

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРНИ БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

СУЯРКУЛОВА МАДХИЯ ЭРКИНОВНА

**МУДДАТИДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУҚЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА
ПЕРИНАТАЛ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ, УНИНГ
РЕПРОДУКТИВ ЙЎҚОТИШЛАРНИ КАМАЙТИРИШДАГИ
САМАРАДОРЛИГИ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

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

ТОШКЕНТ – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Суяркулова Мадхия Эркиновна

Муддатидан олдинги туғруқлар профилактикасида перинатал ёрдамни
такомиллаштириш, унинг репродуктив йўқотишларни
камайтиришдаги самарадорлиги.....3

Суяркулова Мадхия Эркиновна

Совершенствование перинатальной помощи в профилактике
преждевременных родов, ее эффективность в снижении
репродуктивных потерь.....29

Suyarkulova Madkhiya Erkinovna

Improvement of perinatal care in prevention of premature labor,
its efficiency in reducing reproductive losses.....53

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works.....56

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРНИ БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

СУЯРКУЛОВА МАДХИЯ ЭРКИНОВНА

**МУДДАТИДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУҚЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА
ПЕРИНАТАЛ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ, УНИНГ
РЕПРОДУКТИВ ЙЎҚОТИШЛАРНИ КАМАЙТИРИШДАГИ
САМАРАДОРЛИГИ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

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

ТОШКЕНТ – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2017.3.PhD/Tib328 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган

Диссертация автореферати уч тилда (Ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб саҳифасига (www.tashpmi.uz) ва «ZiyoNet» ахборот таълим порталига (www.ziyounet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: Бабаджанова Гулджахан Саттаровна тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна тиббиёт фанлари доктори, профессор

Каримова Феруза Джавдатовна тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази

Диссертация химояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти хузуридаги DSc04/30.12.2019.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «24» август куни соат 11:00 даги мажлисида бўлиб ўтди (Манзил: 100140, Тошкент ш., Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223. Тел./факс: (+99871) 262-33-14, e-mail: mail@tashpmi.uz.

Диссертация билан Тошкент педиатрия тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (-рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100140, Тошкент ш., Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223. Тел./факс: (+99871) 262-33-14.

Диссертация автореферати 2021 йил «20» август да таркатилди.
(2021 йил «25» август даги 122 рақамли реестр баённомаси)



[Handwritten signature]

А.В. Алимов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

К.Н. Хаитов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.И. Ахмедова

Илмий даражалар берувчи илмий семинар
раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

[Handwritten signature]

КИРИШ (фалсафа фанлари доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда муддатидан олдинги туғруқ ва чала болаларнинг туғилиши, янги туғилган чақалоқларнинг ҳаёт сифатига таъсир этиши билан бутун дунёда жиддий тиббий ва ижтимоий муаммо сифатида аҳамият касб этмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра ҳар йили дунёда 15 миллион нафар бола «хаддан ташқари эрта» туғилмоқда, 7,6 миллион нафар чала туғилган бола узини бешинчи туғилган кунига етмасдан ўлмоқда. Гўдаклар ўлимининг 40 фоизидан ортиғи улар умрининг биринчи ойи давомида, яъни неонатал даврда юз бермоқда, 1,1 миллион нафар бола бевосита муддатидан олдин туғруқ асоратларидан нобуд бўлмоқда. Муддатидан олдинги туғруқ 5 ёшгача бўлган болалар орасида ўлимнинг зотилжамдан кейин иккинчи асосий сабаби деб ҳисобланади»¹. Шу жиҳатдан ҳам ушбу муаммонинг дунёнинг барча мамлакатларида мавжудлиги, даво самарадорлигининг паст ҳолда сақланиши, чала туғилган болаларни парваришлаш, чала туғилишларни прогноллаш, профилактика қилиш, даволаш усуллари самарадорлигини оширишни тақозо этмоқда.

Жаҳонда муддатидан олдинги туғруқлар, ўз-ўзидан муддатидан олдин туғилиш ёки онанинг аҳволи оғирлиги сабабли индуцирланган муддатидан олдин туғишни сифатли олиб боришга қаратилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада, ҳомиладорларда гестациянинг 22-ҳафтасидан кейин гипертензив ҳолатларнинг оғир даражаси ривожланиши ёки оғир соматик патологиянинг чуқурлашиб кетиши кўпинча ҳомиладорликни тухтатишга кўрсатма сифатида тасдиқланган. Муддатидан илгари туғилиши керак бўлган ҳомиланинг яшаб кетиш қобилиятига ҳам жиддий аҳамият берилмоқда, чунки чала туғилган чақалоқларнинг 60% умрининг илк кунларида нобуд бўлади. ЖССТ томонидан тавсия этилган перинатал технологиялар муддатидан олдинги туғруқлар ва йўқотишлар содир бўлиш даражасини камайтириши, ҳомила сурфактант тизимини тайёрлаш, унинг ҳолатини доплеромерик текширувлар ёрдамида аниқлаш, фетоплацентар тизим фаолиятини, онанинг ҳаёти учун муҳим аъзолар функциясини баҳолаш алоҳида аҳамият касб этмоқда².

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, ҳомиладорлик даврида аёлларга сифатли тиббий хизмат кўрсатиш, муддатидан илгари туғилишларни камайтириш борасида кенг қамровли ислохатлар амалга оширилмоқда. Мамлакатимизда «... оналар ва болалар саломатлигига масъул тузилмалар («Аёллар маслаҳатхонаси», пренатал скрининг хонаси, «тиббиёт бригадалари» таркибидаги оилавий шифокор, педиатр ва бошқалар)нинг ҳомиладор аёлни

¹[Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization. 2012. <http://www.who.int>]²<http://library.ziyonet.uz/uz/book/107445>

² [Cochrane Data base Syst Rev. 2014,(2):CD007062. doi: 10.1002/14651858.CD007062.pub3. PMID: 24578236 Review.]

комплекс кузатуви бўйича қуйидаги чора-тадбирларни назарда тутувчи ўзаро ҳамкорлик ва мувофиқлаштирилишини таъминловчи ягона тизимни жорий этиш...»³ каби устувор вазифалар белгиланган. Бу борада муддатидан олдин туғилишларни камайтириш, замонавий перинатал технологияларни тадбиқ этиш, ҳомиладор аёллар ва янги туғилган чақалоқларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган ташхислаш ва даволашнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқ.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохатлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2019 йил 8 ноябрдаги ПҚ-4513-сонли «Репродуктив ёшдаги аёллар, ҳомиладорлар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини ошириш ва кўламини янада кенгайтириш тўғрисида»ги, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Хорижий адабиётлар маълумотларининг кўрсатишича, ўз-ўзидан юз берадиган муддатидан олдинги туғруқларнинг 40-50 фоизида уларнинг сабабини аниқлаб бўлмайди (Ляличкина ва ҳаммуал., 2015; Doret M. Et al., 2016). Муддатидан олдинги туғруқ бўйича юқори хавф гуруҳидаги ҳомиладорларда она-йулдош-ҳомила тизимида қон айланишини бузилиши бачадон артерияларида, киндик артерияларида ва ҳомиланинг ўрта мия артериясида юқори томирли резистентлик билан характерланади. Ўзбекистонда ҳам ўтказилган илмий ишлар муддатидан олдинги туғруқларнинг асосий сабаби деб ҳомила пардасининг ёрилиши бўлиб, бу ерда цервикал омил: органик ва ноорганик истмик-цервикал етишмовчилик, бачадон бўйни узунлигининг қисқариши ва ҳоказолар муҳим роль ўйнайди (Н.Уринбаева 2018; Н.Рузиева 2020).

Хорижий муаллифларнинг маълумотларига кўра, экстремал кичик вазнда туғиладиган чақалоқлар учун ҳомиладорликни бир ҳафтага узайтириш чала туғилган болаларнинг неонатал ўлимини 30 фоизга камайтиради. Бу бемор аёлни «...III-даражадаги стационарга етказиб олиб бориш, янги туғилган чақалоқларда нафас олиш бузилишлари синдромининг олдини олиш учун имкон туғдиради...» (ACOG Practice Bull., 2016).

³ ЎзР Президентининг 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сон «Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарори.

Янги перинатал технологияларни ишлаб чиқиш, ҳамда ҳомила пардаси муддатидан олдин ёрилган ҳомиладорларни олиб бориш учун мавжуд стандартларни қайта баҳолаб чиқиш ва такомиллаштириш, ҳаттоки преэклампсиянинг оғир даражасида ҳам, жуда эрта муддатларда чала туғилган чақалоқларнинг яшаб қолувчанлигини ошириш мақсадида ҳомиладорликни узайтиришга ёрдам беради (Younger JD et al., 2017). Ҳомила нейропротекциясини ўтказиш керак, деган фикрлар муҳим аҳамиятга эга. Американинг бир нечта университет тиббий марказлари негизида олиб борилган илмий тадқиқот, ниҳоятда кичик ва жуда кичик вазнда туғилган болаларда, уларнинг оналари ҳомиладорлик пайтида магний сульфат ва кортикостероидлар бирга қўшилган терапияни олган тақдирда, асаб тизими ривожланишининг жиддий бузилишлари ва улар билан боғлиқ ўлим ҳолати камроқ учрайди, деган гипотезани текширди ва асослаб берди (Stelzl P. et al., 2019).

Юқорида айтилганларнинг ҳаммаси ҳисобга олинса, муаммо долзарб бўлиб, шу муносабатда чала туғилган чақалоқларнинг перинатал касалланиши ва ўлимини камайтириш, уларни турмуш сифатини яхшилаш мақсадида, муддатидан олдинги туғруқ хавфи юқори бўлган аёлларни ташхислаш ва даволашнинг информатив усуллари тадбиқ этиб илмий тадқиқотлар олиб бориш зарурати мавжуд.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №01.1800231 «Она, ҳомила, янги туғилган ва ёш болалар касалликларини ташхислаш ва даволашда инновацион ёндашувлар» (2019-2021) мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади замонавий перинатал технологияларни қўллашнинг хавф гуруҳдаги ҳомиладор аёлларда муддатидан олдинги туғруқ, перинатал касалланиш ва репродуктив йўқотишлар сонини камайишини аниқлашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари қуйдагилардан иборат:

замонавий перинатал технологиялар тадбиқ этилунига қадар муддатидан олдинги туғруқда аёлларнинг перинатал касалланиши ва ўлими тез-тез содир бўлиши, ретроспектив маълумотлар асосида уларнинг сабабларини аниқлаш;

ўз-ўзидан муддатидан олдинги туғруқларни келтириб чиқарадиган турли хавф омилларининг аҳамиятини таҳлил қилиш;

ФПК томирлари доплерометрия усулини қўллаш йўли билан бачадон-йулдош ва ҳомила-йулдош қон оқимини мониторинг қилиш ва цервикометриянинг уларнинг бузилишлари ривожланишидаги аҳамиятини аниқлаш;

перинатал марказ шароитида ҳомиладорликни ҳомила яшашга қобилиятли бўлгунига қадар узайтириш учун преэклампсиянинг оғир даражасидаги ҳомиладорларни юритишнинг янги перинатал технологиясини ишлаб чиқиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш;

муддатидан олдинги туғруқ ва/ёки ҳомила олди сувларининг муддатидан олдин оқиб кетиши хавфи юзага келганда ҳомиладорликни юритиш тактикасини танлашда вилоят перинатал марказ амалиётига замонавий перинатал технологияларни жорий этиш самарадорлигини аниқлаш;

замонавий перинатал технологияларни жорий этишнинг репродуктив йўқотишларни камайтиришдаги тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Фарғона вилоят перинатал марказига туғиш учун келган 560 нафар аёлларнинг ретроспектив туғруқ тарихлари, муддатидан олдин туққан 209 нафар ҳомиладор аёллар ва 35 нафар соғлом ҳомиладор аёллар олинган.

Тадқиқотнинг предметини биокимёвий ва микробиологик текширувлар учун ҳомиладор аёлларнинг периферик қон ҳамда туғруқ йўлларида олинган ажралмалар материалларидан ташкил этади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда умумклиник, махсус акушерлик ва гинекологик, ультратовуш, доплерография, биокимёвий, микробиологик ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

Тадқиқотининг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк маротаба оғир преэклампсияли ҳомиладор аёлларда перинатал марказ шароитида ҳомиладор аёл ва ҳомила аҳолини мониторинг қилиш ва даволаш йўли билан ҳомиладорликни ҳомила яшаб кетадиган пайтгача узайтириш бўйича янги перинатал технология ишлаб чиқилган;

илк бор ўз-ўзидан муддатидан олдинги туғруқда ҳамда тиббий кўрсатмалар бўйича аёлларда оғир преэклампсия ҳолатида ҳомиладорликни узайтириш пеританал технологиясини тадбиқ этиш ҳисобига перинатал касалликлар ва перинатал йўқотишлар частотасини камайиши асосланган;

муддатидан олдинги туғруқ хавфи ва оғир преэклампсия мавжуд ҳомиладорларда ҳомиланинг яшаб қолиш имкониятини текшириш ва юритишнинг клиник-диагностик алгоритми такомиллаштирилган;

республика перинатал марказларида аёллар турмуши сифатини яхшилаш имконини берадиган замонавий перинатал технологияларни жорий этиш экстремал кам вазнли болалар туғилишини камайишига олиб келиши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

амалий акушерлик учун муддатидан олдинги туғруқ (МОТ) ва қоғоноқ сувлари эрта кетиши (ҚСЭЖ) клиник хавфи мавжуд ҳомиладор аёлларни юритиш алгоритми, шунингдек кўрсатмалар бўйича муддатидан олдин туғруқда ҳомиладорларни юритиш алгоритми асосланган;

таклиф этилган алгоритмнинг тадбиқ этилиши МОТ частотасининг камайишига, чала туғилган болаларнинг яшаб қолиши ҳолатларининг сони ортишига, экстремал кам вазнли болалар туғилишини тез-тез содир бўлишининг камайишига олиб келиши исботланган;

репродуктив йўқотишлар тез-тез содир бўлишини камайитириш мақсадида оғир преэклампсияли аёлларда ҳомиладорликни узайтириш самарадорлиги

кўрсатиб берилган, бу чала туғилган чақалоқларнинг яшаб қолишини 8 фоизга ошиши исботланаган;

таклиф этилган алгоритм нафақат ниҳоятда кичик вазнли болалар туғилиши частотасини камайтириш, балки уларни парваришлагга иқтисодий харажатларни ҳам камайтириш имконини берди; бу чала туғилган болаларни парваришлаг бўлимларидаги ўрин-кунлар сонини қисқаришига олиб келиши исботланган;

