрак касаллиги (нисбий хавф 1.59) (Сагинова Е.А., Галлямов М.Г., Северова М.В., 2010, Панова Е.И., Мартышина О.В., Данилов В.А., 2013), шунингдек, ўзига хос хусусиятлари ҳам мавжуд бўлиб: семириб кетган аёлларда кўкрак ва эндометрий саратони, репродуктив дисфункциянинг ривожланиши хавфи юқоридир (Овсянникова Т.В., Боровкова Е.И., Шешукова Н.А., 2010; Боровкова Е.И., Макаров И.О., Байрамова М.А., 2011; Романцова Т.И., 2011; Берштейн Л. М., 2012). Шуниси эътиборга лойиқки, аёллар орасида семизлик частотаси 30 дан 40% гача, репродуктив ёшдаги аёлларнинг катта қисмини ташкил этади. (Branca F., Nikogosian H., Lobstein T., 2013). Ҳомиладорлик ва туғруқ натижалари асоратлари билан боғлиқ патогенетик жиҳатдан муҳим анормалликларни глутеофеморал семиришга эга ҳомиладор аёллар учун оқилона бошқариш тактикасини ишлаб чиқиш учун патогенетик боғлиқ бузилишлар аниқланган (Калинкина О.Б., 2013).

Ўзбекистонда болалар ва ўсмирларда семизликнинг профилактикасини такомиллаштириш (Рахимов Б.Б., 2016), метаболик синдром патогенезининг нейрогуморал механизми ва терапевтик коррекциялаш йўллари (Узбекова Н.Р., 2017), аёлларда менопаузадан олдинги ва кейинги даврда метаболик синдром ташхисига дифференциал ёндашиш (Мухамедова Н.Х., 2017), метаболик синдромнинг асосий компонентлари тоифаларига боғлиқ бўлган охирги нуқталар шаклланишини солиштирма баҳолаш (Каландарова У.А., 2020), перименопауза давридаги аёлларда даволаш-профилактика чора-

тадбирларини оптималлаштириш(Каюмова Д.Т.,2020) ва экзоген-конституционал семизликда фертил ёшдаги аёлларда репродуктив тизими бузилишларининг клиник-генетик жиҳатлари(Расулиева Т.А.,2020) бўйича тадқиқотлар олиб борилган.

Ушбу тадқиқотлар маълумотлари кўрсатишича, семизлик ва унинг асоратлари,асоратларнинг олдини олиш республикада кенг ўрганилмаган. Афсуски, шунга қарамадан ҳомиладорлик давридаги акушерлик ва перинатал асоратларнинг олдини олишга доир масалалар етарли даражада ёритилмаган. Шундай қилиб, семизлик кузатилган аёлларни олиб бориш алгоритмини ишлаб чиқиш акушерлик амалиётида долзарб масала ҳисобланади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий-тадқиқот ишлари режалари АДСС 2.2. “Семизлик кузатилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқдаги асоратларни прогнозлаш ва олдини олиш усуллари ишлаб чиқиш” (2011–2014 йй.) мавзусидаги амалий лойиҳа доирасида бажарилган.

**Тадқиқот мақсади** семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришни такомиллаштириш бўйича чора-тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат.

**Тадқиқот вазифалари:**

семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнларини ретроспектив таҳлил қилиш орқали, акушерлик асоратлар кўрсаткичлари ва характерини аниқлаш;

семизлик кузатилган аёлларда липид алмашинуви хусусиятларини қиёсий жиҳатдан ўрганиб чиқиш;

акушерлик асоратлари ривожланишида семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда цитокинлар ҳолати ва липид спектори ўртасидаги ўзаро боғлиқликни аниқлаш;

акушерлик ва перинатал асоратларни камайтириш учун семизликка эга ҳомиладор аёлларни олиб бориш алгоритмини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** қилиб Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий амалий тиббиёт институтида семизлик кузатилган ҳомиладор аёллар олинган.

**Тадқиқотнинг предмет** сифатида 180та онадан биохимик ва иммунологик текширувлар учун қон зардоби олинган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда клиник-лаборатор, биохимик текширув, фетоплацентар тизимидопплерографияси, иммунологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

илк бор семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг I триместрида липидлар метаболизми бузилиши ва яллиғланиш олди

цитокинларининг миқдорининг ошиши сабабли акушерлик асоратларга олиб келиши исботланган;

илк бор семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ацетилсалицил кислотаси 150мг миқдорда ҳомиладорликнинг I триместридан бошлаб берилиши акушерлик асоратларни 2 бараварга камайтиргани исботланган;

илк бор мамлакатимизда семизлик ташхиси қўйилган ҳомиладор аёлларда липид ва цитокин статусининг ўзгаришига қараб акушерлик хавф гуруҳлари ишлаб чиқилди;

илк бор семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда акушерлик асоратларни эрта ташхислаш ва олдини олиш алгоритми ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ҳомиладорликдан олдин семизлик кузатилган аёлларда акушерлик ва перинатал асоратларнинг ривожланиши ҳомиладор аёлнинг биохимик кўрсаткичлари билан боғлиқлиги исботланган;

ҳомиладор аёлларнинг қонида цитокин миқдорининг ошишини ва биохимик кўрсаткичлар ўртасида коррелятив боғлиқликаниқланган;

семизлик кузатилган аёлларда акушерлик ва перинатал асоратларнинг олдини олиш алгоритми ишлаб чиқилган;

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган ёндошув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти, семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда липид метабализмини ва цитокинлар ҳолатини ўрганиш акушерлик асоратларни эрта ташхислаш имконини бериш билан изоҳланди.

Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда фетоплацентар қон айланишининг бузилиши ва акушерлик асоратлар ривожланиш сабабларияллияланиш олди цитокинларининг миқдорининг ҳомиладорликнинг I ва II триместрларида ошиши билан изоҳланди.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда акушерлик ва пренатал асоратларнинг ривожланишининг олдини олиш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда акушерлик асоратларини прогнозлаш» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 20.01.2020 йил 8н-р/10 маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома аёлларда преэклампсия ва эрта репродуктив йўқотишларнинг олдини олишда самарали даволашнинг имкониятини берган;

семизлик кузатилган аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш бўйича олинган илмий натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига,



жумладан, Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент вилояти Қибрай тумани тиббиёт бирлашмасининг, Республика ихтисослаштирилган эндокринология илмий амалий тиббиёт бирлашмасининг клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 24 ноябрдаги 8н-д/198-сон маълумотномаси). Жорий қилинган натижалар тадқиқи семизлик кузатилган аёлларда преэклампсиянинг олдини олиш ва эрта ташхислаш чоратадбирларни ўтказиш тактикасини мувофиқлаштиришга ва тиббий ёрдамсифатини яхшилаш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 3 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокомадан ўтказилган

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан 8 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва хажми.** Диссертация кириш, адабиётлар шарҳи, 5 боб, хулосалар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат бўлиб, 121 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишнинг апробацияси натижалари, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Адабиётлар шарҳи. Семизлик, унинг ҳомиладорлик даврида кечиши, туғруқ ва туғишдан кейинги даврга таъсири”** деб номланган биринчи бобида Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, семизлик тарқалиши ва таснифи, акушерлик асоратларнинг шаклланишидаги роли, ҳомиладорлик даврида липид алмашинуви метаболизмига доир масалалар етарли даражада ёритилмаганлиги уқтирилади.

Диссертациянинг **“Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикасини ишлаб чиқиш материал ва усуллари”** деб номланган иккинчи бобида текширилган беморларнинг умумий тавсифи ва текширув усуллари ёритилган. Тадқиқотлар 2010 йилдан 2015 йилгача ЎзР ССВ «АЖ» Республика

акушерлик ва гинекология ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббий марказида (директор – профессор, д.м.н.Нажмутдинова Д.К.) бажарилган.

Диссертация ишининг биринчи босқичида РИАваГИАТМ семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда туғруқ ва унинг асоратларини ўрганиш мақсаотида ретроспектив таҳлил ўтказилган. Тадқиқотнинг иккинчи босқичида, 180 ҳомиладор аёллар, улардан 120 нафари семизлик билан, клиник-статистик таҳлил қилинган. Тадқиқот гуруҳига киритилган 120 нафар семизликка эга ҳомиладорлар бирламчи кўриқдан ўтказилди, ташхис қўйиш, даволашни танлаш ва аёл ҳамда ҳомиланинг ҳолатини динамик кузатуви РИАваГИАТМ ва РИЭИАТМда ўтказилди. Скрининг босқичида турли генезли семизликка эга 347 ҳомиладорлар текширилди, аммо тадқиқотга танлашнинг диагностик мезонларига мос келадиган семиз аёллар (120 ҳомиладорлар) киритилди. Синчковлик билан ўтган ҳомиладорлар акушерлик анамнези (она қорнида ҳомила ўлими – ривожланмайдиган ҳомиладорлик, ўз-ўзидан бола ташлаш; илгариги ҳомиладорликда преэклампсия ва фетоплацентар етишмувчилик, туғруқ асоратлари бўлганлиги) ҳамда ҳомиладорлик якуни сўраб, суриштирилди. Жорий ҳомиладорликда ҳомиладорлик асоратлари, туғруқ асоратлари ҳамда липид спектр кўрсаткичлари ўзаро боғлиқлиги, Апгар шкаласи бўйича янги туғилган чақалоқ ҳолати баҳоланди.

Бирламчи амбулатор кўриқ ўз ичига, шикоятлар, касаллик анамнези, клиник кўриқ ва қон инструментал-лаборатор таҳлилини олди.

Тадқиқот гуруҳига киритиш, беморларни танлаш киритиш/чиқариш мезонига мос равишда ўтказилди.

Киритиш мезонлари:

- I, II ва III даража семизликка эга ҳомиладор аёллар;
- спонтан юзага келган бир ҳомилали ҳомиладорлик;

Чиқариш мезонлари:

- кўп ҳомилали ҳомиладорлик;
- ёрдамчи репродуктив технологиялар қўллаш натижасида юзага келган ҳомиладорлик;
- нормал вазнли ҳомиладорлик.

Бу босқичда тадқиқотга 180 ҳомиладор киритилди. Асосий гуруҳни семизликка эга 120 ҳомиладор ташкил қилди. Назорат гуруҳини нормал тана вазнига эга 60 ҳомиладор ташкил қилди. Семизлик намоён бўлиши даражасига боғлиқ асосий гуруҳ беморлари 3 кичик гуруҳга киритилди:

1-кичик гуруҳ (n=60) - I даража семизлик (ТВИ 30-34,9);

2-кичик гуруҳ (n=30) - II даража семизлик (ТВИ 35-39,9);

3- кичик гуруҳ (n=30) - III даража семизлик (ТВИ $\geq$ 40).

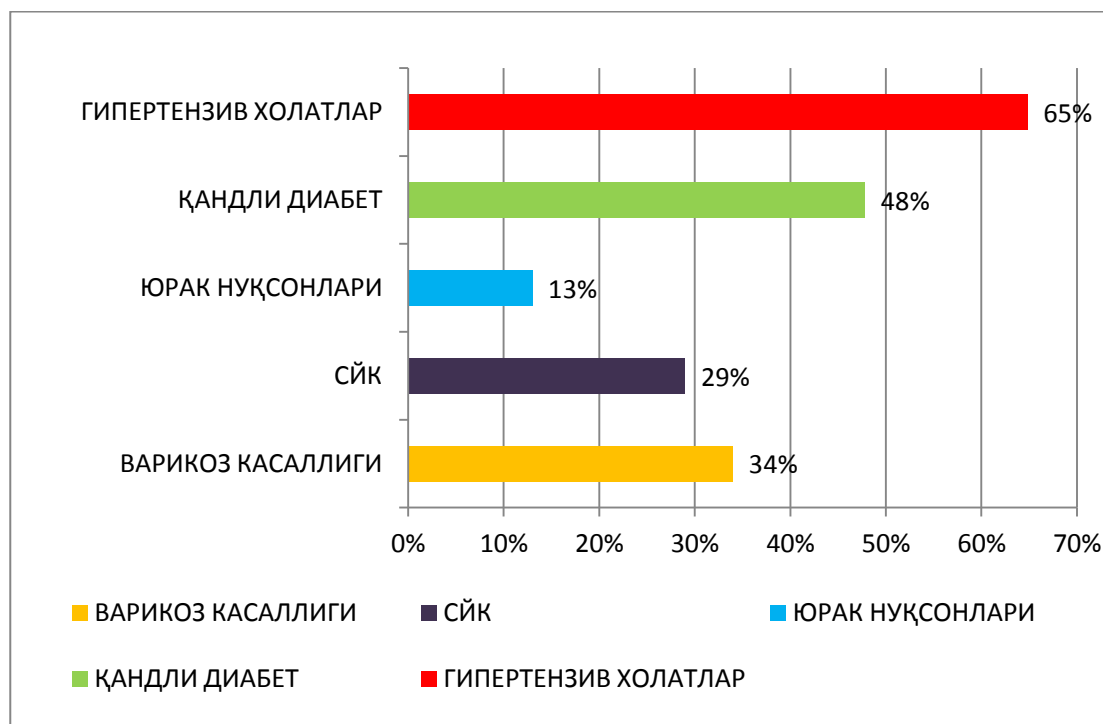
Барча текширилган аёлларда синчковлик билан шикоятлар таҳлили, умумий кўриқ ва инструментал текширув ўтказилган. Клиник-лаборатор таҳлил: қон биокимёвий таҳлили, иммунологик текширувлар амалга оширилган. «Семизлик» ташхиси РИЭИАТМ да қўйилган.