МОН ва муддатидан олдин туғиш хавфи мавжуд бўлганда ҳомиладорларни олиб бориш сифати, перинатал кўрсаткичлар яхшиланишига эришилган, ФВПМда перинатал ўлим 2019 йилда 10,3%о гача камайган, бу 2013 йилдагига нисбатан (16,9%о) анча пастлиги исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги ишда қўлланилган ёндашув 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 билан асосланган, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижалар ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти муддатидан олдинги туғруқ, қоғоноқ сувлари эрта кетиши ва преэклампсияни ташҳислаш, тайёрлаш ва юритиш соҳасида назарий билимлар қўламининг кенгайиши, ҳомиладорликни узайтириш, ўта кам ва экстремал кам вазнда туғилган чақалоқларда неонатал ўлимни камайтириш ўртасидаги боғлиқликнинг исботланиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти акушерлик ва перинатология учун муддатидан олдинги туғруқ, қоғоноқ сувлари эрта кетиши хавфи мавжуд бўлганда ва оғир преэклампсияда ҳомиладорликни юритиш, узайтириш ва ҳомиладор аёлларни муддатидан олдин туғдириш протоколи ишлаб чиқилган ва синовдан ўтказилган, замонавий перинатал технологияларни қўллаш репродуктив йўқотишларни камайтиради ҳамда экстремал кам вазн билан чала туғилган болаларнинг яшаб қолиш қобилятини оширган, консерватив кутишга асосланган тактикани қўллаганда 22-35 ҳафта муддатларда ҳомиладорлик қоғоноқ сувлари эрта кетиши билан асоратланган ҳомиладорларнинг перинатал яқунларини ўрганиш шуни кўрсатдики, қоғоноқ сувлари эрта кетиши ҳомиладорлик узайтирилганда ҳомиланинг ўпкасида тезкор етилиш, чақалоқларнинг яшаб қолиши эҳтимоли ошиши, ҳомилада нафас олиш фаолияти бузилиши синдромининг оғир шакллари учрашининг камайиши ва шунга боғлиқ ҳолда ушбу гуруҳдаги болаларнинг ногиронлик фоизи ҳам камайиши билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг натижаларининг жорий қилиниши. Муддатидан олдинги туғруқлар профилактикасида перинатал технологияларни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

муддатидан олдинги туғруқлар профилактикасида перинатал ёрдамни такомиллаштириш, унинг репродуктив йўқотишларни камайтириш асосида ишлаб чиқилган “Муддатидан олдинги туғруқларда замонавий перинатал технологияларни қўллаш” бўйича услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 21 октябрдаги 8н-р/437-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома муддатидан олдинги туғруқлар ва оғир преэклампсияда ҳомиладорликни узайтиришга, экстремал кам ва нихоятда кам вазнли чала туғилган чакалоқларнинг неонатал ўлимини камайтиришга, уларнинг яшаб қолиш қобилиятини яхшилаш имконини берган;

муддатидан олдинги туғруқ ва преэклампсия хавфи мавжуд ҳомиладорларни юритиш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Андижон ва Наманган вилоят перинатал марказлари клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 26 ноябрдаги 8н-д/202-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларни амалиётга жорий қилиниши муддатидан олдинги туғруқ ва преэклампсия хавфи мавжуд ҳомиладорларни текшириш сифатини оширишга, неонатал ўлим кўрсаткичларини камайтиришга, туғруқхонада бўлиш муддатларининг қисқаришига, даволаш ҳаражатларини ҳар бир чала туғилган чакалоқ учун 1млн. 50 минг сўмни камайтириш ҳамда аёлларнинг турмуш сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий анжуманда муҳокама қилинган, жумладан, 2 та республика ва 3 та халқаро ва илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, беш боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 123 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурияти 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 очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишнинг апробацияси натижалари, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «Муддатидан олдинги туғруқни юритишда перинатал технологияларнинг роли ва аҳамияти тўғрисидаги замонавий

тасаввурлар» деб номланган биринчи боби муддатидан олдинги туғруқлар сабабларини, уларнинг асоратларини ЖССТнинг ва етакчи халқаро ташкилотларнинг амалдаги стандартларини ўрганиш, муддатидан олдинги туғруқлар (МОТ)ни юритиш ва перинатал ёрдам кўрсатиш бўйича Кохрейн услубий тавсияларига бағишланган адабиётлар шарҳи берилган. МОТнинг тиббий ва ижтимоий аҳамияти, перинатал касалланиш ва ўлим ҳақидаги ҳозирги тасаввурлар таҳлил қилиб берилган. МОТ хавфини аниқлашга ва перинатал технологиялар асосида ёрдам кўрсатишга замонавий ёндашувлар ўрганилган.

Диссертациянинг **«Материалларнинг клиник тавсифлари ва қўлланилган тадқиқот усуллари»** деб номланган иккинчи бобида муаллиф аёлларда ўтказилган тадқиқотлардаги ўз-ўзидан МОТ ривожланиши ва муддатидан илгари туғдириш тез-тез учраши, сабаблари ва хавф омилларини батафсил баён қилади, унда Фарғона вилоят перинатал марказнинг (ФВПМ) туғруқ бўлимларида 2018-2019 йилларда тушган 560 нафар аёлларнинг туғруқ тарихлари ретроспектив ўрганилди. ФВПМга 2018-2019 йилларда ётқизилган 209 нафар ҳомиладор аёлларда ретроспектив текширувлар ўтказилди. Текширилган ҳомиладор аёлларнинг ҳаммаси 3 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳга МОТ ва ҳомила қоғаноқ сувларининг эрта кетиши (ҚСЭК) хавфи мавжуд 82 нафар аёл киритилди, уларда барча мавжуд перинатал технологиялар қўлланилди, 2-гуруҳга 68 нафар ҳомиладор аёл киритилди, уларда ҳам ҚСЭК ва МОТ актив фазаси кузатилган бўлиб, уларга перинатал технологияларнинг барча турлари асосида ёрдам кўрсатиш имконияти бўлмаган, 3-гуруҳдаги 59 нафар ҳомиладор аёл оғир даражадаги преэклампсия билан муддатидан олдин туғдиришга келтирилган. Назорат гуруҳини ҳомиладорлик ва туғруқ физиологик нормал кечаётган 35 нафар аёл ташкил қилган.

Диссертациянинг **«Текширилган аёлларда соғлиғи, репродуктив тизими ҳолатининг клиник тавсифи, муддатидан олдинги туғруқ хавфининг энг аҳамиятли омиллари»** деб номланган учинчи бобида ФВПМнинг 2013-2014 йиллардаги иш фаолиятининг ретроспектив кўрсаткичлари таҳлил қилинди. Таҳлил шуни кўрсатдики, 2009 йилда ФВП марказ ташкил этилгандан, унга муддатидан олдин туғруқ ва туғруқ фаолияти бошланган, ҳомила олди сувларининг туғруқдан олдин кетиш мавжуд аёлларнинг йўналтирилиши шунга олиб келдики – муддатидан олдинги туғруқлар 2009 йилдаги 9,4%дан 2018 йилда 22,9%га кўпайди. Бу кутилган ҳолат эди. МОТ хавфи ёки бошланган МОТ билан стационар даволанишга келтирилган жами 560та аёлнинг туғруқ тарихи ўрганилди. 2013 ва 2014 йилларда муддатидан олдинги туғруқлар 16,0%ни ташкил қилган, улардан 78,6% чала туғилган болаларнинг неонатал ўлими билан якунланган. Чала туғилган болалар, яъни жонлантириш ва интенсив терапия бўлимидан ўтган болалар ўртасида касалланиш умумий туғилган болалар сонининг 54,1%ни ташкил қилди. Аёлларда ўтказилган клиник-анамнестик, лаборатор, инструментал таҳлиллар натижалари шуни кўрсатдики, болаларнинг экстремал кам ва жуда кам вазн билан туғилиши тез-тез учраб туришини камайитириш,

чала туғилган болалар ўртасида перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини пасайтириш учун ҳомиладор аёлларга кўрсатиладиган ёрдамни янада такомиллаштириш, перинатал марказ фаолиятини яхшилаш зарур, бунинг учун янги технологияларни тадбиқ этиш талаб этилади. Ушбу ҳолат мазкур диссертация тадқиқотини олиб бориш учун асос бўлиб хизмат қилди.

ФВПМга МОТ хавфи билан ёки муддатидан олдин туғиш учун ётқизилган 209 нафар аёлнинг ҳомиладорлиги ва туғруқнинг кечиши проспектив тадқиқ этилди. Тадқиқот билан қамраб олинган аёлларнинг ёши 19 дан 39 гача бўлиб, биринчи гуруҳда ўртача – $26,4 \pm 0,39$, иккинчи гуруҳда – $26,8 \pm 0,69$, учинчи гуруҳда – $27,2 \pm 0,64$ ёшни ташкил қилди. Текширилаётган ҳар уччала гуруҳда 20дан 30 ёшгача бўлган аёллар аксариятни ташкил қилди (80,8%). Анамнезни ўрганиш жараёнида шуни кўрсатдики, текширилган аёлларда муддатидан олдинги туғруқнинг ривожланишида эрта ёш, анамнездаги бошдан ўтказилган соматик касалликлар (сийдик йўллари инфекциялари, сурункали инфекциялар), ҳомиладорлик асоратлари (гипертензив ҳолатлар, преэклампсия) ҳамда анамнездаги репродуктив йўқотишлар роль ўйнаган бўлиши мумкин. Биринчи гуруҳда, перинатал технологиялар асосида ёрдам кўрсатилганлиги туфайли, 20%дан ортиқ аёлларда ҳомиладорлик 3-5 ҳафтага узайтирилди, иккинчи гуруҳдаги туғруқ фаолияти билан келтирилган ҳомиладор аёлларда токолитик терапия олиб борилиши ҳомиладорликни 3 кундан 20 кунгача узайтириш имконини берди. Даволанишнинг самарадорлиги ультратовушли цервикометрия, яъни бачадон бўйни узунлиги бўйича назорат қилинди. Ҳамма ҳомиладор аёлларга чақалоқ туғилганда респиратор дистресс синдромининг олдини олиш учун кортикостероидли терапия ўтказилди.

МОТ ривожланганда ва чала бола туғилганда перинатал технологиялар мавжуд стандартларга мувофиқ қўлланилди (эрта СРАР, ЎСВ; агар мустақил нафас олиш мавжуд бўлса, нафас олиш ва нафас чиқаришни қўллаб туриш учун қўлда вентиляция қилишга асосланган Т-тизим – ҳомила баротравма ва ателектотравма олишининг олдини олиш, СРАРни давом эттирган ҳолда кюезда бошқа бўлимга кўчириш; хона ҳарорати 28 градусдан юқори иссиқ туғруқ заллари; киндикни кечиктириб, 1-3 дақиқадан кейин кесиш; агар гестация муддати 28 ҳафтадан кам бўлса, полиэтилен плёнка билан ўраш; оғиздан энтерал озиқлантиришни эрта бошлаш; онанинг парваришлаши, «кенгуру» усули; СРАР дан узмасдан трахеядан сурфактант юбориш – чақалоқ вазни 26 ҳафталикдан кейин 1500граммдан кам бўлса).

Муддатидан олдин туғруқ ва/ёки ҚСЭК хавфи мавжуд ҳомиладорларни ўз вақтида перинатал марказга ётқизиш ва ҳомиладорликни сақлаб қолишга қаратилган терапия ўтказиш, соматик касалликларни текшириш ва даволаш перинатал касалланишнинг камайишига олиб келгани аниқланди (1-гуруҳда 43,6 фоизгача, 2-гуруҳда 56,3 фоизгача), неонатал ўлим ҳолатлари кузатилмади. 1-гуруҳдаги МОТ ва ҚСЭК хавфи бўлган, аммо туғруқ фаолияти бошланмаган ҳомиладорлар билан 2-гуруҳдаги туғруқ фаолияти бошланганда келтирилган

ҳомиладорларни қиёсий кузатиш маълумотлари келтирилди. 1-гурухдаги аёлларга перинатал хизматларни тўлиқроқ ҳажмда кўрсатиш ва ҳомиладорликни узайтириш, шубҳасиз, 2-гурухдагига нисбатан анча яхшироқ перинатал натижаларга олиб келди.

Диссертациянинг «Гипертензив синдром мавжуд ҳомиладорларда перинатал асоратлар ва репродуктив йўқотишларни камайтиришда перинатал марказнинг бугунги имкониятлари» деб номланган тўртинчи бобда перинатал марказ шароитида юқори хавф гуруҳига мансуб ҳомиладор аёлларда биринчи марта ўтказилган ҳомиладорликни узайтириш натижалари кўрсатилди. 2018-2019 йилларда кузатилган 59 нафар оғир даражали преэклампсия мавжуд ҳомиладорлар ва туққанлар проспектив тадқиқот билан қамраб олинди. 3-гурухдаги текширилган аёллар 2та кичик гуруҳга ажратилди: 3а-гурухда – 49 нафар (83,1%) ҳомиладор аёлга ҳомиладорликни узайтириш ва ҳомилани яшаб кетадиган ҳолатгача етказишга эришилди; 3б-гурухдаги 10 нафар (17%) ҳомиладор аёл преэклампсия бўйича стандарт асосида юритилди, уларнинг аҳволи оғир бўлганлиги боис, улар муддатидан олдин туғдириб олинди.

Текширилганларнинг ёши 20дан 39 ёшгача бўлиб, ўртача $29,5 \pm 6,4$ ёшни ташкил қилди. Текширилган ҳомиладор аёлларда ушбу ҳомиладорликдаги ўхшашликни ўрганиш шуни кўрсатдики, уларнинг аксариятида – 40 нафар аёлда (67,8%) бу биринчи ҳомиладорлик бўлган. Такрорий ҳомиладор бўлганлар сони 19 нафарни (32,2%) ташкил қилди.

Муддатидан олдин туғруқ учун марказга ётқизилган аёлларда ҳомиладорликнинг гестацион муддати 25 ҳафтадан 34 ҳафтагача бўлган ва ўртача $29,8 \pm 4,7$ ҳафтани ташкил қилган (1-жадвал).

1-жадвал

Муддатдан олдин туғдиришга юборилган аёлларни ҳомиладорлик муддати

Келганида ҳомиладорлик муддати	Оғир преэклампсия яли 3 гуруҳ аёлла- ри, n=59		Шулар орасида даволанганлар			
			3а кичик гуруҳ – КБ пасайган, n=49		3б кичик гуруҳ – келганидан 48 соат ичида туғдирилганлар, n=10	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
23-27 ҳафта	7	$11,9 \pm 4,3$	4	$6,8 \pm 3,3$	3	$5,1 \pm 2,9$
28-32 ҳафта	40	$67,8 \pm 6,1^a$	35	$59,3 \pm 6,5^a$	5	$8,5 \pm 3,7^{***}$
33-36 ҳафта	12	$20,3 \pm 5,3^b$	10	$16,9 \pm 4,9^b$	2	$3,4 \pm 2,4^*$
Жами	59	$100,0 \pm 0,0$	49	$83,1 \pm 4,9$	10	$17,0 \pm 4,9^{***}$

Изоҳ: *- кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли 3а кичик гуруҳ билан (*- $P < 0,05$; ***- $P < 0,001$); 23-27 ҳафталик ҳомиладорлик билан (а- $P < 0,001$); 28-32 ҳафталик 3б кичик гуруҳ билан (б- $P < 0,001$).КБ – кон босими.

Маълумки, чала туғилган болаларнинг яшаб қолиши уларнинг гестация ёшига ва туғилгандаги вазнига боғлиқ. Стационарнинг қабулхонасида гипотензив ва магнезиал терапия ўтказилгандан кейин, 49 нафар (83,1%) ҳомиладорнинг (3а-кичик гуруҳ) артериал босими (АБ) хавфсиз даражагача

(130/90 ва 140/90 гача) туширилди. Стационарга келтирилганда гестация муддатини (24 дан 31 ҳафтагача) ва перинатал патология ривожланиши ва ўлим хавфи юқорилигини ҳисобга олиб, бу беморларга АБ барқарор бўлгандагина ҳомиладорликни ҳомила яшаб кетадиган муддатгача узайтиришга қарор қилинди. Бир вақтнинг ўзида ҳомиланинг сурфактант тизимини тайёрлаш амалга оширилди – нафас бузилиши мажмуи (НБМ)нинг олдини олиш учун. Бунда фетоплацентар комплекс томирларида қон айланиши доплерометрияси маълумотлари, бачадон-йулдош-ҳомила қон айланишида (БЙХТ) бузилишлар бор-йўқлиги албатта ҳисобга олинди. Ҳомиладор аёлларнинг аҳволи ёмонлашиши хавфи юқорилигини ҳисобга олиб, уларга стационардан жавоб берилмади ва интенсив терапия палаталарида аҳволи узлуксиз мониторинг қилиниб, туғруқгача клиник-лаборатория назоратида ушлаб турилди.