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлашда “Statistica for

Windows 7,0” персонал компьютерининг амалий дастур пакетидан фойдаланилган ҳолда амалга оширилди.

Диссертациянинг “**Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларни ретроспектив ва проспектив ўрганиш таҳлили**” деб номланган учинчи бобида тадқиқотнинг биринчи босқичиги n=347 семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларнинг ретроспектив таҳлили курсатилган.

Таҳлил натижаларига кўра, семизлик кузатилган аёлларда энг кўп учрайдиган ва ҳомиладорлик вақтида кузатиладиган соматик асоратлардан гипертензив ҳолатлар 65% ташкил этди (расм 1). Гестацион қандли диабет касаллиги 48%, варикоз касаллиги 34% ва сийдик йуллари касалликлари 29% ташкил қилди.



**1-расм. Семизлик кузатилган аёлларда соматик касалликлар таҳлили**

Акушерлик анамнези таҳлили кўрсатишича, асосий гуруҳдаги 30,8% аёлда ҳомилани кўтара олмаслик кузатилган, 15,3% да эрта бола ташлаш, 10% да кеч бола ташлаш, 50% да ривожланмайдиган ҳомиладорлик аниқланган. Ҳомиланинг она қорнида сурункали гипоксияси 81,7% ҳомиладорда кузатилган (1-жадвал).

**1-жадвал**

**Текширилган ҳомиладорларнинг акушерлик анамнези**

Кўрсаткич	Ретроспектив таҳлил натижалари (n=347)	
	абс.	%
Ҳомилани кўтара олмаслик: улардан	107	30,8
Эрта ҳомила тушиш	53	15,3
Кеч ҳомила ташлаш	35	10,1
Ривожланмайдиган ҳомиладорлик	20	5,8
Ҳомила тушиш хавфи	167	48,1
Артифициал абортлар	49	14,1
Муддатидан аввал туғиш	12	3,45
Кам сувлик	17	4,8
Кўп сувлик	26	7,5
Кольпит	46	13,2
Ҳомиланинг ноаниқ ҳолати (фето плацентар етишмовчилик)	283	81,5
Йўлдош нуқсони	38	10,9

Ретроспектив таҳлил натижаларига кўра табиий йўл билан туғруқлар 17,3%, жаррохлик йули билан олиб борилган туғруқлар 82,7% ташкил қилди. Статистик ишончли фарқлар гуруҳларда назоратга нисбатан аниқланган ( $p < 0,05$ ). Бунда қайд қилиш лозимки, жаррохлик йули билан олиб борилган туғруқлар сони ТВИ га боғлиқ равишда ошади ва 82,7% га етиши мумкин. Бинобарин, оператив туғруқлар хавфи беморнинг ТВИ ошиши билан бевосита ошиб боради (жадвал 2).

**2-жадвал**

**Семизлик кузатилган аёлларда туғруқ усуллари**

Гуруҳлар	Туғруқни ҳал қилиш йўллари			
	Табиий йўл билан туғруқ		Жаррохлик туғруқ	
	абс	%	Абс	%
Ретроспектив таҳлил (n=347)	60	17,3%	287	82,7%

**Мазкур бобнинг“Клиник кўриқдан ўтказилган ҳомиладор аёлларнинг таҳлили (проспектив текширув натижалари”**деб номланган бўлимида проспектив текширув ўтказилган бўлиб, унга 180 нафар ҳомиладор аёл жалб қилинган. Асосий гуруҳ 120 нафар семизлик кузатилган ҳомиладор аёлдан иборат бўлди. Назорат гуруҳни нормал тана вазнига эга бўлган 60 нафар ҳомиладор аёл ташкил қилган.

Семизлик даражасига караб, асосий гуруҳ беморлари 3та кичик гуруҳларга ажратилган: 1 – кичик гуруҳни n=60та семизлик I даражаси (ТВИ 30-34,9), 2 - кичик гуруҳни n=30та семизлик II даража билан (ТВИ 35-39,9) ва 3- кичик гуруҳни n=30та семизлик III даража (ТВИ $\geq$ 40) аниқланган ҳомиладор аёллар ташкил қилган.

Тадқиқотга киритилган аёллар кузатуви, ҳомиладорликнинг I - триместридан бошланган. Ҳомиладор аёл ва туғруқдаги аёлнинг сўровномаси, анкета маълумотлари ва шахсий карта маълумотлари асосида (№... / у шакли) хаёт тарихи, соматик, гинекологик касалликлар ва репродуктив функциянинг ҳолати тўғрисидаги маълумотлар тўпланган. Умумий клиник, инструментал, лаборатория ва акушерлик текширувлари ўтказилган.

Кейинги текширувлар ҳомиладорликнинг 22-24 ва 32-34 хафталарида амалга оширилди. 120 нафар аёлда аслда ҳомиладорликнинг кечиши ва туғруқ жараёни баҳоланган. Таҳлилда туғилиш тарихи (096/у шакли), янги туғилган чақалоқларнинг ривожланиш тарихи (097/у шакли) қўлланилган.

Текширув натижаларига кўра, асосий гуруҳ ҳомиладорлари ёши 18 дан 36 гача, ўртача  $29,7 \pm 2,1$  ёшни ташкил қилган. Назорат гуруҳ беморлари ёши 18 дан 30 ёшгача, ўртача  $29,3 \pm 3,4$  ёшни ташкил қилган(жадвал 3).

Барча гуруҳдаги беморларни ёш бўйича баҳолаганда текширилган ҳомиладорлар орасида фарқлар кузатилмаган. Барча текширишга киритилган аёллар фаол репродуктив ёшда бўлган, бунда уларнинг аксарияти 25-30 ёшда бўлган (45%).

### 3-жадвал

#### Семизликка эга ҳомиладор аёллар ёш аспекти

Гуруҳлар	<17 ёш		18-25 ёш		26-34 ёш		35 ёш ва ўндан катта		Ҳомиладорларнинг ўртача ёши
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Асосий гуруҳ (n=120)	0	0	58	48,3%	48	40%	14	11.7%	$29,7 \pm 2,1$
Назорат гуруҳ (n=60)	0	0	30	50%	18	30%	12	20%	$29,3 \pm 3,4$

Асосий гуруҳдаги паритетни ўрганиш кўрсатишича, биринчи

ҳомиладорлик -17,5 % ва кўп тукқанлар (3 ва кўп туғруқ) -7,5 %, қайта ҳомиладорлик (қайта тукқанлар) -39,2 % ва қайта ҳомиладорлик (биринчи туғиш) - 35,8% (4-жадвал).

#### 4- жадвал

##### Текширилган гуруҳларда ҳомиладорлик паритети

Гуруҳлар	Биринчи ҳомиладорлик	Қайта ҳомиладорлик (биринчи туғиш)	Қайта туғиш	Кўп тукқанлар (3 ва кўп туғруқ)
Асосий гуруҳ (n=120)	21(17,5%)	43(35,8%)	47(39,2%)	9(7,5%)
Назорат гуруҳ (n=60)	14(23,3%)	18(30%)	21(35%)	7(11,7%)

Наслий омилларни таҳлил қилганда шубҳасиз, эътиборни текширилган гуруҳлардаги оилавий семириш кузатилган. Айтиш лозимки, семиришга эга ҳомиладорларда кўпинча семизликнинг оилавий (наслий) анамнези устунлик қилган. Назорат гуруҳида ва I даражали семизлик кузатилган гуруҳида семизликни биринчи авлоддаги қариндошларда учраш частотаси бўйича сезиларли фарқ бўлмаган. Аммо II ва III даражали семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларнинг гуруҳларида яқин қариндошлар орасида семизлик (59 ва 70%) ишончли кўпроқ учраган.

Она ва ота авлоди томонидан семизлик бўйича сезиларли фарқ кузатилмаган. Яқин қариндошларида қандли диабет мавжудлиги ҳам баҳоланган. Айтиш жоизки, ушбу патологияни семизликка эга беморларда назорат гуруҳига нисбатан ишончли фарқлари ўрнатилган (5 жадвал). АГ биринчи навбатда яқин қариндошларда липид ва углевод алмашинувининг мавжудлигида нишон аъзо сифатида вариантлардан бири сифатида қаралиши мумкин.

#### 5-жадвал

##### Семизлик ва АГ ни яқин қариндошларда учраш частотаси

Омил	Гуруҳлар							
	I даражали семизлик n=60		II даражали семизлик n=30		III даражали семизлик n=30		Назорат гуруҳи n=60	
	абс	%	абс	%	Абс	%	Абс	%
Қариндошларда семириш	24	40	18	60*	21	70*	15	25
Қариндошларда АГ	34	56,7	25	83,3*	27	90*	27	45

Изоҳ: \* - фарқларнинг статистик аҳамияти даражаси ( $p < 0,05$ )

Ҳомиладорлар паритетини баҳолаш ҳомиладорликни кўтара олмаслик, гестация кеч муддатлари асоратлари, патологик ва оператив туғруқ хавфини излаш имкони билан бирга ўтказилган. Жадвалда (6-жадвал) қайд қилинишича, семириш билан беморлар кўпинча ҳомиладорлик юзага келиши муаммоси билан дуч келишган. (бепуштлик – II даражали семизлик кузатилган аёлларда 30%).

#### 6-жадвал

#### Текширилган аёллар анамнезида репродуктив функция ва унинг бузилиши бўйича маълумотлар

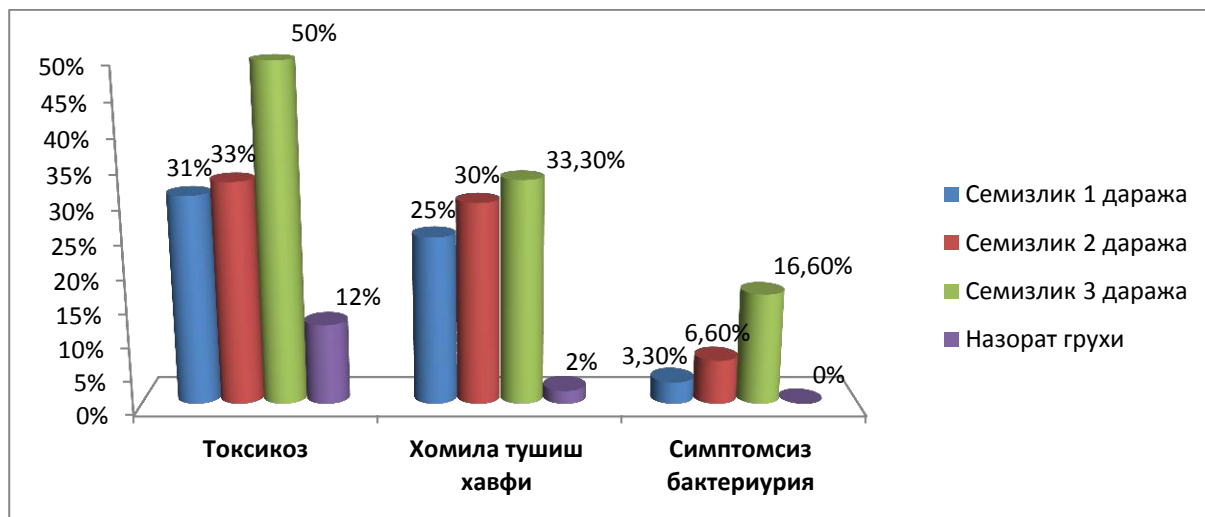
Ҳомиладорлик яқуни	Назорат гуруҳи, n=60		I даражали семизлик, n= 60		II даражали семизлик, n=30		III даражали семизлик, n= 30	
	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
Ўз вақтидаги туғруқлар	53	88,3	48	80	19	63,3	22 ?	73,3
Вақтидан илгари туғруқ	-	-	9	15	8	26,7	9 ?	30
Тиббий кўрсатма бўйича аборт	-	-	-	-	1	3,33	2	6,66
Ўз-ўзидан бола ташлаш	6	10	11	18,3 *	6	20 *	7	23,3 *
Сунъий абортлар	5	8,33	12	20 *	7	23,3 *	9	30 *
Жаъми ҳомиладорлик	64	100,0	80	100,0	41	100,0	49	100,0
I беморга ҳомиладорлик	2,85		2,88		2,68		2,7	