Текширув натижалари 3-гуруҳдаги барча ҳомиладорларда соматик патология борлигини кўрсатди. Энг кўп сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ) 39 нафар ҳомиладорда (66,1%) аниқланди: гестацион пиелонефрит – 29% ва симптомсиз бактериурия – 71%. Гепатобилиар тизим (10,2%) сурункали патология – ҳомиладорликда ривожланган сурункали гепатит ва холестаза билан ифодаланди, битта беморда токсик гепатоз билан асоратланди.

Гипертензив синдромнинг ривожланишига шунингдек оғир даражали темир танқислиги камқонлик ҳам олиб келди (17,0%). Олтита ҳолатда (10,2%) касалхонадан ташқари пневмония оғир преэклампсия билан асоратланди.

Стационарга келтирилганда АБ кўрсаткичлари 160/100, 170/100 ва ундан юқори бўлиб, аммо хавфли эклампсия белгилари бўлмаганда, ҳомиладорларни республика стандарти схемаси бўйича даволаш имконини берди: магнезиал терапия АБ пасайгунча (150/100, 140/90) икки кун давомида олиб борилди. Гипертензияни даволашда кунига 3 марта тил остига 10 мг нифедипин тайинлашдан иборат бўлди; нифедипин салбий таъсир килганда, ҳар 6 соатда 4 маҳал допегид 250мг, ёки кунига 2 маҳал 500мг. Агар 48 соат ичида А/Б кўрсаткичлари 150/100 мм.с.у. дан кўтарилмаса, эклампсиянинг хавф солувчи симптомлари кузатилмаса, ҳомиланинг аҳволи ёмонлашмаса, магнезиал терапия тўхтатилиб, аммо гипотензив терапия давом эттирилди (бисапролол таблеткаси 5мг бир марта тил остига, допегит таблеткаси 250 мг – ҳар 6 соатда per os, зарур бўлганда дозаси ўзгартирилади). Аммо ҳомиладор аёл бунда албатта перинатал марказнинг ҳомиладорлар хасталиги ва жонлантириш бўлимларида ёки интенсив терапия палатасида бўлиши керак, у ерда ҳомиладорнинг аҳволи динамикада кузатилади. Допплерометрияда 1-2 даражали бузилишлари кузатилганда стандарт бўйича даволаниш олиб борилди. 3-гуруҳдаги ҳомиладорларда гипотензив терапия интенсив терапия палатаси акушер-гинекологи, терапевти ва реаниматологи назорати остида ўтказилди. АБнинг барқарорлашуви ва унинг пасайишда давом этиши ҳомиладорликни ҳомила яшаб қоладиган муддатгача узайтириш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Бир вақтнинг ўзида ушбу ҳомиладорларда соматик касалликлар текширилди ва даволанди, бу ҳам уларнинг аҳволи яхшиланишига ва АБ

пасайишига ёрдам берди. Улар ахволининг яхшиланиши ва АБ кўрсаткичларининг пасайиши биринчи навбатда сийдик йуллари инфекцияси бор ҳомиладорларда кузатилди. Ҳомиладорлар даволангандан сунг 83% ҳолатда ҳомиладорликни турли муддатларгача узайтиришга эришилди, бу билан бирга перинатал яқунлари ҳам яхшиланди.

Ҳомиладорликни узайтириш имкониятларини аниқлаш учун ультратовушли цервикометрия йўли билан бачадон бўйни узунлигини аниқлаш, айниқса ҚСЭКли ҳомиладорлар учун аҳамиятли бўлди. Бундан ташқари, цервикометрия муддатидан олдин туғдириш усули тўғрисидаги масалани ҳал қилиш учун ҳам аҳамиятга эга. Туғруқ фаолияти бошланмаган, аммо ҚСЭК бор ҳомиладорларда (1-2 гуруҳлар) бачадон бўйни узунлиги бир мунча қисқа бўлиб, бироқ гестация муддатига боғлиқ эди, яъни ҳомиладорлик 33-36 ҳафталик бўлганда бачадон бўйни узунлиги 22-27 ҳафталик муддатга қараганда ишончли тарзда қисқароқ эди ($P < 0,05$). Преэклампсиянинг оғир даражали 3-гуруҳда бачадон бўйни узунлиги ҳомиладор стационарга келтирилганда назорат гуруҳидаги кўрсаткичлардан деярли фарқ қилмаган. Бу преэклампсиянинг оғир даражасида туғруқ йўлларининг туғруққа тайёр эмаслигидан далолат беради ва индуктив туғруқнинг у ёки бу турини қўллашни тақозо этади.

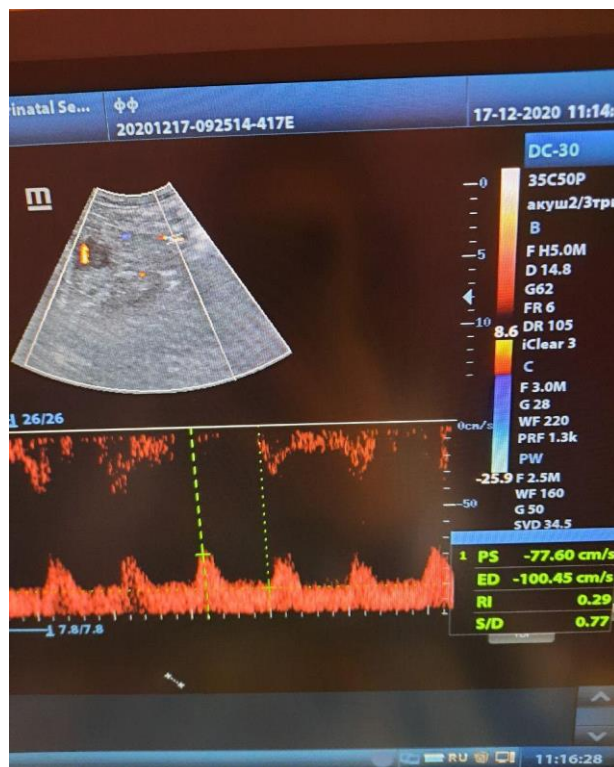
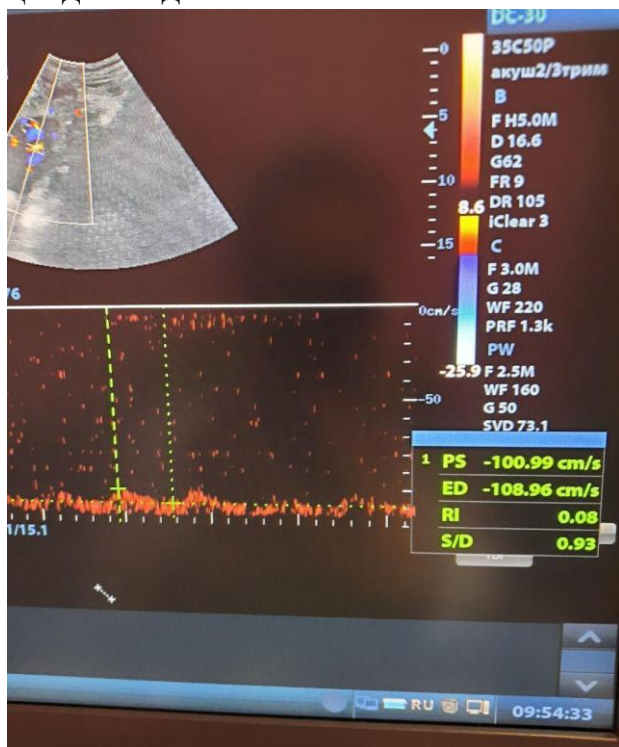
Преэклампсия, МОТ ва ҚСЭК хавфи мавжуд ҳомиладорларда фетоплацентар комплекс (ФПК) томирларида қон айланиши сифати кўрсаткичларининг доплерометрияси йўли билан динамик УТТ-кузатув амалга оширилди.

Ҳаммаси бўлиб 1, 2 ва 3-гуруҳлардаги 209 нафар ҳомиладор аёл текширилди. 3-гуруҳдаги оғир преэклампсияли ҳомиладорларга она-йулдош-хомила қон айланиши доплерометрик текширувлари улар стационарга келтирилганда ва кейинчалик ҳомиладорликни узайтириш мумкинлиги масаласини ҳал қилиш учун динамикада ўтказилди. Текширилган ҳомиладор аёлларнинг 134 нафарида турли даражадаги она-йулдош-хомила қон айланиши бузилишлари аниқланди (1,2-чи расм).

1А даражали бузилишларда ҚСЭКли беморларнинг учдан бир қисмида (38,4%) ҳомиладорликни 2 ҳафтагача узайтиришга эришилди. Оғир даражадаги преэклампсияли ҳомиладорларда ҳам беморларнинг учдан бир қисмида (16 – 33,3%) асосан 2 ҳафтагача, камроқ ҳолларда 2 ҳафтадан узоқроқ вақтгача узайтириш мумкин бўлди. Аммо гипертензиясиз ҚСЭКда (1 ва 2 гуруҳлар) ҳомиладорликни 2 ҳафтадан 1 ойгача бўлган муддатга узайтиришга эришилди, бу оғир преэклампсияли 3-гуруҳга қараганда 2,7 барабар кўпдир. (1 ва 2-расм.)

1Б-даражадаги бузилишларда даволаш ижобий самара берди ва ҳомиладорликни 44 нафар аёлда (32,8%) 2 ҳафтагача ва ундан ҳам кўпроқ муддатга узайтиришга эришилди. Аммо бундай натижа 1 гуруҳдаги ҚСЭКли ҳомиладорларда (40,7%), 3-гуруҳдагиларга (18,8%) қараганда кўпроқ кузатилди. 3-гуруҳда она-йулдош-хомила ўртасида қон айланиши бузилиши 1-даражали бўлган, туғруққа кўрсатма берилган ҳомиладорларда АБнинг

қайтадан кўтарилиши ёки хавф солувчи эклампсия белгиларининг кучайиши қайд этилди.



1-расм. Хом.А.Ш. 22ёш.28 хафта.
БЙКБ 3 дар. Киндик томирида диасто-
лик кон айланиши йук.

2-расм. Хом.С.Г.32 ёш33хафта.
БЙКБ 1б.дар. ИР 0.19 паст

Допплерометрияда она-йулдош-хомила кон айланиши II-даражали бузилиши аниқланиши 1 ва 2-гуруҳлардаги ҚСЭК мавжуд 13 нафар аёлда, оғир преэклампсия мавжуд аёлларнинг фақат 11 нафарида кортикостероид билан сурфактант тизимни тайёрлаш учун хомиладорликни 2 кунгача узайтириш имконини берди. Она-йулдош-хомила кон айланишининг III-даражали бузилиши 10 нафар аёлда қайд этилиб, кортикостероид терапия олиб борилгандан кейин муддатидан олдин туғдириб олиш учун кўрсатма бўлди. Қон айланиши сифатини динамик кузатиш эса хомиладорликни кейинги юритиш тактикасига тузатишлар киритиб бориш имконини берди.

Хомиладорликнинг кейинги давом эттирилиши прогноз қилишда протеинурия даражаси ҳам аҳамиятли бўлиб, хомиладор аёлни юритиш тактикасини ишлаб чиқиш имконини берди. 3-б кичик гуруҳида 3 г/л дан юқори протеинурия оғир преэклампсияли 6 нафар аёлда (10,2%) аниқланди, бу буйрак етишмовчилиги ривожланаётганидан далолат беради ва хомиладорликни узайтириш учун қарши кўрсатма бўлади. Хомиладорларда оғир преэклампсия мавжудлигида буйраклар функционал қобилятини кузатиб туриш мақсадида бемор стационарга келган пайтда ва даволаниш динамикасида қон зардобидида мочевина ва креатинин миқдори текширилди. За-кичик гуруҳидаги хомиладорларда стационарга келтирилган пайтда ҳам, даволанишдан кейинги динамикада ҳам қон зардобидида мочевина миқдори

норма атрофида бўлди, бу оғир преэклампсия мавжуд ҳомиладорларда даволаниш натижасида ижобий динамика кузатилаётганини ва буйрак етишмовчилиги ривожланаётганини истисно этиш ва ҳомиладорликни узайтириш имконини берди. Фақат мочевина кўрсаткичлари беморлар келиб тушгандагига нисбатан бир мунча ошган ($P<0,05$).

3б-кичик гуруҳидаги беморларда стационарга келганда мочевина кўрсаткичлари 3а-кичик гуруҳидагиларга нисбатан ($P<0,001$) ҳамда улар келиб тушгандаги маълумотларга ($P<0,001$) нисбатан ишончли тарзда юқори бўлган, чунки баъзи бир беморлардан таҳлиллар олинганда динамикада уларда нормадан юқори кўрсаткичлар қайд этилган. 3а-кичик гуруҳидаги ҳомиладорларнинг қон зардобидида креатинин миқдори умуман норма атрофида бўлган. 3-б кичик гуруҳидаги ҳомиладорлар стационарга келтирилганда креатинин нормада бўлган. Креатининнинг ўртача миқдорлари 3-а кичик гуруҳи кўрсаткичларидан ($P<0,01$) ва стационарга келтирилганидаги миқдоридан ($P<0,01$) ишончли юқори бўлган. Динамик кузатувда ҳомиладорларнинг бир қисмида креатинин ошган, бу буйрак етишмовчилиги ривожланаётганидан далолат берган ва муддатидан олдин туғдириб олиш учун кўрсатма бўлган. Тегишлича, қон зардобидида мочевина ва креатинин миқдорини текшириш натижалари шуни кўрсатдики, оғир преэклампсия мавжуд бўлганда буйрак етишмовчилигини ўз вақтида аниқлаш ва ҳомиладорликни муддатидан олдин яқунлаш учун ҳомиладорликни узайтиришда бу кўрсаткичлардан фойдаланиш лозим. Оғир преэклампсия мавжуд ҳомиладорларнинг аҳволи ёмонлашаётганидан коагулограмма кўрсаткичлари, протромбин индекси, фибриноген ва АЧТВ миқдорларининг ҳам ошгани далолат беради.

Бачадон-плацента қон айланишини яхшилаш учун 3-а кичик гуруҳидаги ҳомиладорларга в/и томчилатиб L-аргинин препаратларини, Омега-3 ёғ кислоталари ҳамда қон ивишини нормаллаштирадиган ва бачадон-плацента бўғинида қон айланишини яхшилайдиган препаратларни тайинлаб, эндотелиал дисфункция коррекцияси амалга оширилди. АБ ҳамда она-йулдош-хомила ўртасида қон айланиши сифатининг барқарорлашуви, қон айланиши сифати ёмонлашиши белгиларининг йўқлиги, фетометрияда ҳомила вазни ошаётгани қайд этилиши, хомила ривожланишидан орқада қолиши (ХРОҚ) белгиларининг йўқлиги даволанишнинг ижобий самараси деб эътироф этилди. Динамикада протеинурия ва лейкоцитурия даражаси СЙИ (сийдик йуллари инфекцияси) ҳомиладорларда пасайди. Оғир даражадаги преэклампсия мавжуд ҳамма ҳомиладорларга фетоплацентар комплекс ультратовуш текшируви, хомила биометрияси ўтказилди, унда 7 нафар аёлда (11,9%) 2-3 даражали ХРОҚ синдроми қайд этилди, бу ҳам ҳомиладорликни узайтиришга қарши кўрсатма ҳисобланади. Бундан ташқари, қон айланиши умуман бўлмаганда ва ХРОҚ яққол ифодаланганда (3та ҳолатда – 5,1%) ҳам ҳомиладорлик тўхтатилди ва ҳомиладор амалдаги стандартга мувофиқ туғдириб олинди.

Иккита ҳомиладор аёлда (3,4%) АБнинг 160/110 ва ундан юқори кўрсаткичларгача қайта кўтарилиши магнезиал терапияни такроран қўллаш ва бир вақтнинг ўзида туғдириб олиш учун кўрсатма бўлди. Бу аёлларда туғруқ

пайтидаги гестация муддати 32 дан 37 ҳафтагача бўлган, яъни ҳомиланинг яшаб қолиш имконини оширишга эришилган. Хавф солувчи эклампсия белгилари 4 нафар (6,8%) ҳомиладорда кузатилган. Улар ҳомиладорликни юритиш стандартларига мувофиқ операция йўли билан туғдириб олинди.

Ҳаммаси бўлиб 2-3 кун ичида оғир преэклампсия мавжуд 59 нафар ҳомиладор аёлларнинг 3-б кичик гуруҳдаги 10таси (17,0%) шошилинич туғдириб олинди. Уларнинг 8 нафарида (13,6%) даволаниш давомида хавф солувчи эклампсия белгилари пайдо бўлган. Ушбу аёлларни жонлантириш бўлимида бўлган дастлабки 48 соат ичида туғдириб олиш учун кўрсатма бўлди. 4та ҳолатда (6,8%) бу она-йулдош-хомила кон айланиши бузилиши билан боғлиқ бўлган, шунинг учун бу аёлларда ҳомиладорлик туғруқ фаоллиги пайдо бўлгунига қадар ёки АБ қайтадан ошиб кетгунига қадар узайтирилди. 12та ҳолатдаги ҳомиланинг ХРОҚ белгилари мавжуд бўлганда улардан 3 нафарида ҳомиладорлик узайтирилмади, чунки оғир преэклампсияни даволаш яхши натижа бермади. Стационарга оғир преэклампсия билан келтирилган аёлларнинг 51 нафарида даволаниш ва ҳомиладорликни узайтиришдан кейин туғруқ индукцияси амалга оширилди. Туғруқ индукциясининг 3та туридан фойдаланилди – простагландин E_2 , окситоцин ва амниотомия билан туғруқни чақириш. Преэклампсияда туғруқ йўллари ҳали тайёр эмаслигини ҳисобга олиб, бачадон бўйнини етилтириш учун простагландин E_2 -га афзаллик берилди, окситоцин билан индукциялаш ёки амниотомия усулидан камроқ фойдаланилди. Туғруқ фаолияти бошланганда АБ ошиб кетишининг олдини олиш учун амниотомия бажарилди ва оғриксизлантириш - эпидурал анестезия усулида амалга оширилди. Бу операциядан кўра 6,5 марта кўпроқ табиий йўл билан муваффақиятли туғдириш имконини берди ($P < 0,01$).

Олиб борилган даволаниш натижаси, албатта, перинатал яқунлардир. Фақат 3 гуруҳда битта туғруқ ўлим билан тугади, бунда ҳомиланинг вазни 900 граммдан кам бўлган. Бола туғилганда унинг яшаб қолиши учун унинг вазни алоҳида аҳамиятга эга. Оғир преэклампсия туфайли ҳомиладорликни тўхтатиш учун ётқизилган 3-а кичик гуруҳдаги ҳомиладорларда ҳомиладорликни узайтириш нафас бузилиши мажмуи (НБМ) чақалоқлар туғилиши тез-тез содир булишини камайтиришга имконини берди. Бу, ўз навбатида, сурфактантга харажатларни камайтирди, зеро протокол бўйича туғруққача кортикостероидларни қабул қилган онадан туғилган чақалоқлар асосан 32 ҳафтадан ортиқ гестация муддатида дунёга келган ва уларда НБМ белгилари кузатилмаган, демак чақалоқларнинг трахея-бронхиал шоҳига сурфактант юбориш учун кўрсатма бўлмайди.

Сурфактант 27 ҳафтадан 32 ҳафтагача бўлган гестация муддатида туғилган ҳамма чақалоқларга, нафас олиш етишмовчилиги сақланиб қолаётган ва СРАР асосида респиратор қўллаб-қувватлаш самара бермаётганда, ёки туғруқ залида трахея интубациясига кўрсатма бўлганда қўлланилади. Бундай ёндашув клиник ва иқтисодий нуқтаи назардан самаралироқ ҳисобланади, асосийси эса, чақалоқларнинг яшаб қолиши эҳтимолини оширади. Бизнинг ҳолатда гестация муддати 27-32 ҳафтада муддатидан илгари туғруқларнинг бта

(10,2%) ҳолатида сурфактантдан фойдаланилди. Асосан булар оғир преэклампсия мавжуд оналардан туғилган чақалоқлар бўлиб, она стационарга келтирилгандан кейин дастлабки 1-2-чи кунларда туғилган. Уларга ҳомила дистресси профилактикаси фақат бир марта ўтказилди.

Шундай қилиб, ўтказилган терапиянинг ижобий самараси 49 нафар ҳомиладор аёлда ҳомиладорлик 6-10 кундан 1 ойгача бўлган муддатга узайтирилди. Бу, албатта чақалоқларнинг яшаб қолиши даражасини ошириш, экстремал кам вазнда ва жуда кам вазндаги чақалоқларнинг туғилиши тез-тез содир булишини камайтириш учун катта аҳамиятга эга бўлди. Ҳомиладорлик 1 ойгача узайтирилгандан кейин туғилган чақалоқлар (10 нафар бола) орасида касалланиш ҳолатлари ҳамда касалхонада даволаниш фоизи иккинчи босқичда деярли икки бараварга қисқарди.

3-а кичик гуруҳдаги ҳомиладорларнинг деярли ярмисида ҳомиладорликни 2 ҳафтагача узайтиришга эришилди. Бу ҳам преэклампсияли ҳомиладорлардан туғилган чақалоқларнинг яшаб қолиши кўрсаткичи ошишига олиб келди. Бу муддат давомида ҳомиладорлар интенсив терапия бўлимида даволанган, шу жумладан 34 ҳафтагача ҳомилага НБМ профилактикаси ўтказилган. Туғруқ яқунлари шунингдек ҳомиладорликни олиб бориш тактикасига ҳам боғлиқ. 3-б кичик гуруҳда 10 нафардан фақат битта туғруқ (10,0%) неонатал ўлим билан яқунланган бўлса, 3-а кичик гуруҳда 49 нафар ҳолатларнинг ҳаммасида болалар тирик ва яшаб кетиш учун яхши кўрсаткичлар билан туғилди. Бу, шубҳасиз, преэклампсияли ҳомиладорларни даволаш ва улар аҳволини динамик кузатиш натижаси бўлди. Шунингдек, бундай ҳомиладорларни юритишнинг мавжуд стандартдан фарқ қиладиган янги алгоритмини яратиш учун ҳам асос бўлди.

Перинатал марказ шароитида оғир преэклампсия ёки оғир даражадаги гипертензия мавжуд ҳомиладорларни юритиш алгоритми

- Ҳомиладор аёлни III-даражали муассаса – перинатал марказга кўчириш.
- Қабулхона бўлимида стандарт бўйича биринчи ёрдам кўрсатиш, доимий в/и катетерини ўрнатиш.
- Жонлантириш бўлимида кузатиш ва даволаш.
- Соматик касалликларга текшириш, улар аниқланган тақдирда –терапевт назоратида даволаш.
- Гестация ёши, ҳомиланинг вазнини, она-йулдош-хомила кон айланиши бузилишларини, ХРОҚ мавжудлигини ҳамда даволаниш самарадорлигини аниқлаш учун она-йулдош-хомила кон айланиши бузилишини ҳолатини УТТда мониторинг қилиш.
- НБМни кортикостероидлар (бетаметазон) билан профилактика қилиш.
- Буйраклар фаолиятини (мочевина, креатинин) ва коагулограммани назорат қилиш.
- Ижобий динамикада – даволанишни давом эттириш ва она ва ҳомила ҳолатини ҳомила яшаб қоладиган муддатгача мониторинг қилиш учун туғруққача интенсив терапия палатасига ўтказиш.

• Салбий динамика юз берганда ёки АБ қайта кўтарилган тақдирда – туғруқни индукцирлаш ва операция йўли билан туғдириб олиш.

Оғир преэклампсия билан келган ҳомиладорлар учун кўшимча интенсив терапия палаталарини ташкил қилиш, ҳомила яшаб қоладиган муддатгача ҳомиладорликни узайтириш масаласини тўғри ҳал қилиш ФВПМдаги баъзи бир кўрсаткичларнинг яхшиланишига олиб келди.

Чунончи, операция йўли билан туғдиришлар частотаси ФВПМда 2018-2019 йилларда ўртача 30 фоизни ташкил қилган, бу перинатал марказлар учун йўл қўйиладиган даража ҳисобланади, чунки бундай марказларга худудийлаштириш тамойилига кўра асосан акушерлик патологияси мавжуд ҳомиладорлар юборилади. Табиий йўл билан туғишлар – *per vias naturalis* (PVN) тегишлича муддатидан олдинги туғруқларнинг 70 фоизини ташкил қилди. Туғруқ фаолияти бўлмаганда учта усулдан биттасида индукция амалга оширилди, бу усуллар: простагландин E₂ (296 нафар туғруқда - 54,8%), окситоцин (7,6%) ёки, туғруқ йўллари тайёр бўлса, амниотомия ўтказиш йўли билан (27 нафар аёл - 5%). Бир нечта ҳолларда (ҳомила антенатал нобуд бўлганда) туғруқ индукцияси учун мизопростолдан фойдаланилди (11та ҳолат - 2,0%).

2018 ва 2019 йиллар давомида турли даражадаги преэклампсия ва ҚСЭЖ билан келган аёллар ўртасида муддатидан олдин туғруқлар 69,9 фоиз ҳолатда юз берди. Уларнинг учдан икки қисмида туғруқ табиий йўл билан олиб борилди, учдан бир қисмида операция йўлидан фойдаланилди.

Гипертензив ҳолатларни даволаш давомийлиги ҳомиладорлик муддатига ва олиб борилаётган терапиянинг самарадорлигига боғлиқ эди. Тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, эрта юзага келадиган преэклампсия жуда оғир кечади, бундай вазиятда ҳомиладорликни узайтириш мақсадга мувофиқ эмас. Кутиш тактикасида туғдириб олиш масаласи қуйидаги ҳолларда қўйилган:

- 1) онага хавф соладиган симптомлар пайдо бўлганда;
- 2) бачадон-плацента-хомила ўртасидаги қон айланиши бузилишининг 3-даражасида;
- 3) шошилиш акушерлик асоратларида (НЖЙБК, эклампсия ҳуружи ва бошқа).

Сурункали артериал гипертензияда асосий касаллик тор доирадаги мутахассислар томонидан ҳомила яшаб кетадиган муддатгача даволанилди. 2018-2019 йилларда сурункали артериал гипертензия билан асоратланган ҳомиладорликларнинг 88,1 фоизи ҳомила яшаб кетадиган муддатгача узайтирилишига эришилган. Шу билан бирга, преэклампсияли ҳомиладорларда асоратлар юзага келганда туғдириб олиш масаласи қўйилган.

ҚСЭЖ мавжуд ва гестация муддати 22-34 ҳафта бўлган, гипертензив синдром кузатилмаган ҳомиладорларда ҳомила яшаб кетадиган муддатгача узайтирилди. Аммо 9 фоиз ҳолларда хорионамнионит белгилари пайдо бўлиб, асоратлар юзага келди, бу туғруқ индукцияси учун кўрсатма бўлди. Муддатидан олдинги туғруқларнинг учдан бир қисми ўз-ўзидан бошланди, 10

фоизга яқини кесар кесиш операцияси йўли билан ҳал қилинди. Аёлларнинг ярмидан кўпида туғруқ индукцияси турли кўрсатмалар бўйича бажарилди.

Туғруқ индукцияси учун қуйидагилар кўрсатма бўлиб хизмат қилди:

- Амниотик суюқлик индексининг(АСИ) 10 фоиздан кам бўлиши. (УТТ маълумотларига кўра);

- бачадон-плацента-хомила қон айланишининг II-III даражали бузилиши;

- 34 ҳафтадан ортиқ ҳомиладорлик муддатида 48 соат ва ундан юқори сувсиз оралик;

- антенатал профилактика тугагандан кейин 34 ҳафтагача гестация муддатида туғилган чақалоқларда респиратор дистресс синдроми.

Қўлланилган туғруқ индукцияси усуллари орасида биринчи ўринда простагландин E₂ туради, окситоцидан камроқ фойдаланилди. Жуда кичик вазнда чала туғилган чақалоқнинг жароҳатланишига йўл қўймаслик учун ёки акушерлик асоратлари ривожланганда операция усули қўлланилди.

ФВПМда қўлланиладиган перинатал технологиялар қуйидагилардан иборат. СРАРни эрта қўллаш, агар мустақил нафас олиш бўлса, нафас олиш ва нафас чиқаришни қўллаб туриш учун чақалоқ ўпкасини қўлда вентиляция қилишга асосланган Т-тизим – ҳомила баротравма ва ателектотравма олдини олиш учун, узлуксиз СРАРли инкубаторда кўчириш. LISA усулида ёки СРАР асосидаги бошқа ноинвазив усулларда чақалоқ трахеясига сурфактант киритиш.

Шундай қилиб, оғир преэклампсияли ҳомиладор аёлларни перинатал марказга ўз вақтида келтириш беморни ҳар томонлама текшириш, аҳволини баҳолаш, ҳомиладорликни ҳомила яшаб қоладиган муддатгача узайтириш ёки муддатидан олдин туғдириб олиш масаласини ҳал қилиш имконини беради. Оғир преэклампсияли ҳомиладорларни даволашдан ижобий самара кўпроқ коррекцияга мойил бўлган соматик патологияга эга ҳомиладорларда кузатилади. Кўпинча булар СЙИли ҳомиладорлар бўлади. Соматик касалликларни коррекциялаш АБнинг пасайишига, ҳомиладор аёл аҳволининг барқарорлашишига, фето-плацента комплексда қон оқими сифати яхшиланишига олиб келади. Қон оқими сифати яхшиланмаган тақдирда ҳам, унинг ёмонлашуви юз бермайди, бу ҳам ҳомиладорликни узайтириш имконини беради. Ҳомиладор аёлларда соматик патологияни ўз вақтида аниқлаш ва уни даволаш оғир даражали преэклампсия ривожланиши частотасини камайтиришга кўмаклашади.

Диссертациянинг «Сўнгги йилларда перинатал марказ шароитида перинатал технологияларни қўллаш самарадорлигини қиёсий таҳлил қилиш» деб номланган бешинчи бобида ФВПМда янги перинатал технологиялар тадбиқ этилиши натижалари таҳлил қилинган.

Муддатидан олдинги туғруқларда перинатал йўқотишлар ва асоратларни камайтириш бўйича тадбирлар алгоритми таклиф қилинди.