Изоҳ: \* - назорат гуруҳига нисбатан фарқлар ишончли (\* -  $P < 0,05$ );

Шундай қилиб, барча аёлларда ушбу ҳомиладорлик мустақил бўлиб, унинг текширувдан чиқариш мезонларидан бири индуцирланган ҳомиладорлик бўлган. Ҳомиладор бўлмаганлар улуши текширилган гуруҳларда 8-30%, қайта туққанларда – 35-39%, қайта ҳомиладор биринчи туққанларда – 30 -35,8%. Бунда ўрганилган ҳомиладорликкача гуруҳлар ўтказилган абортлар кўрсаткичлари бўйича статистик таққосланадиган бўлди ( $p < 0,05$ ). Эрта муддатларда ҳомиладорлик йўқотилиши ҳолатларини баҳолашда гуруҳлар таққосланган ( $p < 0,05$ ).

Диссертациянинг “**Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқнинг ўзига хос хусусиятлари**” деб номланган тўртинчи бобидасемизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик даври хусусиятларини ўрганиш амалга оширилган. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида эрта токсикоз энг кўп учрайдиган асоратлардан бири ҳисобланган. Асосий гуруҳда бу асорат назорат гуруҳидаги аёлларга нисбатан (36 ва 12%) 2,5 маротаба кўпроқ қайд этилган. Кичик гуруҳларда эрта токсикоз қайд этилган ҳомиладор аёлларнинг 50% да семизлик III даражаси, семизлик I даражаси бор аёлларнинг 31% да ва семизлик II даражаси кузатилган аёлларнинг 33% да ташхисланган (расм 2). Назорат

гурухига қараганда, ҳомила тушиш хавфи семизлик кузатилган аёлларда 10 баравар кўп бўлган (28,3 ва 2% га мос равишда), шу билан бирга, унинг қайд этиш сони прогрессив, аммо ишончсиз равишда 1-гуруҳдан 3-гуруҳгача ўсиб борди (25%, 30% ва 33,3% га мос равишда). Симптомсиз бактериурия билан ифодаланган сийдик йўллари инфекциялари эса фақат асосий гуруҳнинг семизлик III даражаси кузатилган аёлларда аниқланган (16,6%).



## 2-расм. Семизлик кузатилган аёлларда ҳомиладорликнинг I триместрида кузатилган асоратлар

Ҳомиладорликнинг III триместрида жиддий асоратлардан бири преэклампсия бўлди, унинг аниқланиш сони асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларга ҳос ва семизлик даражаси юқори аёлларда кўпроқ кузатилган (29,1%, 69% ва 89% мос равишда) (жадвал 7).

7-жадвал

## Семизлик кузатилган аёлларда ҳомиладорликнинг 3 триместрида кузатилган асоратлар

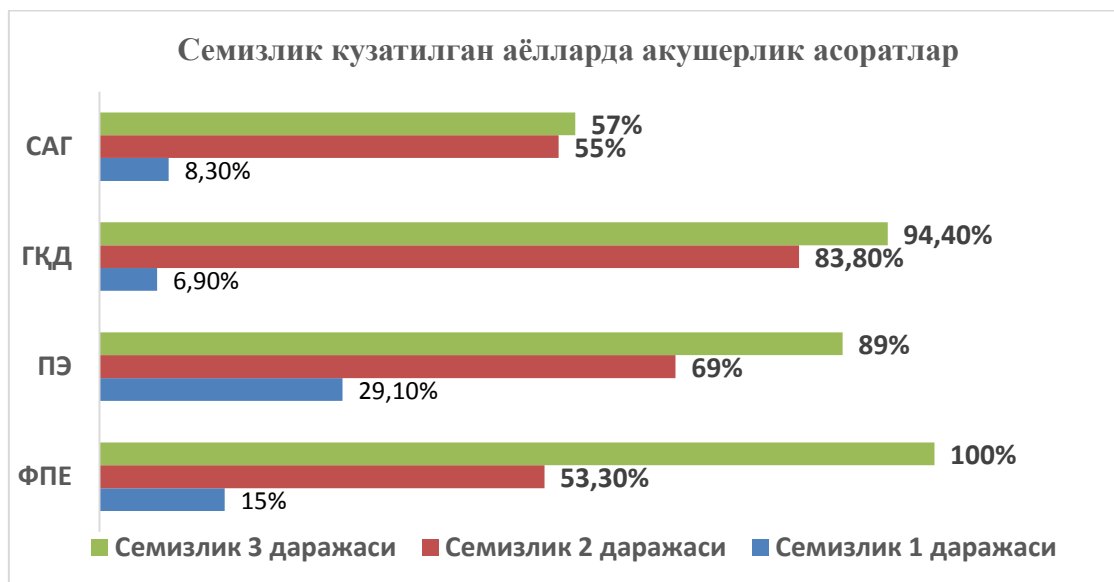
Нозология	I даражали семизлик n= 60	II даражали семизлик n=30	III даражали семизлик n= 30	Назорат гуруҳи n=60
Преэклампсия	17 (29,1%)*	21 (69%)*	27 (89%)*	-
ФПЕ	9 (15%)*	16 (53,3%)*	30 (100%)*	2 (3,33%)

Изоҳ: \*p <0,05 назорат гуруҳиганисбатан аниқ статистик фарқи;

ФПЕ ҳам фақат асосий гуруҳ беморларида ташҳисланган. Шу нарсани таъкидлаш жойизки, ҳомиладор аёл вази ортиб бориши билан, ФПЕ ҳам кўпроқ кузатилган. Бизнинг кузатувимизда бўлган, семизлик III даражаси аниқланган аёлларда бу кўрсаткич 100%га етди. 1- ва 2- кичик гуруҳларни солиштирганда, 3- кичик гуруҳда гестацион пиелонефрит 5 баравар (16%) кўпроқ ва сийдик йўллари инфекциялари (ўткир цистит, симптомсиз бактериурия) 4 баравар кўпроқ (13%) кузатилган.



Семизлик I даражаси кузатилган аёлларда ушбу асорат 35% ҳолатда, семизлик II даражаси кузатилган аёлларда эса 36,7% ҳолатда, семизлик III даражаси кузатилган аёлларда 60% ҳолатда аниқланди. Ҳомила тушиш хавфи I ва II даражали семизлик кузатилган ҳар бир 3- аёлда (31 ва 33%), ва III даражали семизлик кузатилган ҳар бир 2- аёлдан биттасида (50%) ташхисланди.



**3-расм. Семизлик кузатилган аёлларда III триместрда кузатилган акушерлик асоратлар**

Юқори ва пастки сийдик йўллари инфекциялари III даражали семизлик кузатилган аёлларда ҳомиладорлик кечишини кўпроқ ҳаққоний асоратланди (23% қарши 11% ҳолат 1-кичик гуруҳда ва 16% 2-кичик гуруҳда). САГ деярли барча асосий гуруҳининг кичик гуруҳларида кузатилди, аммо статистик жиҳатдан сезиларли даражада II ва III кичик гуруҳларда (мос равишда 55% ва 57%) кузатилди (расм 3).

Олинган маълумотлар нормал тана вазнига эга бўлган аёлларга қараганда семизлик кузатилган аёлларда ҳомиладорлик асоратларининг ривожланиши юқори эканлигини кўрсатган. Шундай қилиб, бизнинг изланишлар шуни кўрсатдики, семизлик бу ҳомиладорлик кечишига ўта салбий таъсир кўрсатувчи патология бўлиб, у ҳомиладорлик вақтида, у асосан преэклампсия, ФПЕ, ГҚД асоратларига олиб келган. Бундан ташқари, ҳомиладорлик кечиши асоратлари энг юқори кўрсаткичлари семизликнинг III триместрида кузатилган.

Мазкур бобнинг “Семизликга эга аёлларда ҳомиладор бўлмаган ва ҳомиладорлик пайтида гемостаз тизимининг ҳолати” деб номланган бўлимида ҳомиладор бўлмасдан гемостаз тизимининг қон томир-тромбоцитлари ва коагуляцион ҳолатни ўрганиш ва олинган маълумотларни статистик қайта ишлаш натижасида ҳомиладор бўлмасдан олдин аллақачон семириб кетган аёлларда гемостаз ва тромбоцитлар фаолиятининг гиперактивлиги коагуляцион тизимда гиперкоагуляция мавжуд деган хулосага келиш мумкин (8 жадвал).

Биринчи триместрда семизликга эга ҳомиладор аёлларда гемостаз тизимининг кўрсаткичлари ҳомиладорликнинг физиологик кечиши ва нормал тана вазнига эга бўлган аёллардан сезиларли даражада фарқ қилади (8-жадвал). Семизликга эга аёлларда ҳомиладорлик бошланганидан гемостазнинг қон томир-тромбоцитлар тизимидаги ўзгаришлар қайд этилган. Шундай қилиб, ушбу гуруҳда соғлом ҳомиладор аёлларга нисбатан қонда тромбоцитлар сонининг сезиларли даражада пасайиши қайд этилди ( $214,2 \pm 8,7 \times 10^9$  /л ва  $261,5 \pm 12,6 \times 10^9$  /л, мос равишда,  $P < 0,01$ ). Биринчи триместрда семизликга эга ҳомиладор аёлларда тромбоцитлар агрегацияси фаоллиги назорат гуруҳига нисбатан юқори бўлган ( $116,6 \pm 3,4$  ва  $105,0 \pm 4,8 \times 10^9$  /л, мос равишда  $P < 0,05$ ).

#### 8-жадвал

### I триместрда семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда гемостаз тизимининг кўрсаткичлари

Гемостаз кўрсаткичлари	Назорат гуруҳи	I триместрда семизлик кузатилган ҳомиладор аёллар
Қонда тромбоцитлар сони, $\times 10^9$ /л	261,5 $\pm$ 12,6	214,2 $\pm$ 8,7
Шиша ойнада тромбоцитлар агрегацияси	105,0 $\pm$ 4,8	116,6 $\pm$ 3,4
Активлаштирилган парциалтромбин вақти (АПТВ), сек	37,5 $\pm$ 1,1	32,6 $\pm$ 1,3
Протромбин вақти (ПТВ), сек	15,8 $\pm$ 0,2	16,0 $\pm$ 0,2
Фибриноген концентрацияси, г/л	2,6 $\pm$ 0,2	3,4 $\pm$ 0,1
Активлаштирилган рекальцификация вақти (АРВ), сек.	55,3 $\pm$ 0,3	49,2 $\pm$ 0,3
Эрийдиган фибрин-мономер комплекси (ЭФМК), мг/100 мл	2,2 $\pm$ 0,06	3,8 $\pm$ 0,2

Изох: \* - назорат гуруҳи маълумотлари билан таққослаганда ишончли (\* -  $P < 0,05$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,001$ )

Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида семизликга эга аёлларда гемостазнинг коагуляцион тизими кўрсаткичлари ҳам назорат гуруҳи билан таққослаганда ўзгаради. АПТВни ўрганаётганда биз асосий гуруҳда унинг  $32,6 \pm 1,3$  сек га, назорат гуруҳи билан таққослаганда -  $37,5 \pm 1,1$  сек га қисқаришини ( $P < 0,01$ ) аниқладик. Тадқиқот гуруҳларида протромбин вақтининг кўрсаткичлари сезиларли даражада фарқ қилмади. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида семиз аёлларда фибриноген концентрациясининг назорат гуруҳидаги бир хил кўрсаткичга нисбатан ўсиши кузатилди (мос равишда  $3,4 \pm 0,1$  ва  $2,6 \pm 0,2$  г/л,  $P < 0,05$ ).