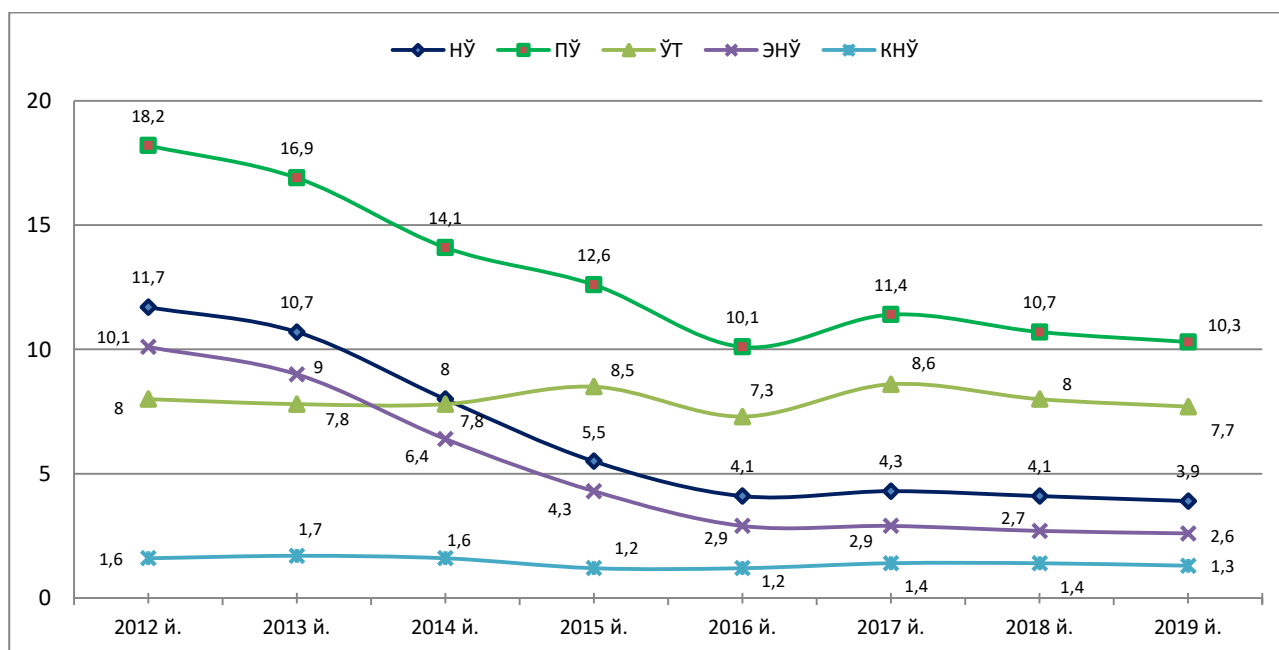
Олинган натижалар ва статистик маълумотларни таҳлил қилиш уларнинг олдинги йиллар маълумотларига нисбатан яхшиланганини кўрсатди, муддатидан олдинги туғруқларда перинатал касалланишлар ва ўлим

кўрсаткичларини яхшилаш бўйича ўтказиладиган тадбирлар самарадорлигини баҳолаш имконини берди.

Таққослаш учун ФВПМ бўйича 2013 ва 2014 йиллардаги маълумотлар олинди. Перинатал касалланиш кўрсаткичи 2018 йилда 24% ни, 2019 йилда эса 26% ни ташкил қилди, бу кўпроқ жуда кам ва нихоятда кам вазнда туғилган болалар ҳисобига юз берди (3-расм).

Неонатал ўлим кўрсаткичи йил сайин пасайиб бораётгани қайд этилади (11,7дан 3,9%гача), буни эрта неонатал ўлим билан ҳам (10,2дан 2,6%гача), шунингдек ҳомиладорликни узайтириш ҳисобига анча етук бола туғилиши ҳамда бола туғилганда НБМ юзага келиши камайгани билан ҳам изоҳлаш мумкин.

Шу билан бирга, кеч перинатал ўлим кўрсаткичи жиддий пасаймапти (1,6 – 1,3), чунки унинг частотаси чақалоқда қандайдир туғма патология борлиги ёки она қорнида инфекция юқтирганлиги билан боғлиқ.



3-расм. ФВПМда перинатал ва неонатал ўлим кўрсаткичлари динамикаси
Бу ерда НЎ-неонатал ўлим, ПЎ-перинатал ўлим, ЎТ-ўлик туғилиш, ЭНЎ - эрта неонатал ўлим, КНЎ- кеч неонатал ўлим.

Ҳомиладорликни узайтириш ва соматик патологияни даволаш ўлик бола туғилиши частотасининг аста-секин пасайишига олиб келади (3-расм). Аммо ўлик туғилишлар (ЎТ) частотасининг йиллар кесимидаги ўзгаришлари сезиларли эмас (8,0 - 7,7).

Биз муддатидан олдинги туғруқларда замонавий технологиялардан фойдаланиш самарадорлигини баҳоладик. Сўнгги йилларда ФВПМ маълумотларига қараганда, НБМ белгилари бўлган чала туғилишлар сони камайгани қайд этилган (2-жадвал).

Бу қиммат турадиган сурфактант препаратини бола туғилганда ёки умрининг биринчи кунда трахея-бронхиал шохига юбормаслик имконини

берди. НБМни сурфактант билан олдини олиши туфайли чала туғилган болаларнинг эрта неонатал ўлими частотаси ҳам камайиб бораётгани кузатилмоқда (20,4%дан 10,2%гача). НБМ ривожланиши сабабларини ўрганиш шуни кўрсатдики, бу аёлларнинг марказга туғруқ фаолияти бошланганда келишлари ҳолатлари бўлган. Бундай ҳолларда ҳаттоки сурфактантни қўллаш ҳам доим ҳам ижобий самара бермайди. Шу сабабли муддатидан олдинги туғруқ хавфи мавжуд ҳомиладорларни перинатал марказга ўз вақтига ётқизиш ҳомиладорликни ҳомиланинг яшаб кетиши давригача узайтириш имконини беради ҳамда қиммат турадиган препаратларга, чала туғилган болаларни парваришlashга харажатларни камайтиради, урин-жой-кунлар сонини қисқартиради.

Перинатал марказларни сурфактант билан таъминлаш бизга чақалоқларда НБМни даволаш самарадорлигини оширишга ёрдам берди. Сурфактантни 27-32 ҳафталик гестация муддатида барча чала туғилган чақалоқларга, нафас олиш етишмовчилиги сақланиб қолаётганда ва СРАР билан респиратор қўллаб-қувватлаш самара бермаганда, кўрсатмалар пайдо бўлганда ёки туғруқ залида интубация ўтказиётганда қўлладик.

2-жадвал

НБМ антенатал профилактикаси ва янги технологияларнинг самарадорлиги

	Умумий касалланиш		НБМ билан МОТдан туғилганлар		НБМдан ўлганлар	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015 й.	1174	19,4±0,51	726	61,8±1,4	148	20,4±1,5
2016 й.	1166	18,9±0,50	653	56,0±1,5*	87	13,3±1,3**
2017 й.	1321	21,8±0,53**	738	55,9±1,4**	93	12,6±1,2**
2018 й.	1540	24,0±0,53***	702	45,6±1,3***	82	11,7±1,2***
2019 й.	1736	26,1±0,54***	925	53,3±1,2***	94	10,2±1,0***

Изоҳ: *- 2015 йил кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (*-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001)

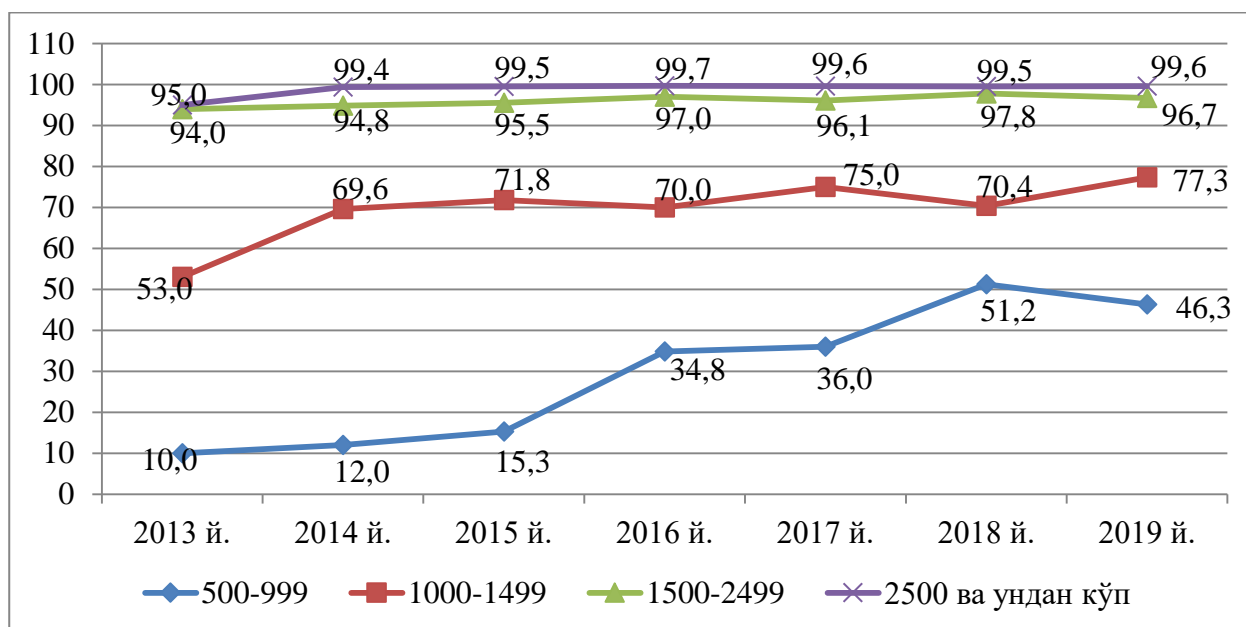
Бундай тактика ҳам клиник, ҳам иқтисодий нуқтаи назардан самаралироқ ҳисобланади, асосийси, чақалоқнинг яшаб қолиши эҳтимолини оширади. Бирок, сурфактант юборилганига қарамай, чақалоқларнинг 2 фоизидан камроғи нобуд бўлди. Улар ўлимининг асосий сабаби чала туғилганлик, тана вазнининг ниҳоятда кичиклиги билан боғлиқ.

Олиб борилган даволаниш натижаси, шубҳасиз, перинатал яқунлардир. Чақалоқларнинг яшаб қолишида гестация муддати ва чақалоқ туғилгандаги вазни алоҳида аҳамиятга эга.

Чала туғилган чақалоқларнинг яшаб қолиши кўрсаткичларини йиллар кесимида ўрганиш шуни кўрсатдики, вазни 500дан 1499 граммгача бўлган чақалоқлар орасида тирик қоладиганларнинг фоизи ортиб бормоқда (тегишлича

3,7 ва 61,0%), бу ўлган болалар сони камайгани билан боғлиқ. Шунингдек 1500 граммдан (90,9%) 2500 граммгача ва ундан юқори (99,3%) вазнда туғилган болаларнинг яшаб қолиши кўрсаткичи ҳам барқарор ортиб бормоқда. Бу ҳам ҳомиладорликни узайтириш ва соматик касалликларни даволаш бўйича олиб борилган тадбирларнинг самарадорлигидан далолат бермоқда. ФВПМда ниҳоятда кам вазнда ва жуда кам вазнда туғилган чакалоқлар орасида яшаб қолиш кўрсаткичининг яхшиланишига стандарт асосида перинатал технологияларни татбиқ этиш эвазига эришилди. Бу кўрсаткичлар 2018–2019 йилларда гипертензив ҳолатлардаги ҳомиладорларда, шу жумладан оғир даражадаги преэклампсия мавжуд бўлганда ҳомиладорликни узайтириш имкониятларининг кенгайиши натижасида анча яхшиланди.

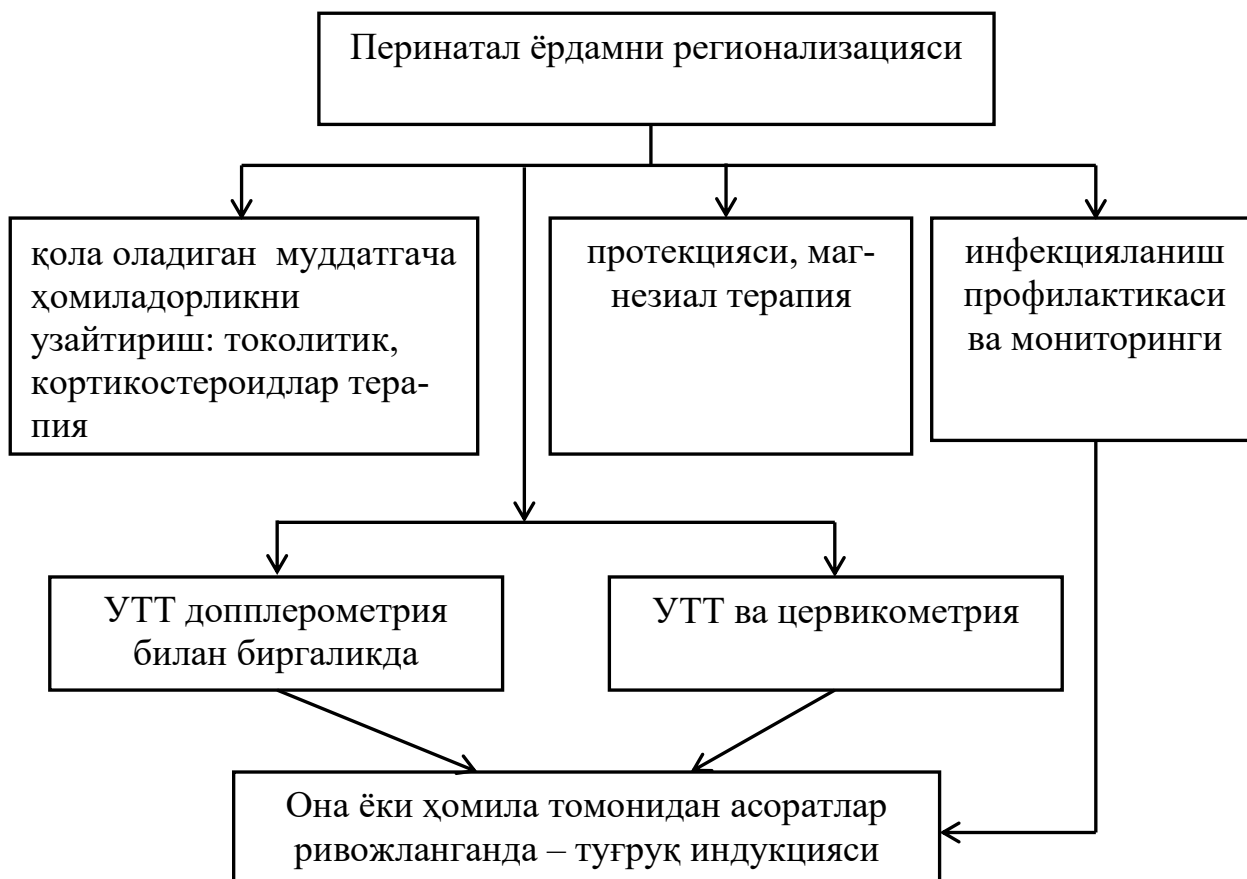
Туғруққа тайёрланишда замонавий перинатал технологияларни қўллаш, жуда кичик ва кичик вазнда чала туғилган болаларга бирламчи ёрдам кўрсатиш сўнгги йилларда улар орасида ўлим кўрсаткичларини камайтирди (4-расм).



4-расм. Перинатал технологиялар жорий этилиши натижасида вазн тоифасига қараб чакалоқлар орасида тирик қолиш кўрсаткичларининг ўзгариши

Яшаб қолиш фоизи тегишлича 2019 йилда 70,0% (2013 йилда - 61,2% бўлган) ва 97,0% (2013 йилда - 90,9%) ташкил қилди. Чакалоқда дистресс профилактикаси учун кортикостероидлардан фойдаланиш ва чала туғилган чакалоқлар нафас йўлларида сурфактант юбориш перинатал ўлимнинг (ПЎ) камайишига, шу жумладан эрта (ЭПЎ) ва кеч (КПЎ) перинатал ўлим камайишига олиб келди.