I триместрда семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда АРВ кўрсаткичи

-  $49,2 \pm 0,3$  сек га, назорат гуруҳидаги ҳомиладор аёлларга қараганда -  $55,3 \pm 0,3$  сек қисқарган ( $P < 0,001$ ).

Қонни активлаштирилган маркерларни ўрганаётганда ЭФМК нинг сезиларли ошиши қайд этилди - асосий гуруҳда  $3,8 \pm 0,2$  мг/100 мл, назорат гуруҳи билан таққослаганда -  $2,18 \pm 0,1$  мг/100 мл ( $P < 0,001$ ).

Шундай қилиб, бизнинг тадқиқотимиз давомида олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, ҳомиладорликнинг I триместридан бошлаб семириб кетган аёлларда ўртача гиперкоагуляция мавжуд бўлиб, бу ҳомиладорлик даври учун хос эмас, тромбоцитлар функциясини фаоллашиши, АПТВ, АРВ нинг қисқариши ва ҳомиладорлик даврида сақланиб турадиган фибриноген концентрациясининг ўсиши.

Семизликга эга ҳомиладор аёлларда гемостаз тизимини ўрганиш натижаларини таққослаш, ҳомиладорликнинг ўсиши билан гиперкоагуляция тенденцияси сақланиб қолади деган хулосага келишимизга имкон берган.

II триместрда семизликга эга ҳомиладор аёлларда гемостазнинг бошланғич ҳолатини назорат гуруҳига нисбатан ўрганиш шуни кўрсатдики, тромбоцитлар агрегацияси фаоллигининг ошиши билан бирга ( $117,8 \pm 3,1 \times 10^9$ /л) ( $P < 0,05$ ), кўпроқ АПТВ нинг  $29,6 \pm 0,8$  сек ( $P < 0,001$ ), гача қисқариши, АРВ нинг  $45,6 \pm 1,3$  сек ( $P < 0,001$ ), гача қисқариши, гиперфибриногенемия ва эрувчан фибрин –мономеркомплексларнинг (ЭФМК) ошиши  $5,68 \pm 0,34$  мг/100 мл ( $P < 0,05$ ) гача бўлган (9-жадвал).

#### 9-жадвал

#### II триместрда текширилган семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда гемостаз индексларининг ҳолати

Гемостаз кўрсаткичлари	Назорат гуруҳи	II триместрда семизлик кузатилган ҳомиладор аёллар
Қонда тромбоцитлар сони, $\times 10^9$ /л	$208,8 \pm 8,4$	$192,1 \pm 8,3$
Шиша ойнада тромбоцитлар агрегацияси	$106,0 \pm 4,8$	$117,8 \pm 3,1$
Активлаштирилган парциалтромбин вақти (АПТВ), сек	$37,3 \pm 1,4$	$29,6 \pm 0,8$
Протромбин вақти (ПТВ), сек	$15,3 \pm 0,27$	$15,8 \pm 0,1$
Фибриноген концентрацияси, г/л	$3,3 \pm 0,16$	$3,6 \pm 0,1$
Активлаштирилган рекальцификация вақти (АРВ), сек.	$52,4 \pm 0,3$	$45,6 \pm 1,3$
Эрийдиган фибрин-мономер комплекси (ЭФМК), мг/100 мл	$2,92 \pm 0,15$	$5,68 \pm 0,34$

Изох: \* - назорат гуруҳи маълумотлари билан таққослаганда нчли (\* -  $P < 0,05$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,001$ )

Гемостаз индексларининг бу ҳолати тромбоцитлар гиперактивлиги ва гемостазнинг коагуляцион звенолари билан ажралиб турадиган гиперкоагуляция деб қаралади, бу эса тарқалган қон томир ичи синдроми ривожланиши учун қулай фон ҳисобланади.

II триместрда текширилган ҳомиладор аёлларда томир ичидаги қон ивишининг тўғридан-тўғри диагностик мезонлари ЭФМК аниқлаш тестлари бўлган.

III триместрда семизликга эга ҳомиладор аёлларда гемостаз тизимининг плазмаси ва тромбоцитлари занжирларининг энг муҳим кўрсаткичлари 10-жадвалда келтирилган.

#### 10-жадвал

### III триместрда семиз ҳомиладор аёлларда гемостаз тизимининг кўрсаткичлари

Гемостаз кўрсаткичлари	Назорат гуруҳи	III триместрда семизлик кузатилган ҳомиладор аёллар
Қонда тромбоцитлар сони, $\times 10^9/\text{л}$	193,5 $\pm$ 8,7	182,8 $\pm$ 6,1
Шиша ойнада тромбоцитлар агрегацияси	99,8 $\pm$ 3,3	114,3 $\pm$ 3,1
Активлаштирилган парциалтромбин вақти (АПТВ), сек	35,0 $\pm$ 2,1	27,5 $\pm$ 1,2
Протромбин вақти (ПТВ), сек	14,2 $\pm$ 0,5	15,6 $\pm$ 0,2
Фибриноген концентрацияси, г/л	3,5 $\pm$ 0,17	3,9 $\pm$ 0,1
Активлаштирилган рекальцификация вақти (АРВ), сек.	51,2 $\pm$ 0,2	44,7 $\pm$ 0,6
Эрийдиган фибрин-мономер комплекси (ЭФМК), мг/100 мл	2,98 $\pm$ 0,08	6,4 $\pm$ 0,3

Изох: \* - назорат гуруҳи маълумотлари билан таққослаганда ишончли (\* -  $P < 0,05$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* -  $P < 0,001$ )

10-жадвалдан кўриниб турибдики, семириб кетган ҳомиладор аёлларда тромбоцитлар агрегацияси фаоллиги сезиларли даражада юқори - 114,3 $\pm$ 3,1, назорат гуруҳига нисбатан - 99,8 $\pm$ 3,3 ( $P < 0,05$ ). Семизлик кузатилган ҳомиладорлар гуруҳдаги тромбоцитлар сони 182,8 $\pm$ 6,1 $\times 10^9/\text{л}$ , назорат гуруҳида - 193,5 $\pm$ 8,7  $\times 10^9/\text{л}$  ( $P < 0,05$ ).

Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда АПТВ назорат гуруҳига нисбатан 27,5 $\pm$ 1,2 сек гача қисқарган - 35,0 $\pm$ 2,07 сек ( $P < 0,01$ ). Семизликга эга ҳомиладор аёлларда ПТВ 15,6 $\pm$ 0,2 сек ни ташкил этди ва назорат гуруҳидаги кўрсаткичдан -14,2 $\pm$ 0,53 сек ( $P < 0,01$ )дан сезиларли даражада фарқ қилган. Фибриноген концентрацияси - қон ивишининг асосий субстрати - семиз ҳомиладор аёлларда бироз юқорироқ 3,9 $\pm$ 0,1 г/л, физиологик ҳомиладорлиги

ва нормал вазни бўлган аёлларга қараганда -  $3,5 \pm 0,17$  г/л. III триместрда семириб кетган ҳомиладор аёлларда АРВнинг статистик жиҳатдан муҳим қисқариши аниқланди  $44,7 \pm 0,6$  сек – назорат гуруҳига нисбатан  $51,2 \pm 0,2$  сек ( $P < 0,001$ ).

Шундай қилиб, учинчи триместрда семизликга эга ҳомиладор аёлларда қон ивиш тизимида I ва II триместрларда аниқланган тенденциялар сақланиб қолади: фибриноген даражаси ҳомиладорликнинг физиологик даврига нисбатан бир оз юқори, АПТВ ва АРВкўрсаткичлари назорат гуруҳига нисбатан қисқарган. Тромбоцитлар гиперфункцияси ҳам мавжуд, бу тромбоцитлар агрегацияси фаоллигининг ошишида ифодаланади.

Асетилсалицил кислотасидан фойдаланган ҳолда олиб борилган терапия натижасида бачадон-ҳонила-плацента мажмуаси томирларининг барча даражаларида қон оқими тезлигининг эгри чизиғи кўрсаткичларидаги динамик ўзгаришлар яхшиланди ва ушбу каналдаги муҳим ижобий гемодинамикани аниқ акс эттирди. Маълумотлар 11-жадвалда акс эттирилган.

### 11-жадвал

#### Семизлик кузатилган I-триместрдаги ҳомиладор аёлларнинг липид спектри кўрсаткичлари.

Липид спектри 9ммоль/ л	Назорат гуруҳи (n=60)	Семизликкузатилган асетил салицил кислотаси қабулқилмаган аёллар n=37	Семизликкузатилган асетил салицил кислотаси қабулқилгандан кейин n=34
Умумий холестерин	$4,91 \pm 0,01$	$6,49 \pm 0,95$	$5,23 \pm 0,54^*$
ПЗЛП	$2,57 \pm 0,03$	$4,55 \pm 0,69$	$3,53 \pm 0,61^*$
ЮЗЛП	$1,48 \pm 0,03$	$1,13 \pm 0,12$	$0,82 \pm 0,12^*$
ТГ	$1,61 \pm 0,02$	$2,67 \pm 0,64$	$1,95 \pm 0,47^*$
АК	$2,32 \pm 0,03$	$5,45 \pm 1,95$	$4,90 \pm 0,8^*$

Изох: \*- $p < 0,05$ ; гуруҳлар орасидаги аниқ статистик фарқи

Шундай қилиб, ҳомиладорликнинг биринчи триместридан 150 мг дозада асетилсалицил кислотасини узоқ муддат қабул қилиш гемостазиологик параметрларни барқарорлаштиришга имкон беради ва шу билан семизликга эга аёлларда ҳомиладорлик даври асоратлари сонини камайтиради. Асетилсалицил кислотасини истеъмол қилмаган семизликга эга ҳомиладор аёлларда спонтан ҳонила тушишлар 2та аёлда 9-10 хафтада кузатилди, 13-14 хафтада 2та аёлда, 18 хафтада битта беморда ва 14 ва 16 хафтада ривожланмаган ҳомиладорлик икки беморда аниқланди. Биринчи

триместрдан ацетилсалицил кислотасини қабул қилган семизликга эга ҳомиладор аёлларнинг кичик гуруҳида 12-13 хафтада 2 та аёлда ўз-ўзидан тушиш содир бўлди.

Ацетилсалицил кислотасини олмаган семизликга эга ҳомиладор аёлларда (32,4%) эрта туғилиш содир бўлган.

Асетилсалицил кислотасини қабул қилган семизликга эга ҳомиладор аёлларнинг кичик гуруҳида, муддатидан олдин туғилиш амниотик суюқликнинг муддатидан олдин кетиши натижасида ҳомиладорликнинг 34-36 хафталигида 5 (14,7%) ҳомиладор аёлда содир бўлди.

Тадқиқот натижаларимизни сарҳисоб қилсак, семизликга эга аёлларга ҳомиладорликнинг биринчи триместрдан бошлаб 150 мг дозада ацетилсалицил кислотасининг умумий терапиясини киритиш ҳомиладорликни узайтиришга ва ҳаётга чидамлироқ ҳомила туғилишига, шунингдек, акушерлик ва перинатал асоратларни камайитиришга ёрдам беради.

## ХУЛОСА

1. Ретроспектив тадқиқотлар шуни кўрсатдики, семизлик кўзатилган аёллар сони 2010-2012 йиллар давомида 2,5 бараварга ошган ва умумий туғуқларнинг 12,5% ташкил қилган. Семизлик кузатилган ҳомиладор аёллар презклампсиянинг ривожланиши бўйича, (нисбий ортиши 0,47, ИЭ 95%), ҳомила ўсишининг чегараланиш синдроми 26,4%, муддатдан олдин туғуқлар (10%), ҳомиланинг антенатал ўлими (6,8%) кўринишидаги турли хил асоратларга олиб келади.

2. Онанинг қонида триглицеридлар миқдорининг ошиши ва яллиғланиш олди цитокинларининг ошиши ўртасида туғри коррелиатив боғлиқлик борлиги исботланди. Яллиғланиш олди цитокинларининг ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ортиши ҳомила тушиш хавфининг ошишига сабаб бўлгинлиги аниқланди. Семизлик кўзатилган ҳомиладор аёлларда, ҳомиладорлик даврида ТВИ ва триглицеридларнинг миқдорининг хаддан ташқари ошган аёлларда акушерлик асоратларнинг 3 баравар кўпроқ учраши аниқланди ( $p < 0,05$ ).