Олиб борилган тадқиқотларга асосланиб биз ўрганилаётган патологик кечаетган ҳомиладорларни юритиш алгоритмини ишлаб чиқдик.



Чала туғилган чақалоқлар ҳолатини яхшилаш учун туғруқ залидаги тадбирлар.

- туғруқ залида камида 25 градус ҳароратли илиқ муҳитда туғдириш, гипотермия профилактикаси.
- киндикни кечроқ кесиш.
- экстремал кичик вазнли чақалоқ туғилганда –полиэтилен плёнка билан ўраш, гипотермия олдини олиш.
- кўрсатмалар бўйича сурфактантдан фойдаланиш.
- ноинвазив респиратор қўллаб-қувватлаш.
- жойдан жойга кўчиришда кювездан фойдаланиш.
- чақалоқларни барвақт парентерал овқатлантириш ва нутриентлар билан қўллаб-қувватлаш.
- чала туғилган чақалоқларни алоҳида парваришлаш.

НБМ белгилари билан ва НБМ белгиларисиз чала туғилган чақалоқларни парваришлашга кетадиган харажатларни ҳисоблаш ҳамда ҚСЭЖ ва муддатидан олдинги туғруқ хавфи юқори ҳомиладорларни олиб бориш бўйича таклиф этилган алгоритмнинг татбиқ этилишидан кутилаётган иқтисодий самарадорликни қайта ҳисоблаш қуйидаги формула ёрдамида амалга оширилди.

Даволаш қийматини камайитиришдан (беморнинг стационарда бўлиши муддатларини қисқартиришдан) иқтисодий самарани ҳисоблаб чиқиш

Ҳисоб-китоб қуйидаги формула ёрдамида амалга оширилди:

$$\mathcal{E} \text{ эф.} = [(M_1 - M_2) + (C_1 - C_2) + (B + E) \times 0,6] \times H - 0,15 \times K$$

Бу ерда $M_1 - M_2$ ҳомиладор аёлни ва чала туғилган болани ҳомиладорликни узайтириш ва узайтирмасдан даволаш қийматининг пасайиши

$\mathcal{E}_{\text{эф}} = [(1\ 926\ 920 - 913\ 120) + (30 - 10) + (25\ 600 + 10\ 200) \times 0,6] \times 95 - 0,15 \times 300\ 000 = 98\ 308\ 500$ сўм, бу ерда:

$C_1 - C_2$ – она ва бола алгоритм бўйича юритилганда уларнинг стационарда бўлиши вақтининг камайиши;

B – аниқ стационарда, яъни ФВПМда бир койка-кун қиймати

$B = 25\ 600$ сўм;

E – вақтинча меҳнат қобилиятини йўқотганда нафақанинг ўртача миқдори (сўм/кун); - 10200 сўм;

$0,6$ -ишловчилар коэффиценти (вояга етмаганлар, пенсионерлар ва уй бекаларини ҳисобга олмаганда);

H – тадбиқ этиш кўлами

($H = 95$ та бемор);

$0,15$ - нормал самарадорлик коэффиценти;

K - ушбу тадқиқотни ишлаб чиқишга харажатлар

Тегишлича, перинатал технологиялар тадбиқ этилгандан кейин даволанишга (онани даволаш ва текширишга), чақалоқни таклиф этилган алгоритм бўйича парваришlash учун харажатлар камайишидан иқтисодий самарадорлик ҳар бир нафар чақалоққа 1 млн 50 минг сўмни ташкил қилди.

Ҳозирги замонавий перинатал технологияларнинг перинатал ва гўдаклар ўлимини камайтиришдаги тиббий-ижтимоий аҳамияти даволанишнинг давомийлигига, ҳомиладорликни ҳомила яшаб кетадиган муддатгача узайтириш вақтига боғлиқ, бу шунингдек чала туғилган чақалоқларни гестация муддати ва чақалоқнинг туғилгандаги вазнига қараб уларнинг яшаб қолиши имкониятларини оширади.

Муддатидан олдинги туғруқ ва ҚСЭЖ хавфи юқори ҳомиладорларни перинатал парваришlashнинг яхшиланиши, ҳомиладорликни ҳомила яшаб кетадиган вақтгача узайтирилиши туфайли ФВПМда чала туғилган чақалоқларнинг яшаб кетиши кўрсаткичлари яхшиланди (2-расм). Бунда, энг яхши кўрсаткичлар 1500-2499 грамм ва 2500 грамм ва ундан юқори вазн тоифаларида қайд этилди. Бу қўлланилаётган янги перинатал технологияларнинг самарадорлиги билан изоҳланади. Бу дори-дармонларга харажатларнинг қисқаришига, бундай чақалоқларни иккинчи парваришlash босқичида койка-кунлар сонининг камайишига олиб келди.

Чала туғилган чақалоқларнинг яшаб қолиши кўрсаткичларининг ошиши, шубҳасиз, ижтимоий аҳамиятга ҳам эга бўлди, чунки оиланинг мустақамланишига, аёл турмуши сифатининг яхшиланишига ёрдам беради.

Шундай қилиб, 2013 йилдан бери перинатал ўлим кўрсаткичи 59 промилдан 2019 йилдаги 49,3 промилгача камайди ва охириги 3 йилда

барқарорлашди. Етти йил ичида неонатал ўлим кўрсаткичи 43 промилдан 19,3 промилгача чала туғилган чақалоқларнинг яшаб қолиши ортиши ҳисобига камайди.

Олиб борилган тадқиқот натижалари преэклампсияда ҳомиладорликни юритиш тактикасини назорат қилиш учун, муддатидан олдинги туғруқ хавфи юқори ҳомиладорларда туғруқ фаолиятсиз ҚСЭЖда, гипертензив синдром билан асоратланган касалхонадан ташқари пневмонияда МППКни мониторинг қилишни кенг татбиқ этиш имконини берди. Бу 2018-2019 йилларда ФВПМнинг ҳомиладорлар патологияси бўлимида, туғруқ залида ва интенсив терапия палаталарида бундай ҳомиладор аёлларни юритиш протоколларини ҳам ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш имконини берди. ФВПМда оғир преэклампсия мавжуд ҳомиладор аёлларнинг аҳволини кузатиш ва доимий мониторинг қилиш учун жонлантириш бўлими олдида қўшимча палаталар ташкил этилди.

Шундай қилиб, перинатал марказ шароитида оғир преэклампсия мавжуд ҳомиладорларни текшириш ва кузатиш, ҳомиладорликни ҳомила яшаб кетадиган муддатгача узайтириш имконини берди. Чала туғилган чақалоқларнинг перинатал касалланиши ва ўлими кўрсаткичларини таҳлил қилиш, сўнгги йилларда янги технологияларнинг қўлланилиши касалланиш, хусусан, НБМ ривожланиши частотасининг пасайишига ва бир вақтнинг ўзида чала туғилган чақалоқларнинг НБМдан нобуд бўлиши ҳолатларининг камайишига олиб келди. Ҳомила аҳволини ва ФПКдаги қон оқимини УТТ орқали мониторинг қилиш ҳомиладорликни узайтириш имкониятларини ва муддатларини аниқлаш имконини беради.

ХУЛОСА

1. Муддатидан олдинги туғруқда аёлларда перинатал касалланиш ва ўлим частотаси замонавий перинатал технологиялар татбиқ этилишидан аввал экстремал кам ва ниҳоятда кам вазнли болалар туғилиши ҳисобига 78-69 фоизни ташкил қилган.

2. Муддатидан олдинги туғруқларнинг асосий сабаблари онадаги гипертензив синдромлар, соматик касалликлар, асоратланган акушерлик анамнези ва сурункали инфекциялар, ҳомила пардасининг муддатидан илгари ёрилишидир, индукцияланган муддатидан олдинги туғруқларда – оғир преэклампсия, сийдик йуллари инфекцияси билан, камқонлик, калконсимон беги патологияси, юрак қон-томир системаси билан боғлиқ.

3. Бачадон-плацента-ҳомила қон айланиши сифатини мониторинг қилиш ва цервикометрия ҳомиладорликни ҳомила яшаб кетадиган муддатгача узайтириш имконини беради, қон айланиши ёмонлашганда ва ХРОҚ ривожланганда эса муддатидан олдин туғдириб олиш масаласини кўяди.

4. Перинатал ёрдамни регионлаштириш принципи перинатал марказ шароитида интенсив терапия палаталарида онанинг умумий аҳволини, гемодинамикасини, лаборатория ва эхографик кўрсаткичларини мунтазам мониторинг қилиш орқали уларни даволаш ва оғир асоратларни камайтиришга

хизмат қилади. Янги технологияларни қўллаш ва перинатал кўрсаткичларни яхшилаш иқтисодий харажатларни ҳам камайтиради, бир нафар чала туғилган бола ва онага ҳисоблаганда ўртача 1 млн 50 минг сўмдан ортиқ тежалишига, тиббий ва ижтимоий кўрсаткичларнинг яхшиланишига олиб келади. Сўнгги 5 йил ичида ФВПМда перинатал ўлим 1,6 баравардан кўпроқ камайди.

5. Янги технологияларни қўлланилиши ва перинатал кўрсаткичларни яхшиланиши экономик чиқимни камайтиришига, ўрта ҳисобда 1 млн 50 минг сўм хар бир нафар хомиладор ва унинг етилмаган чакалогига ва тиббий (яшаб кетиш кўрсаткичини оширишга) ва ижтимоий (оилани яшаш сифатини яхшилаш) кўрсаткичларни яхшиланишига олиб келади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

СУЯРКУЛОВА МАДХИЯ ЭРКИНОВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИ-
ЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В
СНИЖЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ**

14.00.01 – Акушерство и гинекологии

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

ТАШКЕНТ – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2017.3.PhD /Тib328

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат докторской диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.tashpmi.uz) информационно-образовательном портале "ZiyoNet" (www.ziyounet.uz).

Научный руководитель: Бабаджанова Гулджахан Саттаровна
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор

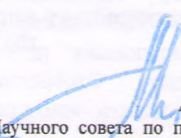
Каримова Фериуза Джавдатовна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии РУз

Защита докторской диссертации состоится 24 августа 2021 г. в 11:00 час. на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней / DSc04/30.12.2019.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте. Адрес: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, 223. Тел./факс: (+99871) 262-33-14, e-mail: mail@tashpmi.uz.

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирована за № ___). Адрес: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район ул. Богишамол, 223.Тел./факс: (+99871) 262-33-14.

Автореферат диссертации разослан 20 августа 2021 год.
(реестр протокола рассылки № 131 от 15 августа 2021. года).


А.В. Алимов
председатель Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

К.Н. Хайтов
ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.И. Ахмедова
председатель научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор



ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Преждевременные роды и рождение недоношенных детей, влияние их на качество жизни новорожденных являются серьезной медицинской и социальной проблемой во всем мире. Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире: 15 миллионов детей рождаются «слишком рано»; 7,6 миллиона умирают до своего пятого дня рождения. Более 40% этих смертей случаются в течение первого месяца жизни, то есть в неонатальном периоде; 1,1 миллиона детей умирают непосредственно от осложнений преждевременных родов. Преждевременные роды – вторая ведущая причина смерти детей младше 5 лет после пневмонии¹. Преждевременные роды это проблема практически всех стран мира и развитых, и развивающихся, с невысокой эффективностью лечения, связано со значительными затратами на выхаживание недоношенных детей; все это требует улучшения прогнозирования преждевременных родов, повышения качества лечения.

В мировой практике особое внимание уделяется научным исследованиям, изучающим преждевременные роды, которые могут быть как самопроизвольными, так и индуцированными, т.е. вызванные показаниями, в связи с тяжелым состоянием матери. Развитие тяжелых форм гипертензивных состояний беременных после 22 недель гестации или тяжелая соматическая патология, которая усугубляется в конце II- или в III-триместрах беременности зачастую ставит врача перед выбором в пользу матери и является показанием к досрочному родоразрешению. При этом жизнеспособности плода, которому предстоит родиться преждевременно, также уделяется немаловажное значение, т.к. в первые дни жизни погибает 60 процентов недоношенных младенцев. Ряд современных перинатальных технологий, предложенные ВОЗ, такие как подготовка сурфактантной системы плода, изучение состояния фетоплацентарного комплекса и состояния плода, оценка состояния функции жизненно важных органов матери приобретают в этом плане особое значение².

В нашей стране осуществляется ряд мер по совершенствованию системы здравоохранения, приведению их в соответствие с мировыми стандартами, повышению качества помощи, оказываемой беременным женщинам, снижению частоты преждевременных родов. В стране определены такие важные задачи как «создание структур, ответственных за здоровье матерей и детей («Женские консультации», кабинеты пренатального скрининга, «медицинские бригады» включающие семейного врача, педиатра и др.) для обеспечения единого и согласованного комплексного наблюдения за беременными женщинами»³. В этой связи, осуществление мер, направленных на снижение частоты преждевремен-

¹[Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization. 2012. <http://www.who.int>]²<http://library.ziyonet.uz/uz/book/107445>

² [Cochrane Data base Syst Rev. 2014,(2):CD007062. doi: 10.1002/14651858.CD007062.pub3. PMID: 24578236 Review.]

ных родов, разработку и внедрение современных перинатальных технологий, улучшение качества жизни беременных женщин и новорожденных путем улучшения диагностики и эффективных методов лечения, является важной задачей.

Данное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-4513 от 8 ноября 2019 года «О повышении качества и дальнейшем расширении охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям» и №ПП-5590 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», а также в других нормативно-правовых актах, соответствующих данной деятельности.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан – VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Как показывают данные зарубежной литературы, в 40-50% случаев самопроизвольных преждевременных родов установить их причину не удастся (Ляличкина и соавт. 2015, Doret M. et al., 2016). Применение современных ультразвуковых аппаратов позволяют получить подробную информацию об особенностях функционирования фетоплацентарного комплекса, получить данные о нарушениях маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков при доплерографическом исследовании. Нарушение циркуляции в системе мать-плацента-плод в группе беременных высокого риска на развитие преждевременных родов характеризуется состоянием повышенной сосудистой резистентности в маточных артериях, артериях пуповины и средней мозговой артерии плода. Согласно проведенным в нашей стране исследованиям, основной причиной преждевременных родов является разрыв плодных оболочек, при этом важную роль играет цервикальный фактор: наличие признаков органической и неорганической истмико-цервикальной недостаточности, укорочение длины шейки матки и т.д. (Н.А. Уринбаева, 2018; Н.Х. Рузиева, 2020).

По данным зарубежных авторов, пролонгирование беременности на одну неделю для новорожденных с экстремально малой массой тела при рождении, сопровождается снижением неонатальной смертности недоношенных детей на 30%. Это создает «...возможность транспортировать пациентку в стационар III уровня, позволяет провести профилактику синдрома дыхательных расстройств новорожденного» (ACOG Practice Bull., 2016).

Разработка новых перинатальных технологий, их переоценка и совершенствование существующих стандартов ведения беременных с преждевременным

разрывом плодных оболочек, позволяет пролонгировать беременность даже при тяжелой степени преэклампсии, для того чтобы добиться повышения выживаемости недоношенных новорожденных при очень ранних родах [Younger JD. et al., 2017]. Немаловажное значение имеет мнение о том, что необходимо проводить нейропротекцию плода. Проведенное на базе нескольких американских университетских медицинских центров исследование проверило и обосновало основную гипотезу о том, что дети, рожденные с чрезвычайно малой и очень малой массой при рождении, матери которых во время беременности получали сочетанную терапию сульфатом магния и кортикостероидами, имеют более низкую частоту серьезных нарушений развития нервной системы и связанных с ними смертельными исходами [Stelzl P. et al., 2019].

С учетом всего выше перечисленного, проблема является актуальной, в связи с чем, представляется необходимым проведение ряда исследований с использованием информативных методов диагностики и лечения у женщин с угрозой преждевременных родов и преждевременным разрывом плодных оболочек для снижения перинатальной заболеваемости и смертности недоношенных новорожденных и улучшения качества их жизни.

Связь темы диссертации с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ кафедры акушерства и гинекологии №1 ТМА, Гос. регистрации 01.1800231 «Инновационные подходы в диагностике и лечении заболеваний матери, плода и детей раннего возраста» 2019-2021 гг.

Целью исследования явилось изучить роль современных перинатальных технологий в снижении частоты преждевременных родов, перинатальной заболеваемости и репродуктивных потерь у беременных группы риска и определить их эффективность.

Задачи исследования:

определить частоту перинатальной заболеваемости и смертности у женщин с преждевременными родами до внедрения современных перинатальных технологий и установить их причины по ретроспективным данным;

провести анализ значимости различных факторов риска, которые приводят к развитию самопроизвольных преждевременных родов и при досрочном родоразрешении;

определить значение мониторингования маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока и цервикометрии в развитии их нарушений и риска преждевременных родов путем применения доплерометрии сосудов ФПК;

разработать новую перинатальную технологию по ведению беременных с тяжелой степенью преэклампсии для пролонгирования беременности до жизнеспособности плода в условиях перинатального центра и оценить ее эффективность;

изучить эффективность внедрения современных перинатальных технологий в выборе тактики ведения беременности при угрозе преждевременных ро-

дов и/или преждевременном излитии околоплодных вод в практику областного перинатального центра;

определить медицинскую, социальную и экономическую эффективность внедрения современных перинатальных технологий в снижении репродуктивных потерь.

Объект исследования. Ретроспективные исследования 560 историй родов женщин, поступавших на роды в Ферганский Областной перинатальный центр (ФОПЦ). Проспективные исследования 209 беременных женщины с преждевременными родами и 35 здоровых беременных женщин, поступавших в родильное отделение ФОПЦ за период 2018-2019гг.

Предмет исследования – биохимические исследования крови беременных, микробиологические исследования секрета из родовых путей обследованных пациенток.

Методы исследования. При выполнении данного исследования использованы общеклинические, специальные акушерские и гинекологические, инструментальные УЗИ, доплерография, биохимические, микробиологические и статистические методы исследования.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в следующем:

впервые разработана и внедрена новая перинатальная технология по пролонгированию беременности у женщин с тяжелой преэклампсией до жизнеспособности плода путем лечения и мониторинга состояния беременной и плода в условиях перинатального центра;

впервые обосновано значение внедрения современных перинатальных технологий при ведении самопроизвольных преждевременных родов и досрочном родоразрешении при тяжелой преэклампсии, которые привели к снижению частоты перинатальных заболеваний и перинатальных потерь;

предложен эффективный клинико-диагностический алгоритм обследования и ведения беременных с угрозой преждевременных родов и тяжелой преэклампсией до жизнеспособности плода;

доказана эффективность внедрения современных перинатальных технологий в перинатальных центрах республики в снижении частоты рождения детей с экстремально низкой массой тела и улучшении качества жизни женщин.

Практические результаты диссертационного исследования заключаются в следующем:

для практического акушерства разработан и апробирован алгоритм ведения беременных с клиникой угрозы ПР и ПРПО, а также алгоритм ведения беременных при досрочном родоразрешении по показаниям;

внедрение предложенного алгоритма привело к снижению частоты ПР, повышению выживаемости недоношенных детей, снижению частоты рождения детей с экстремально низким весом при рождении;

показана эффективность пролонгирования беременности у женщин с тяжелой преэклампсией для снижения частоты репродуктивных потерь, что привело к повышению выживаемости недоношенных новорожденных на 8%;

предложенный алгоритм позволил не только снизить частоту рождения детей с чрезвычайно малой массой при рождении, но и уменьшить экономические затраты на их выхаживание; это привело к уменьшению койко-дней в отделениях по выхаживанию недоношенных детей;

достигнуто улучшение качества ведения беременных при угрозе ПР и досрочном родоразрешении, перинатальных показателей, перинатальная смертность в ФОПЦ снизилась в 2019 г. до 10,3‰, что ниже по сравнению с 2013 г. (16,9‰).

Достоверность результатов исследования обосновывается правильностью применения в исследованиях современных, взаимодополняющих клинических, инструментальных, статистических методов исследования, достаточностью клинического материала, обработкой статистическими методами материалов исследования, сопоставлением полученных результатов с данными отечественных и зарубежных исследователей, подтверждением полученных результатов и выводов полномочными структурами, а также обоснованностью всех результатов на принципах доказательной медицины.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в расширении уровня теоретических знаний в области диагностики, подготовки и ведения ПР, ПРПО и преэклампсии, доказательстве связи между пролонгированием беременности и снижением неонатальной смертности у младенцев с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что для практического акушерства и перинатологии разработан и апробирован протокол ведения, пролонгирования беременности и родоразрешения беременных с преждевременными родами при угрозе ПР, ПРПО и при тяжелой преэклампсии. Применение современных перинатальных технологий способствовало снижению репродуктивных потерь и повысило выживаемость глубоко недоношенных детей с чрезвычайно малой массой тела при рождении. Изучение перинатальных исходов у пациенток, беременность которых осложнилась ПРПО в сроки 22–35 недель, при применении консервативно-выжидательной тактики ведения беременности показало, что пролонгирование беременности при ПРПО способствует ускоренному созреванию легких плода, повышению выживаемости новорожденных, уменьшая частоту тяжелых форм синдрома дыхательных расстройств у плода, снижает процент инвалидизации детей в данной группе.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по усовершенствованию перинатальных технологий разработаны методические рекомендации «Применение современных перинатальных технологий при преждевременных родах» (заключение № 8н-р/437 Министерства здравоохранения от 21.10.2019г). Применение данной методической рекомендации способствовало пролонгированию беременности при ПР, ПРПО и тяжелой преэклампсии и снижению неонатальной смертности и улучшению выживаемости у младенцев с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.

Результаты научных исследований по ведению беременных с угрозой преждевременных родов, ПРПО и преэклампсии внедрены в практику Андиганского и Наманганского перинатальных центров (заключение №8н-д/202 от 26.11.2020г.). Внедрение результатов исследований способствовало повышению качества обследования беременных с угрозой ПР, ПРПО и преэклампсией, снижению показателей неонатальной смертности, сокращению сроков госпитализации, снижению расходов на лечение недоношенных детей и улучшение качества жизни женщин. Экономическая эффективность от внедрения разработанного метода ведения беременности при ПР, ПРПО и преэклампсии составила 1млн. 50 тыс. сум на каждого недоношенного младенца.

Апробация научных результатов. Основные положения работы, изложенные в диссертации, представлены и доложены на 5 конференциях, в том числе на 2 республиканских научно-практических конференциях и 3 международных конгрессах.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации, из них 5 журнальных статей, в том числе 2 в республиканских журналах и 3 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 123 страниц текста.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики. Излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованности работы и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные представления о роли и значении перинатальных технологий при ведении преждевременных родов»** освещен обзор литературы, посвященной изучению причин преждевременных родов, их осложнений, существующие стандарты ВОЗ и ведущих международных организаций, Кохрейновские методические рекомендации по ведению преждевременных родов (ПР) и оказанию перинатальной помощи. Проанализированы современные представления о медицинской и социальной значимости ПР, перинатальной заболеваемости и смертности. Проведен анализ современных подходов к определению риска ПР и оказанию перинатальных технологий.

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследования»** автор подробно описывает методы исследований, проведенные женщинам с определением частоты, причин и

факторов риска развития самопроизвольных ПР и досрочного родоразрешения, проведены ретроспективные исследования 560 историй родов женщин, поступивших на роды в родильные отделения ФОПЦ г. Ферганы за период 2013-2014 гг. Ретроспективные исследования проведены у 209 беременных, поступивших в ФОПЦ за период 2018-2019 гг. Все обследованные беременные были разделены на 3 группы: в 1 группа - 82 беременные женщины с угрозой ПР и преждевременным разрывом плодных оболочек (ПОРП), которым были проведен весь арсенал перинатальных технологий, 2 группа - 68 беременных женщин, с ПРПО и активной фазой ПР, которым не возможно было оказать все виды перинатальных технологий и 3 группа – 59 беременных с преэклампсией тяжелой степени, поступивших на досрочное родоразрешение. Контрольную группу составили 35 беременных женщин с физиологическим течением беременности и родов.

В третьей главе диссертации **«Клиническая характеристика состояния здоровья, репродуктивной системы и наиболее значимые факторы риска преждевременных родов у обследованных женщин»** проанализированы ретроспективно показатели работы ФОПЦ за 2013-2014 гг. Анализ показал, что с организацией перинатального центра в Ферганской области в 2009 году, концентрация в нем беременных с угрозой и началом родовой деятельности, с дородовым излитием околоплодных вод привела к ожидаемому повышению частоты преждевременных родов от 9,4% в 2009 до 22,9% в 2018 году. Всего изучено 560 историй родов женщин, поступивших на стационарное лечение с угрозой ПР или с начавшимися ПР. В 2013 г и 2014 гг. преждевременные роды составили 16,0%, из них неонатальной смертностью недоношенных детей осложнились 78,6% родов. Заболеваемость среди родившихся недоношенных детей, т.е. прошедших через ОРИТ составило 54,1% от общего числа родившихся детей. Результаты проведенных клинико-анамнестических, лабораторных, инструментальных анализов женщин показали, что для снижения частоты рождения детей с очень малой или чрезвычайно малой массой тела, снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности среди недоношенных детей необходимо дальнейшее совершенствование помощи беременным женщинам, улучшение деятельности перинатального центра, требуется внедрение новых технологий. Это явилось основой для проведения данного исследования.

Проведены проспективные исследования течения беременности и родов у 209 женщин, поступавших с угрозой ПР или на досрочное родоразрешение в ФОПЦ. Возраст обследованных женщин колебался от 19 до 39 лет и составил в среднем в первой группе – $26,4 \pm 0,39$, во второй группе – $26,8 \pm 0,69$, в 3 группе – $27,2 \pm 0,64$, что показывает, что группы идентичны и сопоставимы по возрасту. Во всех трех исследуемых группах женщины в возрасте от 20 до 30 лет составляли подавляющее большинство (80,8%). Изучение анамнеза показало, что в развитии преждевременных родов у обследованных женщин могли иметь значение молодой возраст, перенесенные в анамнезе соматические заболевания (инфекции мочевыводящих путей, хронические инфекции), осложнения беременности (гипертензивные состояния, преэклампсия) и репродуктивные потери

в анамнезе. В 1 группе, благодаря оказанию перинатальных технологий более 20% женщинам пролонгировали беременность до 3-5 недель, во 2 группе беременных, поступивших с родовой деятельностью, проведение токолитической терапии позволило пролонгировать беременность от 3-х до 20 дней. Контроль эффективности лечения осуществляли путем ультразвуковой цервикометрии, т.е. по длине шейки матки. Всем беременным проведена кортикостероидная терапия для профилактики респираторного дистресс синдрома новорожденного при рождении.

При развитии ПР и рождении недоношенного ребенка проводились перинатальные технологии согласно существующему стандарту (ранний СРАР, ИВЛ; если есть самостоятельное дыхание, то Т-система с ручной вентиляцией для поддержки вдоха и выдоха – профилактика баротравмы и ателектотравмы плода, транспортировка в кювезе с продолжающимся оказанием СРАР; теплые родильные залы при температуре выше 28 град; отсроченные пережатие пуповины через 1-3 мин; если гестационный срок меньше 28 нед, то производили обертывание полиэтиленовой пленкой; раннее энтеральное вскармливание через рот; уход матери методом «кенгуру»; эндотрахеальное введение сурфактанта без прерывания от СРАР – при весе новорожденного менее 1500г после 26 нед).

Было установлено, что своевременная госпитализация беременных с угрозой преждевременных родов и/или ПРПО в перинатальный центр для проведения терапии, направленной на сохранение беременности, обследование и лечение соматических заболеваний, способствовало снижению перинатальной заболеваемости (в 1 группе до 43,6%, во 2 группе до 56,3%), не было случаев неонатальной смертности. Приведены сравнительные данные наблюдения за беременными 1 группы с угрозой ПР и ПРПО, но без родовой деятельности и 2 группой женщин, поступивших с родовой деятельностью. Оказание более полного объема перинатальных услуг и пролонгирование беременности в 1 группе, несомненно, привело к лучшим перинатальным исходам, чем во 2 группе.

В четвертой главе диссертации **«Современные возможности перинатального центра в снижении перинатальных осложнений и репродуктивных потерь у беременных с гипертензивным синдромом»** показаны изучение результатов впервые проведенного пролонгирования беременности у беременных высокого риска в условиях перинатального центра. Было проведено проспективное исследование у 59 беременных и рожениц с тяжелой степенью преэклампсии за период 2018-2019гг. Обследованные женщины 3-ей группы были разделены на 2 подгруппы: 3-а подгруппа–49 (83,1%) беременных, которым удалось провести пролонгирование беременности и довести плод до жизнеспособности; 3-б подгруппа –10 (17%) беременных женщин, которых вели по стандарту ведения при преэклампсии, и в связи с тяжелым состоянием эти пациентки были досрочно родоразрешены.

Возраст обследованных колебался от 20 до 39 лет и составил в среднем $29,5 \pm 6,4$ лет. Изучение паритета данной беременности у обследованных бере-

менных показал, что большинство составили первобеременные – 40 (67,8%) женщин. Число повторнобеременных составило 19 (32,2%) женщин.

Гестационный срок женщин, поступивших на досрочное родоразрешение, колебался от 25 до 34 недель и составлял в среднем $29,8 \pm 4,7$ недель (табл.1). Как известно, выживаемость недоношенных детей зависит от их гестационного возраста и веса при рождении.

Таблица 1.

Сроки беременности женщин, поступавших на досрочное родоразрешение

Сроки гестации при поступлении	3 группа с тяжелой преэклампсией, n=59		Из них после проведения лечения			
			3а подгруппа – АД снизилось, n=49		3б подгруппа – с досрочным родоразрешением в течение 48 часов от поступления, n=10	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
23-27 нед.	7	$11,9 \pm 4,3$	4	$6,8 \pm 3,3$	3	$5,1 \pm 2,9$
28-32 нед.	40	$67,8 \pm 6,1^a$	35	$59,3 \pm 6,5^a$	5	$8,5 \pm 3,7^{***}$
33-36 нед.	12	$20,3 \pm 5,3^b$	10	$16,9 \pm 4,9^b$	2	$3,4 \pm 2,4^*$
Всего	59	$100,0 \pm 0,0$	49	$83,1 \pm 4,9$	10	$17,0 \pm 4,9^{***}$

Примечание: * - различия достоверны по сравнению с 3а подгруппой (*-P<0,05; ***-P<0,001); а- различия достоверны по сравнению с показателями 23-27 недели (а-P<0,001); б- различия достоверны по сравнению с показателями 28-32 недели (б-P<0,001).

После проведенной гипотензивной и магниальной терапии в приемном покое стационара, 49 (83,1%) беременным (3а-подгруппа) удалось снизить АД до безопасных значений (до 130/90 и 140/90). Учитывая срок гестации при поступлении (от 24 до 31 недель) и наличие высокого риска развития перинатальной патологии и смертности, решено пролонгировать беременность этим пациенткам до жизнеспособности плода при условии стабильного АД. Одновременно проводилась подготовка сурфактантной системы плода – профилактика синдрома дыхательных расстройств (СДР).