3. Семириб кетган ҳомиладор аёлларни мониторинг қилиш алгоритми триглицеридлар, ПЗЛП ва интерлейкинлар каби муҳим маркерлар асосида ишлаб чиқилди ва уларнинг ПЭ ва ФПЕ, ХЎЧС каби асоратларни ривожланишида уларнинг юқори прогностик ўзига хослиги 73% ва сезгирлиги 86% аниқланди.

4. Биринчи триместрдан 150мг дозада ацетилсалицил кислотаси препаратлари берилган комплекс даво ҳомиладорлик даврида кузатилган асоратларни 2,3 баравар камайишига олиб келди.

5. Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларни ишлаб чиқилган алгоритм бўйича олиб бориш ҳомиладорликнинг яхши кечишига, яъни ПЭ частотасининг 26% га, ФПЕ32% га ва ХЎЧСнинг 11% га камайиши олиб келди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ PhD.04/05.06.2020.Tib.114.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ  
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ**

**ШАМСИЕВА ЗУЛФИЯ ИЛХОМЖОН КИЗИ**

**РАЗРАБОТКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И  
РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ**

**14.00.01 – Акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ  
ДОКТОРА (PhD) ФИЛОСОФИИ ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТОШКЕНТ – 2021**

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2020.2.PhD/Tib1126

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице по адресу [www.akusherstvo.uz](http://www.akusherstvo.uz) и на Информационно-образовательном портале "Ziyonet" по адресу [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz).

**Научный руководитель:** Юсупбаев Рустем Базарбаевич  
доктор медицинских наук

**Официальные оппоненты:** Ешимбетова Гульсара Закировна  
доктор медицинских наук, профессор

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна  
доктор медицинских наук, профессор


**Ведущая организация:** Ташкентский педиатрический медицинский институт


Защита состоится «5» августа 2021г. в 14<sup>00</sup> часов на заседании Научного совета PhD.04/05.06.2020.Tib.114.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии. По адресу: 100124, г.Ташкент, Мирза-Улугбекский район, улица Мирза-Улугбек, дом 132А. (Тел./факс: (+99871) 263-33-14; e-mail: obs-gyn@mail.ru)

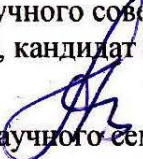
С диссертацией можно ознакомиться в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии (зарегистрирована за №\_\_\_). Адрес: 100140, г.Ташкент, Миза-Улугбекский район, улица Мирза-Улугбек, дом 132А. Тел./факс: (+99871)-2667821.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2021 года).



  
Д.А.Алиева  
Председатель научного совета по присуждению  
учёных степеней, доктор медицинских наук,  
профессор

  
М.М. Файзырахманова  
Ученый секретарь научного совета по присуждению  
учёных степеней, кандидат биологических наук

  
Ф.М.Аюпова  
Председатель научного семинара при научном  
совете по присуждению учёных степеней,  
доктор медицинских наук, профессор



## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации (PhD) доктора философии)**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Ожирение - медицинская, социальная и экономическая проблема современного общества, актуальность которой определяется его распространенностью, «...так как более 25% населения экономически развитых стран мира имеют избыточный вес на 15%...»<sup>1</sup>. Надо отметить, что частота ожирения среди женщин репродуктивного возраста колеблется от 30 до 40%. Одним из основных направлений научных исследований сегодня является изучение специфики беременности у беременных с ожирением.

Во всем мире проводится ряд исследований по разработке тактики ведения беременности и родов у беременных с ожирением. В связи с этим актуальной проблемой является ретроспективный анализа процесса родов у беременных с ожирением установить частоту и характер акушерских осложнений, доказать особенности липидно-углеводного обмена у женщин с ожирением.

В нашей стране для развития медицинской сферы по мировым стандартам, в частности, по снижению гинекологических заболеваний принимаются обширные меры. В этой связи определены задачи по «...повышению эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, а также внедрению высокотехнологичных методов диагностики и лечения, созданию системы медицинской стандартизации, пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний за счет создания эффективных моделей патронажа...»<sup>2</sup>. Данные задачи способствуют снижению заболеваемости за счет повышения уровня современной медицинской помощи на новый уровень в диагностике и лечении эндокринных заболеваний у беременных и совершенствования использования современных технологий для качественного медицинского обслуживания.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит реализации задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан: №УП-2650 от 2 ноября 2016 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы охраны материнства и детства в Узбекистане на 2017–2020 годы», №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан: №ПП- 3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы», № ПП-4887 от 10 ноября 2020г, «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения» а также принятых в нем нормативных актов, способствует реализации задач,

---

<sup>1</sup>Maredia H., 2018

<sup>2</sup>Указ Президента Республики Узбекистан №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года.

поставленных в данной диссертационной работе.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Ожирение во время беременности - важный фактор в развитии осложнений беременности и неблагоприятных пренатальных осложнений. Ожирение увеличивает риск развития ряда заболеваний: риск развития диабета (относительный риск 2,1), сердечно-сосудистых заболеваний (относительный риск 1,47), незлокачественных заболеваний печени (относительный риск 1,82), незлокачественных заболеваний почек (относительный риск 1,59) (Сагинова Е. А.А., Галлямов М.Г., Северова М.В., 2010, Панова Е.И., Мартышина О.В., Данилов В.А., 2013) также имеются специфические особенности: ожирение. женщины имеют более высокий риск развития рака груди и эндометрия, репродуктивной дисфункции (Овсянникова Т.В., Боровкова Е.И., Шешукова Н.А., 2010; Боровкова Е.И., Макаров И.О., Байрамова М.А., 2011; Романцова Т.И., 2011; Берштейн Л. М., 2012). Примечательно, что частота ожирения среди женщин колеблется от 30 до 40%, что составляет значительную часть женщин репродуктивного возраста. (Branca F., Nikogosian H., Lobstein T., 2013).

В Узбекистане проведены исследования посвященные совершенствованию профилактики ожирения у детей и подростков в Узбекистане (Рахимов Б.Б., 2016), нейрогуморальный механизм патогенеза метаболического синдрома и терапевтическая коррекция (Узбекова Н.Р., 2017), дифференциальный подход к диагностике метаболического синдрома у женщин до и после менопаузы (Мухамедова Н., Х., 2017), сравнительная оценка формирования конечных точек в зависимости от категорий основных компонентов метаболического синдрома (Каландарова Ю.А., 2020), оптимизация лечебно-профилактических мероприятий у женщин в перименопаузе (Каюмова Д.Т., 2020) и экзогенный - Исследование клинико-генетических аспектов нарушений репродуктивной системы у женщин детородного возраста при конституциональном ожирении (Расулиева Т.А., 2020).

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в рамках плананаучно-исследовательских работ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра в рамках темы «Разработка методов прогноза и профилактики осложнений беременности и родов у женщин с ожирением» (2011-2014 гг.).

**Целью исследования является** разработка мер по улучшению ведения беременности и родов у беременных с ожирением.

### **Задачи исследования:**

изучить частоту и характер акушерских осложнений по данным ретроспективного анализа процессов родов у беременных женщин с ожирением;

изучить особенности липидно-углеводного обмена у женщин с ожирением;

изучить взаимосвязь цитокинового статуса с липидно- углеводным спектром крови у беременных с ожирением.

разработать алгоритм ведения беременных с ожирением для снижения акушерских и пренатальных осложнений.

**Объектом исследования** были беременные с ожирением, которые наблюдались в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском институте акушерства и гинекологии.

**Предметом исследования** явились биохимические и иммунологические исследования сыворотки крови 180 беременных женщин.

**Методы исследований.** Были использованы биохимические исследования, доплерография, иммунологические и статистические методы исследования.

### **Научная новизна исследования заключается в следующем:**

впервые показано, что у беременных с ожирением нарушение липидного обмена и повышение уровней провоспалительных цитокинов в первом триместре беременности приводят к акушерским осложнениям;

впервые показано, что прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 150 мг беременными с ожирением с первого триместра беременности снижает акушерские осложнения в 2 раза;

впервые определены группы риска на развитие акушерских осложнений с учётом липидного обмена и цитокинового статуса у беременных с ожирением;

впервые разработан алгоритм ранней диагностики и профилактики акушерских осложнений у беременных с ожирением.

### **Практические результаты исследования:**

установлено, что развитие акушерских и перинатальных осложнений у женщин с ожирением до беременности связано с биохимическими параметрами беременной;

обнаружена корреляционная связь между определением повышения содержания цитокинов и биохимическими показателями в крови у беременных женщин;

разработан алгоритм профилактики акушерских и перинатальных осложнений у женщин с ожирением.

**Достоверность полученных результатов** подтверждена применением в исследованиях подходов и методов, соответствием теоретических материалов с полученными результатами, методологически точно проведенных исследований, достаточным количеством больных, на основе

взаимодополняющих современных биохимических исследований, доплерографии, иммунологических и статистических методов, тактика ведения беременности при ожирении у беременных были сопоставлены с подтвержденными результатами зарубежных и отечественных исследований, заключении и полученные результаты были подтверждены полномочными структурами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования была объяснена изучением липидного обмена и цитокинового статуса у беременных с ожирением, что позволило на ранней стадии диагностировать акушерские осложнения.

Причины развития фетоплацентарных нарушений кровообращения и акушерских осложнений у беременных с ожирением объяснялись увеличением количества провоспалительных цитокинов в I и II триместрах беременности.

**Внедрение результатов исследования.** На основании полученных научных результатов по разработке тактики ведения беременности и родов у беременных сожирением:

утверждены методические рекомендации «Прогнозирование акушерских осложнений у беременных с ожирением» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8н-р/10 от 20.01.2020 года). Данные методические рекомендации позволили эффективному лечению при предотвращении преэклампсии и ранних репродуктивных потерь у женщин; полученные научные результаты по ведению беременных женщин с ожирением внедрены в практическое здравоохранение (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8н-д/198 от 24.11.2020 года), в том числе, в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии и РМО Кибрайского района.

**Утверждение результатов исследования.** Результаты работы доложены на 3 научно-практических конференций, в том числе 2 международных и 1 обсуждалось на научно-практических конференциях республики.

**Публикация результатов исследования.** Всего по теме диссертации опубликовано 14 научных работ, в том числе в том числе 9 журнальных статей, 8 из которых в республиканских, 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 121 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснованы актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель, задачи, объект и предмет исследования, показано соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий в Республике Узбекистан, изложены научная новизна и научно-практическая значимость результатов, обоснована достоверность полученных результатов. Также приводятся сведения о внедрении в практику результатов исследования, апробации и публикации результатов работы, структуры диссертации.

В первой главе диссертации **«Литературный обзор. Ожирение, ее течение при беременности и влияние на послеродовый период»** представляет собой обзор литературы по системным изменениям липидного профиля во время беременности. Подчеркнуто, что требует широкого внимания исследователей ожирение и его роль в формировании акушерских осложнений, отрицательное влияние ожирения на беременность и роды подчеркивались широким кругом исследователей. Разработан авторский подход к научному решению данной проблемы.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования по разработке тактики ведения беременности и родов у беременных с ожирением»** приводится методологический подход при проведении исследования.

Исследование проводилось с 2010 по 2015 гг. в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии (директор - профессор, д.м.н. Наджмутдинова Д.К.).

Клинико-статистическому анализу подверглись 180 беременных, из которых 120 страдали ожирением. Всего 120 беременных с ожирением, включенных в исследуемую группу, прошли первичное обследование, диагностику, выбор лечения и динамический мониторинг состояния женщины и плода проводили в РСНПМЦАиГ и РСНПМЦЭ.

Первичное амбулаторное обследование включало в себя жалобы, сбор анамнеза, клиническое обследование, инструментально-лабораторный анализ крови.

Отбор пациентов для исследования проводился по критериям включения / исключения.

Критерии включения:

- ожирение I, II и III степени;
- самопроизвольная одноплодная беременность;
- Критерии исключения:
- Многоплодная беременность;
- беременность в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий.

На данном этапе в исследование были включены 180 беременных. Основную группу составили 120 беременных с ожирением. Контрольную группу составили 60 беременных с нормальной массой тела. В зависимости

от степени ожирения основная группа пациентов была разделена на 3 подгруппы:

1-я подгруппа (n = 60) - ожирение I степени (TVI 30-34,9);

2-я подгруппа (n = 30) - ожирение II степени (TVI 35-39,9);

3-я подгруппа (n = 30) - ожирение III степени (TVI  $\geq$ 40).

Основная группа беременных была в возрасте от 18 до 36 лет, в среднем  $28,5 \pm 4,36$  года. Возраст пациентов контрольной группы составлял от 18 до 30 лет, в среднем  $24,1 \pm 2,4$  года. Наряду с общеклиническими и антропометрическими исследованиями оценивали липидный спектр (триглицериды, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП) в плазме крови.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием компьютера IBM Pentium-4 на основе программного обеспечения статистического анализа с использованием среднего арифметического (M), среднего стандартного отклонения ( $\sigma$ ), стандартной ошибки (m) и относительной величины (частота, %). Статистическую значимость полученных измерений определяли с использованием критерия Стьюдента

(t) при сравнении средних значений. Статистически значимая переменная была получена при уровне достоверности  $P < 0,05$ . Учтены рекомендации по статистической обработке клинических и лабораторных данных.

В третьей главе диссертации под названием «Ретроспективные и проспективные исследование беременных женщин с ожирением» обследовано 347 беременных с ожирением различного генеза, но в исследование включены женщины (120 беременных), соответствующие диагностическим критериям отбора (рисунок 1).

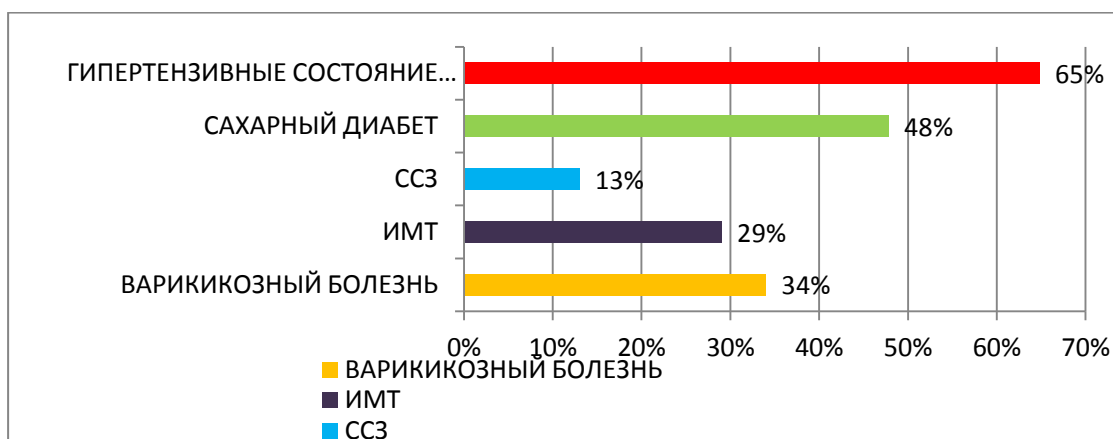


Рис 1. Соматическое состояние беременных женщин с ожирением.

Акушерский анамнез показал, что в 30,8% случаев было невынашивание беременности, среди них 15,3% ранние выкидыши, 10,1% поздние выкидыши и в 50% случаев неразвивающаяся беременность. Внутриутробная гипоксия встречалась плода в 81,7% случаев (таблица 1).

Таблица 1

## Акушерский анамнез обследованных беременных

Показатель	Ретроспективный анализ (n=347)	
	абс.	%
Невынашивание: из них	107	30,8
Ранние выкидыши	53	15,3
Поздние выкидыши	35	10,1
Неразвивающаяся беременность	20	5,8
Угроза прерывания беременности	167	48,1
Артифициальные аборты	49	14,1
Преждевременные роды	12	3,45
Маловодие	17	4,8
Многоводие	26	7,5
Кольпит	46	13,2
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	283	81,5
Дефект плаценты	38	10,9

По данным ретроспективного анализа 17,3% случаев роды произошли через естественные родовые пути, 82,7% составило оперативные роды путем кесарево сечение (таб 2).

Таблица 2

## Семизлик кузатилган аёлларда туғруқ усуллари

Группы	Пути родоразрешения			
	Через естественные родовые пути		Путем операции кесарево сечения	
	абс	%	Абс	%
Ретроспективный анализ (n=347)	60	17,3%	287	82,7%

К проспективному исследованию подвергались 180 беременные. Основную группу составили 120 беременных с ожирением. Группу контроля составили 60 беременных с нормальной массой тела. В зависимости от степени выраженности ожирения, пациентки основной группы были подразделены на 3 подгруппы: 1-я подгруппа (n=60) - пациентки с I степенью ожирения (ИМТ 30-34,9); 2-я подгруппа (n=30) - пациентки со II степенью ожирения (ИМТ 35-39,9); 3-я подгруппа (n=30) - пациентки с III степенью ожирения (ИМТ $\geq$ 40). Возраст беременных основной группы находился в пределах от 19 до 36 лет и составил в среднем 29,7 $\pm$ 2,1 лет. Возраст пациенток контрольной группы находился в пределах от 18 до 30 лет и в среднем составлял 29,3 $\pm$ 3,4 лет(табл.3).. Наряду с общеклиническими и

антропометрическими исследованиями нами проведена оценка липидного спектра крови (триглицериды, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП) - в плазме крови на сроке гестации 30-34 недели.

**Таблица 3**

Возрастные аспекты беременных женщин с ожирением

Группы	<17	18-25		26-35		>36	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная группа	0	58	48,3%	48	40%	14	11.7%
Контрольная группа	0	30	50%	18	30%	12	20%

Изучение паритетов в основной группе показало первобеременные составили -17,5% и многорожающие (3 и более родов) – 7,5%, а повторнобеременные (повторнородящие) – 39,2%) и повторнобеременные (первородящие) – 53,8% (табл. 4).

**Таблица 4**

Паритет беременных в исследуемых группах

Группы	Первобеременные	Повторнобеременные (первородящие)	Повторнобеременные	Многорожающие (3 и более родов)
Основная группа (n=120)	21(17,5%)	43(35,8%)	47(39,2%)	9(7,5%)
Контрольная группа (n=60)	14 (23,3%)	18 (30%)	21(35%)	7(11,7%)

При анализе наследственных факторов, безусловно, внимание привлекло наличие семейного ожирения в исследуемых группах. Следует отметить, что у беременных с ожирением в большинстве случаев превалирует именно семейный (наследственный) генез ожирения. В контрольной группе и в А подгруппе значимой разницы по частоте встречаемости ожирения у родственников первой линии не. Однако в группах женщин с ожирением II и III степени достоверно чаще встречается ожирение у близких родственников (50 и 70%). Значимого отличия в наличии ожирения по материнской или отцовской линиям не выявлено. Также оценивали наличие у близких родственников сахарного диабета. Следует отметить, что установлены достоверные различия по частоте встречаемости данной патологии у всех пациенток с ожирением в сравнении с группой контроля (табл. 5).

АГ в первую очередь следует рассматривать как один из вариантов



поражения органа-мишени при наличии нарушений как липидного, так и углеводного обменов у ближайших родственников.

**Таблица 5**

Частота встречаемости ожирения у близких родственников

Фактор	Группы							
	1 степени ожирение n=60		2 степени ожирение n=30		3 степени ожирение n=30		Контрольная группа n=60	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Ожирение у родственников	24	40	18	60*	21	70*	15	25
АГ у родственников	34	56,7	25	83,3*	27	90*	27	45

Примечание: \* - уровень статистической значимости различий ( $p < 0,05$ ).

У всех пациенток данная беременность являлась самостоятельной, одним из критериев исключения из нашего исследования была индуцированная беременность(табл.6).

**Таблица 6**

Сведения о репродуктивной функции и ее нарушениях в анамнезе у обследованных женщин

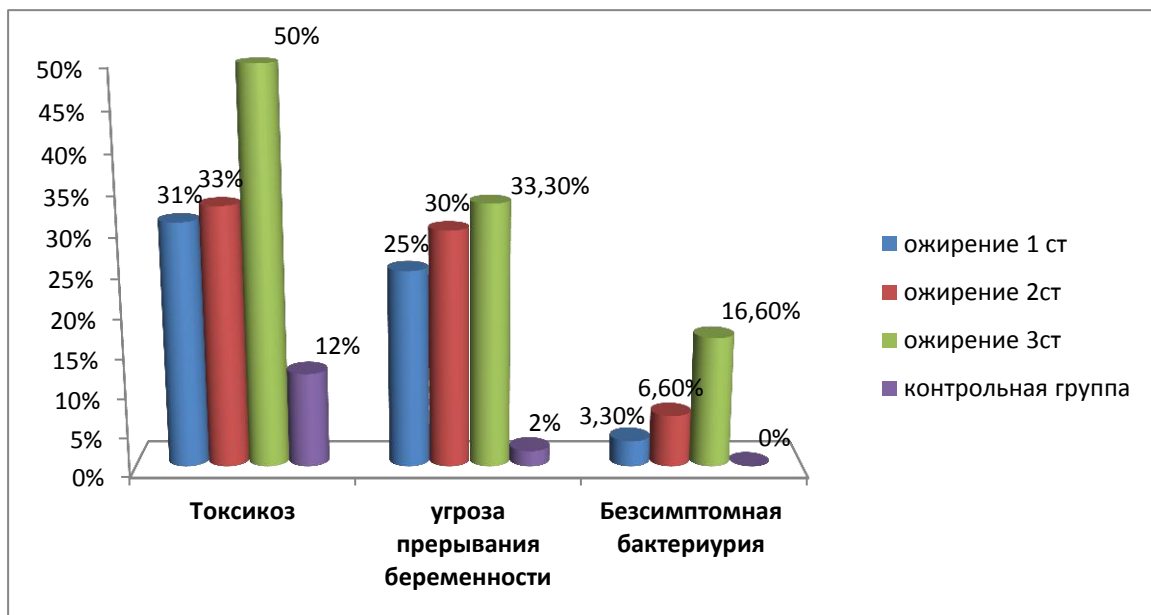
Исходы беременностей	Контрольная группа n=60		1 степени ожирение n=60		2 степени ожирение n=30		3 степени ожирение n=30	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Срочные роды	53	88,3	48	80	19	63,3	22	73,3
Преждевременные роды	-	-	9	15	8	26,7	9	30
Аборты по медицинским показаниям	-	-	-	-	1	3,33	2	6,66
Самопроизвольные выкидыши	6	10	11	18,3 *	6	20 *	7	23,3 *
Искусственные аборты	5	8,33	12	20 *	7	23,3 *	9	30 *
Всего беременностей	64	100,0	80	100,0	41	100,0	49	100,0
Беременностей на 1 пациентку	2,85		2,88		2,68		2,7	

Примечание: \* - различие достоверно по сравнению с контрольной группой (\* -  $P < 0,05$ );

Таким образом, доля первобеременных в исследуемых группах составила 8-30 %, повторнородящих - 35-39 %, повторнобеременных

первородящих – 30-35,8 %. При этом группы по показателю проведенных аборт до исследуемой беременности статистически сопоставимы ( $p > 0,05$ ). При оценке случаев потери беременности в ранние сроки группы также оказались сопоставимы ( $p > 0,05$ ).

В четвертой главе диссертации, под названием «**Особенности родов у беременных с ожирением**» отражены все проблемы, возникающие во время беременности, родов и послеродового периода. Ранний токсикоз в первом триместре этой беременности - одно из самых частых осложнений. В основной группе она была в 2,5 раза чаще, чем женщины контрольной группы (36 и 12%). В небольших группах ранний токсикоз был диагностирован у 50% беременных с ожирением III степени, 31% - с ожирением I степени и 33% - с ожирением II степени (рис 2). По сравнению с контрольной группы угроза прерывания беременности встречалось 10раз больше (25%, 30% и 33,3% соответственно).



**Рис 2. Осложнение в 1 триместре у женщин с ожирением.**

В III триместр е беременности частыми акушерскими осложнениями было преэклампсия, её частота встречаемости увеличиволось в зависимости от степени ожирения (29,1%, 69% ва 89% соответственно) (табл 7).

**Таблица 7**

**Акушерские осложнения в III триместре беременности**

Нозология	Ожирение 1 степень	Ожирение 2 степень	Ожирение 3 степень	Группа контроля
ПЭ	17 (29,1%)	21 (69%)	27 (89%)	-
ФПЕ	9 (15%)	16 (53,3%)	30 (100%)	2 (3,33%)

Примечание: \* разница показателя  $p < 0,05$  является достоверным по сравнению с контрольной группой.

ФПЭ был диагностирован только у основной группы пациентов. Риск выкидыша наблюдался у 15,20% женщин основной группы и 16,7% женщин контрольной группы. По сравнению с подгруппами 1 и 2 гестационный пиелонефрит встречался в 5 раз чаще (16%), а инфекции мочевыводящих путей (острый цистит, бессимптомная бактериурия) - в 4 раза (13%) в подгруппе 3.

Наиболее частым осложнением беременности в третьем триместре была ПЭ (41,7%). Это осложнение было выявлено у 35% женщин с ожирением I, 36,7% женщин с ожирением II и 60% женщин с ожирением III. Риск выкидыша диагностирован у каждой 3-й женщины с ожирением I и II степени (31 и 33%) и у каждой 2-й женщины с ожирением III степени (50%).

Полученные данные показывают более высокую и достоверную частоту развития осложнений беременности и родов у женщин с ожирением, чем у женщин с нормальной массой тела. Кроме того, самая высокая частота осложнений беременности была обнаружена в третьем триместре беременности и у женщин с ожирением.

Полученные данные показывают более высокую и достоверную частоту развития осложнений беременности и родов у полных женщин, чем у женщин с нормальной массой тела. Кроме того, самая высокая частота осложнений беременности была обнаружена в третьем триместре беременности и у женщин с ожирением.

В четвертый главе, диссертации отражены все проблемы, возникающие во время беременности, родов и послеродового периода.

**Таблица 8**

**Показатели системы гемостаза у беременных с ожирением в I триместре**

<b>Показатели гемостаза</b>	<b>Контрольная группа</b>	<b>Беременные с ожирением I триместр</b>
Количество тромбоцитов в крови, $\times 10^9/\text{л}$	261,5 $\pm$ 12,6	214,2 $\pm$ 8,7*
Агрегация тромбоцитов на стекле	105,0 $\pm$ 4,8	116,6 $\pm$ 3,4*
Активированное парциальное тромбиновое время (АПТВ), сек	37,5 $\pm$ 1,1	32,6 $\pm$ 1,3*
Протромбиновое время (ПТВ), сек	15,8 $\pm$ 0,2	16,0 $\pm$ 0,2
Концентрация фибриногена, г/л	2,6 $\pm$ 0,2	3,4 $\pm$ 0,1
Активированное время рекальцификации (АВР), сек	55,3 $\pm$ 0,3	49,2 $\pm$ 0,3*
Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), мг/100мл	2,2 $\pm$ 0,06	3,8 $\pm$ 0,2

Примечание: \* - достоверно по сравнению с данными контрольной группы (\* -  $P < 0,05$ ;) )

Показатели системы гемостаза у беременных с ожирением в I триместре существенно отличаются от показателей у женщин с физиологическим течением беременности и нормальной массой тела (табл.8). С момента наступления беременности у женщин с ожирением отмечены изменения сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Так в данной группе отмечено, относительно здоровых беременных, достоверное снижение количества тромбоцитов в крови ( $214,2 \pm 8,7 \times 10^9/\text{л}$  и  $261,5 \pm 12,6 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно  $P < 0,01$ ). Агрегационная активность тромбоцитов было выше у беременных с ожирением в I триместре, по сравнению с контрольной группой ( $116,6 \pm 3,4$  и  $105,0 \pm 4,8 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно  $P < 0,05$ ).

Показатели коагуляционного звена гемостаза у женщин с ожирением в I триместре беременности также изменены по сравнению с контролем. При изучении АПТВ мы обнаружили его укорочение в основной группе до  $32,6 \pm 1,3$  сек, по сравнению с контрольной группой –  $37,5 \pm 1,1$  сек ( $P < 0,01$ ). Показатели протромбинового времени в исследуемых группах существенно не отличались. Отмечено повышение концентрации фибриногена у женщин с ожирением в I триместре беременности по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ( $3,4 \pm 0,1$  и  $2,6 \pm 0,2$  г/л, соответственно  $P < 0,05$ ).

Показатель АВР было укорочено у беременных с ожирением в I триместре -  $49,2 \pm 0,3$  сек, чем у беременных контрольной группы -  $55,3 \pm 0,3$  сек ( $P < 0,05$ ).

При изучении маркеров активации крови отмечено достоверное увеличение РФМК -  $3,8 \pm 0,2$  мг/100 мл в основной группе, по сравнению с контрольной группой -  $2,18 \pm 0,1$  мг/100 мл ( $P < 0,05$ ).

Таким образом, полученные в ходе нашего исследования данные показывают, что у женщин с ожирением уже с I триместра беременности наблюдается умеренная гиперкоагуляция, не характерная для данного срока беременности, активация функции тромбоцитов, укорочение АПТВ, АВР и увеличение концентрации фибриногена, которые сохраняются на протяжении всей беременности.

Сопоставление результатов исследования системы гемостаза у беременных с ожирением позволяет сделать вывод о том, что с прогрессированием беременности сохраняется тенденция к гиперкоагуляции.

Проведенное исследование исходного состояния гемостаза у беременных с ожирением во II триместре по сравнению с контрольной группой показало, что наряду с увеличением агрегационной активности тромбоцитов ( $117,8 \pm 3,1 \times 10^9/\text{л}$ ) ( $P < 0,05$ ), имела место более выраженная гиперкоагуляция в коагуляционном звене гемостаза, которая выразилась достоверным укорочением АПТВ до  $29,6 \pm 0,8$  сек ( $P < 0,05$ ), укорочением АВР до  $45,6 \pm 1,3$  сек ( $P < 0,05$ ), гиперфибриногемии и повышении содержания растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) до  $5,68 \pm 0,34$  мг/100

мл ( $P<0,05$ ) (табл. 9).

**Таблица 9**

**Состояние показателей гемостаза у обследованных беременных с ожирением во II триместре**

Показатели гемостаза	Контрольная группа	Беременные с ожирением II триместр
Количество тромбоцитов в крови, $\times 10^9/\text{л}$	208,8 $\pm$ 8,4	192,1 $\pm$ 8,3
Агрегация тромбоцитов на стекле	106,0 $\pm$ 4,8	117,8 $\pm$ 3,1*
Активированное парциальное тромбиновое время (АПТВ), сек	37,3 $\pm$ 1,4	29,6 $\pm$ 0,8*
Протромбиновое время (ПТВ), сек	15,3 $\pm$ 0,27	15,8 $\pm$ 0,1
Концентрация фибриногена, г/л	3,3 $\pm$ 0,16	3,6 $\pm$ 0,1
Активированное время рекальцификации (АВР), сек	52,4 $\pm$ 0,3	45,6 $\pm$ 1,3*
Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), мг/100 мл	2,92 $\pm$ 0,15	5,68 $\pm$ 0,34*

Примечание: \* - достоверно по сравнению с данными контрольной группы (\* -  $P<0,05$ ;) )

Такое состояние показателей гемостаза расценивается как гиперкоагуляция, характеризующаяся гиперактивностью тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза, являющиеся благоприятным фоном для развития ДВС.

Прямыми диагностическими критериями внутрисосудистого свертывания крови у обследованных беременных во II триместре явились тесты обнаружения РФМК.

Важнейшие показатели плазменного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза у беременных с ожирением в III триместре приведены в таблице 10.

Как видно из таблицы 10 агрегационная активность тромбоцитов достоверно выше у беременных с ожирением – 114,3 $\pm$ 3,1 по сравнению с контрольной группой – 99,8 $\pm$ 3,3 ( $P<0,05$ ). Количество тромбоцитов в группе беременных с ожирением – 182,8 $\pm$ 6,1 $\times 10^9/\text{л}$ , в контрольной группе – 193,5 $\pm$ 8,7  $\times 10^9/\text{л}$  ( $P<0,05$ ).

АПТВ у беременных с ожирением укорочено до 27,5 $\pm$ 1,2 сек по сравнению с контрольной группой – 35,0 $\pm$ 2,07 сек ( $P<0,01$ ). Показатель ПТВ у беременных с ожирением составил 15,6 $\pm$ 0,2 сек и достоверно отличался от такового в контрольной группе -14,2 $\pm$ 0,53 сек ( $P<0,01$ ). Концентрация фибриногена – основного субстрата свертывания крови – оказалась

несколько выше у беременных с ожирением –  $3,9 \pm 0,1$  г/л, чем у женщин с физиологическим течением беременности и нормальной массой тела –  $3,5 \pm 0,17$  г/л. У беременных с ожирением в III триместре установлено статистически достоверное укорочение АВР -  $44,7 \pm 0,6$  сек по сравнению с контрольной –  $51,2 \pm 0,2$  сек ( $P < 0,05$ ).

**Таблица 10**

**Показатели системы гемостаза у беременных с ожирением в III триместре**

Показатели гемостаза	Контрольная группа	Беременные с ожирением III триместр
Количество тромбоцитов в крови, $\times 10^9$ /л	$193,5 \pm 8,7$	$182,8 \pm 6,1$
Агрегация тромбоцитов на стекле	$99,8 \pm 3,3$	$114,3 \pm 3,1^*$
Активированное парциальное тромбиновое время (АПТВ), сек	$35,0 \pm 2,1$	$27,5 \pm 1,2^*$
Протромбиновое время (ПТВ), сек	$14,2 \pm 0,5$	$15,6 \pm 0,2$
Концентрация фибриногена, г/л	$3,5 \pm 0,17$	$3,9 \pm 0,1$
Активированное время рекальцификации (АВР), сек	$51,2 \pm 0,2$	$44,7 \pm 0,6^*$
Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), мг/100 мл	$2,98 \pm 0,08$	$6,4 \pm 0,3^*$

Примечание: \* - достоверно по сравнению с данными контрольной группы (\* -  $P < 0,05$ ;) )

Таким образом, в III триместре у беременных с ожирением в коагуляционном звене сохраняются тенденции, выявленные в I и II триместрах: уровень фибриногена несколько выше, чем при физиологическом течении беременности, показатели АПТВ и АВР достоверно укорочены, по сравнению с контролем. Также отмечается гиперфункция тромбоцитов, выражающаяся в повышении агрегационной активности тромбоцитов.

РФМК в основной группе достоверно выше -  $6,4 \pm 0,3$  мг/100 мл по сравнению с контролем -  $2,98 \pm 0,08$  мг/100 мл ( $P < 0,05$ ).

Исследование сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев системы гемостаза при беременности и статистическая обработка полученных данных позволяют сделать вывод о том, что у женщин с ожирением беременности отмечается гиперкоагуляция в коагуляционном звене гемостаза и гиперактивность функции тромбоцитов.

Анализ наблюдений за пациентками свидетельствует об этапности развития гиперагрегации тромбоцитов с последующей гиперкоагуляцией. Подтверждением этого являются наличие гиперфибриногемии, укорочение АВР и АПТВ. Свидетельством интенсификации внутрисосудистого

свертывания крови явилось повышение частоты положительных тестов на наличие РФМК.

В заключение можно сказать, что у беременных с ожирением имеются выраженные изменения в системе гемостаза на протяжении всей беременности, характеризующиеся гиперкоагуляцией, не свойственной сроку беременности, гиперагрегацией тромбоцитов и активацией внутрисосудистого свертывания, что требует коррекции свертывающей системы с применением профилактических доз антиагрегантов в виде ацетилсалициловой кислоты в дозе 150 мг, что позволит значительно снизить показатели гиперкоагуляции и связанных с ним тромбоэмболических осложнений, выражающих в виде фетоплацентарной недостаточности, повышением резистентности сосудов за счет микротромбозов плаценты.

**Таблица 11**

**Показатели липидного спектра в I-триместре гестации у женщин с ожирением**

Липидный спектр 9ммоль/л	Назрат гурухи (n=60)	До применения ацетилсалициловой кислоты (n=37)	После применения ацетилсалициловой кислоты (n=34)
Общий холестерин	4,91± 0,01	6,49±0,95	5,23±0,54*
ЛПНП	2,57±0,03	4,55±0,69	3,53±0,61*
ЛПВП	1,48±0,03	1,13±0,12	0,82±0,12*
ТГ	1,61±0,02	2,67±0,64	1,95±0,47*
АК	2,32±0,03	5,45±1,95	4,90±0,8*

Изох: \*-p<0,05;гурухлар орасидаги аниқ статистик фарки

Изучено эффективность применение асетилсалициловой кислоты у женщин с ожирением. Исследование показало, что при применении асетилсалициловой кислоты улучшается не только кровоток в системе мать-плацента-плод, но и липидный спектр матери (табл 11).

Уровни провоспалительных цитокинов (интерлейкин-1, интерлейкин-6, интерлейкин-8, TNF-а) изучали в течение 1,2 триместра после включения в исследование у полных женщин. При этом мы исследовали провоспалительные цитокины у женщин с разной степенью ожирения, входящих в основную группу. Результаты исследования показано в таблице 12.

Полученные данные позволяют провести более глубокое исследование состояния липидного обмена, чтобы определить, у всех ли женщин с преэклампсией имеется дислипидемия, независимо от массы тела. Результаты липидограммы (повышенный ТГ) и повышенные уровни IL-6, FNO-а среди популяций женщин с преэклампсией служат маркерами для выявления ПЭ у беременных с ожирением.

**Таблица 12**

**Состояние концентрации цитокинов крови у женщин с ожирением в зависимости от индекса массы тела холата (ИМТ)**

	Основная группа n=120			Группа контроля n=60
	Ожирение 1 степени (n=60)	Ожирение 2 степени (n=30)	Ожирение 3 степени (n=30)	
IL-1(0-10 пг/мл)	67±0,64***	6,49±1,01*	6,85±0,39***	3,8±0,01
IL-6(0-10 пг/мл)	7,45±0,69***	9,63±0,71***	12,01±1,09***	4,6±0,03
IL-8(0-10 пг/мл)	6,5±0,11	7,4±0,22*	12,3±0,5***	3,7±0,03
TNF-a(0-6 пг/мл)	8,7±0,64*	12,61±0,47**	19,4±0,37***	1,61±0,02

\*\*\*p<0,05 точная статистическая разница относительно контрольной группы

Беременность закончилась своевременными родами у 78,4% пациенток основной группы и 96,7% пациенток контрольной группы. Преждевременные роды произошли у 3,3% женщин контрольной группы и у 15,8% женщин основной группы. Перенесенные беременности зарегистрированы в контрольной группе (0%) и в основной группе женщин (5,8%). У 55 (46%) женщин в основной группе и у 2 (3,33%) женщин в контрольной группе осложнение закончилось хирургическим кесаревым сечением.



В плане набора веса особое значение имеют особенности процесса родов у обследованных пациентов. При анализе метода родов (таблица 4.2) следует отметить, что у женщин с избыточной массой тела было меньшее количество родов естественным путем по сравнению с беременными женщинами с аналогичным ИМТ, но нормальным весом. В контрольной группе выявлены статистически значимые различия по этому показателю (P



<0,05).

Так, в I подгруппе в течение 1–5 мин по Апгар наблюдались 7–8 баллов у 24 новорожденных (80%), 6–7 баллов - у 4 детей (13,3%) и 5–6 баллов - у 2 детей (6,7%), ниже 5 баллов не наблюдались. Исследования в подгруппе II, в которой наблюдались высокие акушерские осложнения, показали, что у них был относительно негативный вектор по сравнению с группой I.

Следует отметить, что количество детей, родившихся в удовлетворительном состоянии (7-8 б по шкале Апгар), составило более 35% ( $P < 0,05$ ). На этом основании количество новорожденных с разной степенью асфиксии было меньше, чем в подгруппе I. Таким образом, число рожденных детей по шкале Апгар 6-7 б было достоверным, но на 20% меньше. В свою очередь, процент младенцев, рожденных с 5-ббалл, достоверно ниже 40% ( $P < 0,05$ ), а процент младенцев, рожденных с оценкой ниже 5, был ниже на 5%.

Из нашего исследования можно сделать вывод, что увеличение ожирения до и во время беременности приводит к увеличению акушерских осложнений, что, в свою очередь, приводит к развитию перинатальных осложнений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенных исследований диссертации доктора философии (PhD) на тему «Разработка тактики ведения беременности и родов у беременных с ожирением» представлены следующие выводы:

1. Ретроспективные исследования показали, что число женщин с ожирением увеличилось в 2,5 раза с 2010 по 2012 год и составило 12,5% всех родов. По развитию преэклампсии у беременных с ожирением (относительное увеличение 0,47,  $IE$  95%), синдрома задержки роста плода 26,4%, преждевременных родов (10%) приводит к различным осложнениям в виде антенатальной смерти (6,8%).
2. Было доказано, что существует прямая корреляция между увеличением количества триглицеридов в крови матери и увеличением провоспалительных цитокинов. Было обнаружено, что увеличение провоспалительных цитокинов в первом триместре беременности приводит к увеличению риска выкидыша. Было обнаружено, что акушерские осложнения в 3 раза чаще встречаются у беременных с ожирением и у женщин с повышенным уровнем ИМТ и триглицеридов во время беременности ( $r = 0,05$ ).
3. Алгоритм мониторинга беременных с ожирением был разработан на основе таких важных маркеров, как триглицериды, ЛПНП и интерлейкины, и их высокая прогностическая специфичность и чувствительность 86% были определены при развитии таких осложнений, как ПЭ и ФПН, ХГП.

4. Комплексное лечение ацетилсалициловой кислотой в дозе 150 мг с первого триместра привело к снижению осложнений во время беременности в 2,3 раза.
5. Последующее наблюдение беременных с ожирением в соответствии с разработанным алгоритмом привело к улучшению гестационного возраста, к снижению частоты ПЭ на 26%, к снижению ФПН на 32% и к снижению ХГП на 11%.

**SCIENTIFIC COUNCIL PhD.04/05.06.2020.Tib.114.01 AWARD OF SCIENTIFIC  
DEGREE AT THE REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL  
MEDICAL CENTER FOR OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

---

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC - PRACTICAL  
MEDICAL CENTRE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

**SHAMSIEVA ZULFIYA**

**THE DEVELOPMENT OF TACTICS FOR MANAGEMENT OF  
PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH  
OBESITY**

**14.00.01 – Obstetrics and gynecology**

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY  
(PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2021**

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2020.2.PhD/Tib1126

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице по адресу [www.akusherstvo.uz](http://www.akusherstvo.uz) и на Информационно-образовательном портале "Ziyonet" по адресу [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz).

**Научный руководитель:** Юсупбаев Рустем Базарбаевич  
доктор медицинских наук

**Официальные оппоненты:** Ешимбетова Гульсара Закировна  
доктор медицинских наук, профессор

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна  
доктор медицинских наук, профессор


**Ведущая организация:** Ташкентский педиатрический медицинский институт


Защита состоится «5» августа 2021г. в 14 часов на заседании Научного совета PhD.04/05.06.2020.Tib.114.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии. По адресу: 100124, г.Ташкент, Мирза-Улугбекский район, улица Мирза-Улугбек, дом 132А. (Тел./факс: (+99871) 263-33-14; e-mail: obs-gyn@mail.ru)

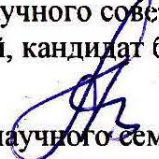
С диссертацией можно ознакомиться в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии (зарегистрирована за №\_\_\_). Адрес: 100140, г.Ташкент, Миза-Улугбекский район, улица Мирза-Улугбек, дом 132А. Тел./факс: (+99871)-2667821.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2021 года).



  
Д.А.Алиева  
Председатель научного совета по присуждению  
учёных степеней, доктор медицинских наук,  
профессор

  
М.М. Файзырахманова  
Ученый секретарь научного совета по присуждению  
учёных степеней, кандидат биологических наук

  
Ф.М.Аюпова  
Председатель научного семинара при научном  
совете по присуждению учёных степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

## INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

**The aim of the research work** is to develop an algorithm for the introduction of pregnancy in obese pregnant women.

**The object of the research work** was 120 pregnant women and 50 healthy pregnant women with obesity, who were under control at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology and the Republican Center for Endocrinology.

**The scientific novelty of the research work** is following:

for the first time established the presence of a correlation between disorders of carbohydrate-lipid metabolism and cytokine status in obese pregnant women;

obstetric risk groups for obesity due to excessive obesity in pregnant women with newly diagnosed obesity have been developed;

obstetric risk groups for obesity due to excessive obesity in pregnant women with newly diagnosed obesity have been developed.

**Implementation of the research results.**Based on the obtained scientific results on the development of tactics for the management of pregnancy and childbirth in obese pregnant women:

methodological recommendations «Predicting obstetric complications in obese pregnant women» were approved (approved by the Ministry of Health 2020 on, No. 8N-4к /n). These methodological recommendations allowed effective treatment in the prevention of PE and early reproductive loss in women;

the results of scientific research are introduced into practical health care, in particular,

**Structure and volume of the dissertation.**The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, a list of used literature. The volume of the dissertation is 121 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Ф.Н. Нишанова Ф.П., Шамисева З.И., Исмаилова К.А., Байрамов С.Ж. Лептин и его роль в регуляции жировой массы // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2012. - №4. - С. 66-67 (14.00.00; №14).

2. Нишанова Ф.П., Халитова З.И., Шамсиева З.И., Шулгаубаева С.М. Состояние липидного обмена у беременных с ожирением осложненной течением гестации с преэклампсией // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2013-А.-№3, - С 30-31 (14.00.00; № 14).

3. Шамсиева З.И., Исмаилова К.А., Байрамов С.Ж. Особенности течения преэклампсии у женщин с избыточной массой тела и ожирением // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2013. - №3, - С 55-57 (14.00.00; №14).

4. Шамсиева З.И. Семизлик кузатилган аёлларда преэклампсия ривожланишининг эхтимоли // Доктор ахборотномаси. – Самарканд, 2020.- №3(95) - С. 102-106 (14.00.00; №8).

5. Шамсиева З.И. Цитокиновый статус у беременных женщин с ожирением // Ўзбекистон врачлар ассоциацияси илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2020. - №2 (99). С-22-25 (14.00.00; №13).

6. Шамисева З.И. Вероятность развития преэклампсии у женщин с ожирением // Новый день в медицине. – Ташкент, 2020. - №1(29), - С.457- 459 (14.00.00; №13).

7. Шамсиева З.И. Нишанова Ф.П. Асамов М.И. Особенности течения у женщин с ожирением осложненным гестационным сахарным диабетом // Евроосиё педиатрия ахборотномаси тиббий илмий-инновацион журнал.- Ташкент . 2020. - №2 (5), - С.90-92 (14.00.00; №13).

8. Shamsieva Z.I. Development of pre-eclampsia in pregnant women with obesity // European Journal of Molecular & Clinical Medicine–India. 2020.- №2.

**II бўлим (II часть; part II)**

1. Шамсиева З.И., Абдуллажанова К.Н. Особенности течения родов в

зависимости от числа сопутствующих компонентов метаболического синдрома у женщин с ожирением // XV Всероссийский научный форум Мать и дитя. Материалы форума. - Москва. -2014. С.211- 212.

2. Шамисева З.И. Состояние фетоплацентарного комплекса и течение гестации у женщин с ожирением // Материалы XIII Международный конгресс по репродуктивной медицине – Москва. - 2019. С.317-318.

3. Нишанова Ф.П., Шамсиева З.И., Халитова З.И. Состояние липидного обмена у беременных с осложненным течением гестации на фоне ожирения // Материалы XIII Международный конгресс по репродуктивной медицине – Москва. 2019.С.319-320.

4. Шамсиева З.И., Юсупбаев Р.Б. Акушерские осложнения на фоне ожирения // XIII региональный научно-образовательный форум. Пленум правления российского общества акушеров-гинекологов Мать и дитя. Сборник тезисов.г. Сочи. 2019.С.43-44.

5. Шамсиева З.И. Развития преэклампсии у беременных женщин с ожирением // Scientific achievements of modern society. Abstracts of IX international scientific and practical conference. Liverpool. 2020.С.1150-1156.

6. Нишанова Ф.П., Шамсиева З.И., Юсупбаев Р.Б. Методы прогнозирования развития акушерских осложнений у беременных с ожирением. –Ташкент.2020.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус, ва инглиз тилларида матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 05 .07.2021 йил  
Бичими 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub> . «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулда чоп этилди.  
Шартли босма табоғи 3.3 Адади 100. Буюртма № 98

“Fan va ta’lim poligraf” MChJ босмахонасида чоп этилди.  
Тошкент шаҳри, Дўрмон йўли кўчаси, 24-уй.