При этом обязательно учитывались данные доплерометрии кровотока в сосудах фетоплацентарного комплекса, наличие нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК). Учитывая высокий риск на ухудшение состояния, беременные не выписывались и находились под наблюдением в палатах интенсивной терапии с непрерывным мониторингом состояния, клинико-лабораторным наблюдением до родов.

Результаты обследования выявили наличие соматической патологии у всех 59 беременных 3 группы. Наиболее часто наблюдалась инфекция мочевыводящей путей (ИМП) у 39 беременных (66,1%), представленная гестационным пиелонефритом – 29% и бессимптомной бактериурией – 71%. Патология гепатобилиарной системы (10,2%) была представлена хронической патологией – хроническим гепатитом и холестаазом, развившимся во время беременности, который в одном случае осложнился токсическим гепатозом. Развитию гипертензивного синдрома способствовали также железодефицитная анемия тяжелой

степени (17,0%). В 6-ти случаях (10,2%) внебольничная пневмония также осложнилась развитием тяжелой преэклампсии.

Показатели АД при поступлении в пределах 160/100, 170/100 и выше, но без признаков угрожающей эклампсии позволяли провести лечение беременных по схеме согласно Республиканскому стандарту: магнизиальная терапия проводилась до снижения АД (150/100, 140/90) в течение 2-х дней. Лечение гипертензии заключалось в назначении нифедипина 10мг 3 раза в день под язык; в случае плохой переносимости - допегид 250мг каждые 6 час 4 раза, или 500мг 2 раза в день. Если в течение 48 часов показатели АД не поднимались выше 150/100мм.рт.ст., не развивались угрожающие симптомы эклампсии и не отмечалось ухудшение состояния плода, то отменяли магнизиальную терапию, продолжая при этом гипотензивную терапию (таблетки бисапролол 5мг однократно под язык, таблетки допегид 250мг-каждые 6 часов per os с коррекцией дозы при необходимости).

Но при этом беременная женщина обязательно находилась в реанимационном отделении или палате интенсивной терапии отделения патологии беременности перинатального центра, где проводилось наблюдение за беременной в динамике. При наличии на доплерометрии нарушения МППК 1-2степени проводили лечение по стандарту. Проведение гипотензивной терапии у беременных 3 группы проводили под наблюдением врача акушера-гинеколога интенсивной палаты, терапевта и реаниматолога. Стабилизация АД и дальнейшее его снижение являлось показанием для пролонгирования беременности до жизнеспособного срока.

Одновременно проводилось обследование и лечение соматических заболеваний у этих беременных, что также способствовало улучшению состояния и снижению АД. Улучшение состояния и показателей АД отмечалось в первую очередь у беременных с ИМП. Проведенное лечение позволило в 83% случаев пролонгировать беременность на различные сроки, что способствовало улучшению перинатальных исходов.

Для определения возможности пролонгирования беременности имело значение определение длины шейки матки путем ультразвуковой цервикометрии, особенно у беременных с ПРПО. Кроме того, цервикометрия имеет значение для решения вопроса о методе досрочного родоразрешения. У беременных без родовой деятельности, но с ПРПО (1-2 группы) длина шейки была несколько короче, но зависела от срока гестации, т.е. при сроке беременности 33-36 недель средняя величина длины шейки матки достоверно была короче, чем при сроке 22-27 недель ($P < 0,05$). У беременных 3 группы с преэклампсией тяжелой степени длина шейки матки при поступлении почти не отличалась от показателей контрольной группы. Это свидетельствовало об отсутствии готовности родовых путей к родам при тяжелой степени преэклампсии и требовало проведения того или иного вида индукции родов.

Проводилось динамическое УЗИ наблюдение путем доплерометрии за показателями качества кровотока в сосудах фетоплацентарного комплекса (ФПК) беременных с преэклампсией, угрозой ПР и ПРПО.

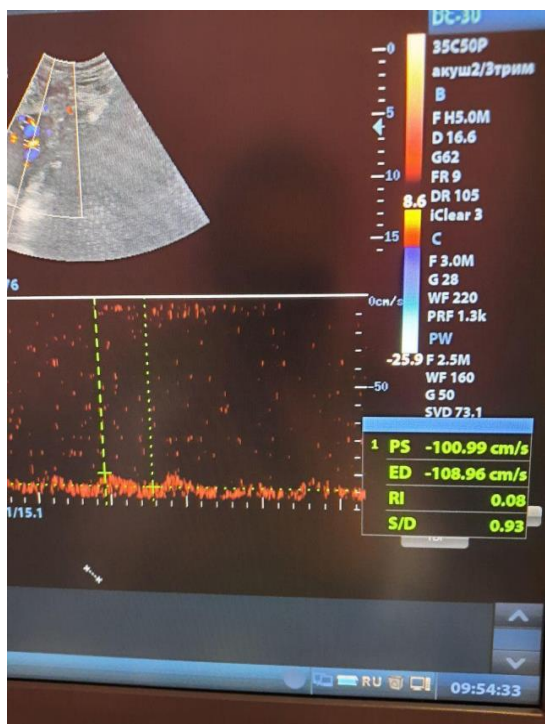


Рис.1. Берем.А.Ш. 22лет. 28неделя. НМПК 3ст.В пуповинной артерии диастолического кровотока нет.

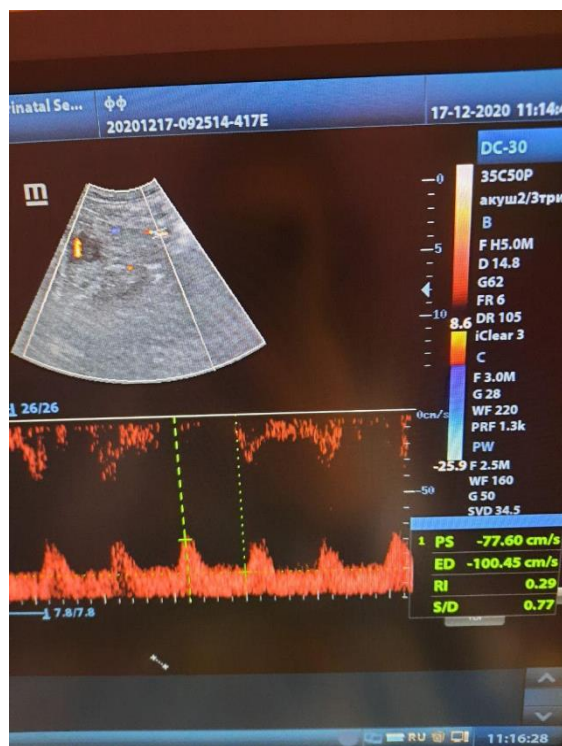


Рис.2. Берем.С.Г. 32лет. 33нед. НМПК 1ст.ИР ниже 0,19

Всего обследовано 209 беременных 1,2 и 3 групп. Беременным 3 группы с тяжелой преэклампсией доплерометрическое исследование МППК проводили при поступлении и в динамике для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. Среди обследованных беременных женщин у 134 были выявлены нарушения МППК различной степени (рис.1,2). При нарушениях 1А степени беременность удалось пролонгировать до 2 недель и более у одной трети (38,4%) пациенток с ПРПО. У беременных с преэклампсией тяжелой степени также удалось пролонгировать беременность у одной трети пациенток (16 – 33,3%) чаще до 2-х недель, и реже - более 2-х недель. Однако при ПРПО без гипертензии (1 и 2 группы) беременность удавалось продлить на срок от 2х недель до 1 месяца, что в 2,7 раза больше, чем в 3 группе с тяжелой преэклампсией.

При нарушениях I Б-степени лечение оказало положительный эффект и беременность пролонгировали 44 (32,8%) беременным до 2х недель и более. Однако чаще этого добивались у беременных 1 группы с ПРПО (40,7%), чем у беременных 3 группы (18,8%). В 3 группе у беременных с нарушениями МППК 1 степени показанием к родоразрешению были повторное повышение АД или развитие признаков угрожающей эклампсии. Выявленное при доплерометрии нарушение МППК II-степени позволило пролонгировать беременность у 13 женщин 1 и 2 групп с ПРПО, а у беременных с тяжелой преэклампсией - только в 11 случаях до 2 суток для подготовки сурфактантной системы кортикостероидами. Нарушение МППК III-ей степени у 10 женщин являлось показанием для досрочного родоразрешения беременных после проведения кортикостероидной терапии. Динамиче-

ское наблюдение за состоянием качества кровотока позволяло корректировать тактику дальнейшего ведения беременных.

Степень протеинурии также имела значение для прогноза дальнейшего течения беременности и позволяла разработать тактику ведения беременной. В 3-б подгруппе протеинурия выше 3 г/л была выявлена у 6 беременных (10,2%) с тяжелой преэклампсией, что свидетельствовало о развитии почечной недостаточности и являлось противопоказанием для пролонгирования беременности. Для наблюдения функциональных способностей почек у беременных на фоне тяжелой преэклампсии исследовали уровень мочевины и креатинина в сыворотке крови при поступлении и в динамике лечения. Показатели мочевины в сыворотке крови у пациенток 3-а подгруппы и при поступлении, и в динамике после лечения были в пределах нормы, что позволяло исключить развитие почечной недостаточности и позволяло пролонгировать беременность у женщин с тяжелой преэклампсией и с положительной динамикой в результате проводимого лечения. Только показатели мочевины несколько повышались по сравнению с данными при поступлении ($P < 0,05$).

У пациенток 3-б подгруппы при поступлении показатели мочевины были достоверно выше по сравнению с данными пациенток 3-а подгруппы ($P < 0,001$) и по сравнению с их данными при поступлении ($P < 0,001$), т.к. при проведении анализов в динамике у некоторых пациенток было отмечено повышение выше нормы. Уровень креатинина в сыворотке крови беременных 3-а подгруппы в целом колебался в пределах нормы. В 3-б подгруппе у беременных при поступлении креатинин был в пределах нормы. Средние величины креатинина были достоверно выше показателей в 3-а подгруппе ($P < 0,01$) и его уровня при поступлении ($P < 0,01$). В динамике у части беременных он повысился, что указывало на развитие почечной недостаточности и являлось показанием для проведения досрочного родоразрешения. Следовательно, результаты исследования мочевины и креатинина в сыворотке крови показали, что их необходимо использовать при пролонгировании беременности на фоне тяжелой преэклампсии для выявления развития почечной недостаточности и своевременного завершения беременности. Об ухудшении состояния беременных с тяжелой преэклампсией также свидетельствовали показатели коагулограммы, повышение уровня фибриногена, протромбинового индекса и АЧТВ.

Для улучшения маточно-плацентарного кровотока пациенткам 3-а подгруппы проводили коррекцию эндотелиальной дисфункции назначением препаратов L-аргинин в/в капельно, Омега-3 жирных кислот, и препаратов, корригирующих свертывающую систему крови и улучшающие кровоток в маточно-плацентарном звене. Положительным эффектом лечения считали стабильное АД и состояние качества МПП кровотока, отсутствие признаков ухудшения качества МППК, прибавка массы плода при фетометрии, отсутствие признаков СОРП. Уровень протеинурии и лейкоцитурия в динамике снижались у беременных с ИМП. Всем беременным с преэклампсией тяжелой степени проводилось УЗИ фетоплацентарного комплекса с биометрией плода, которое выявило у 7 (11,9%) беременных синдром отставания роста плода (СОРП) 2-3 степени, что также яви-

лось противопоказанием к пролонгированию беременности. Кроме того, при нулевом кровотоке и выраженном СОРП (3 случая – 5,1%) пролонгирование также прекращали и беременную родоразрешали в соответствии с действующим стандартом.

Повторное повышение АД до 160/110 и выше являлось показанием для повторного применения магнезиальной терапии и одновременного родоразрешения у 2-х (3,4%) пациенток. Срок гестации к моменту родов у этих пациенток колебался от 32 до 37 недель, т.е. удалось достичь повышения жизнеспособности плода. Признаки угрожающей эклампсии наблюдались у 4 (6,8%) беременных. Этим пациенткам произведено оперативное родоразрешение, согласно стандарту ведения.

Всего в течение 2-3-х суток проведено экстренное родоразрешение у 10 (17,0%) беременных 3-б группы из 59 беременных с тяжелой преэклампсией. Так из них, на фоне проводимого лечения у 8 (13,6%) беременных появились признаки угрожающей эклампсии. Это явилось показанием для родоразрешения таких женщин в первые 48 часов нахождения в реанимационном отделении. В 4 (6,8%) случаях не было нарушения МППК, поэтому этим женщинам пролонгировали беременность до появления родовой деятельности или повторного повышения АД. Из 12 случаев с признаками СОРП плода в 3-х случаях беременность не пролонгировали, т.к. лечение тяжелой преэклампсии не имело успеха. Индукция родов проведена у 51 женщины с тяжелой преэклампсией при поступлении после лечения и пролонгирования беременности. Были использованы 3 вида индукции родов – простагландином Е, окситоцином и амниотомией. Учитывая, что родовые пути при преэклампсии в основном не подготовлены, для созревания шейки матки предпочтение отдавали простагландину Е, значительно реже применяли индукцию окситоцином или амниотомией. С наступлением родовой деятельности проводили амниотомию для предотвращения повышения АД и проводили обезболивание путем эпидуральной анестезии. Это позволяло благополучно провести роды через естественные родовые пути в 6,5 раз чаще, чем оперативные ($P < 0,01$).

Результатом проведенного лечения, несомненно, являются перинатальные исходы. Только в 3 группе одни роды завершились неонатальной смертностью, при этом вес плода составлял 900грамм. Особое значение для выживаемости является вес новорожденного при рождении. Пролонгирование беременности у женщин 3а-подгруппы, поступавших на прерывание беременности в связи с тяжелой преэклампсией, позволило снизить частоту рождения у них новорожденных с СДР. Это в свою очередь привело к снижению расходов на сурфактант, т.к. новорожденные дети, матери которых получали кортикостероиды до родов по протоколу, в основном рождались в гестационном сроке более 32 недель без признаков СДР, и у них не было показаний для введения сурфактанта в трахео-бронхиальное дерево новорожденного.

Применение сурфактанта показано всем родившимся в сроке гестации более 27 недель и до 32 недель при сохраняющейся дыхательной недостаточности и неэффективности респираторной поддержки на фоне СРАР или при показании к интубации трахеи в родильном зале. Такой подход более эффективен с клиниче-

ской и экономической точки зрения, а главное, способствует повышению выживаемости новорожденного. Всего сурфактант был использован в 6 (10,2%) случаях преждевременных родов с гестационным возрастом 27-32 недели. В основном, это были новорожденные, родившиеся от матерей с тяжелой преэклампсией, роды которых произошли в первые 1-2 суток от поступления; и им проведена профилактика дистресса плода только однократно.

Таким образом, положительный ответ на проводимую терапию позволил провести пролонгирование беременности от 6-10 дней до 1 месяца у 49 беременных. Это, несомненно, имело большое значение для повышения выживания новорожденных, снижения частоты рождения детей с чрезвычайно малой и очень малой массой. Среди новорожденных, родившихся после пролонгирования беременности до 1 месяца (10 детей) частота случаев заболеваемости и длительность госпитализации на втором этапе была снижена почти в 2 раза.

Почти у половины беременных 3-а подгруппы удалось продлить беременность до 2-х недель. Это также привело к повышению выживаемости новорожденных у беременных с преэклампсией. В течение этого срока беременные находились в палате интенсивной терапии и получали лечение, в том числе профилактику СДР плода до 34 недель. Исходы родов также зависели от тактики ведения. Если в 3б подгруппе только одни роды из 10 (10,0%) завершились неонатальной смертностью, то в 3а подгруппе во всех 49 случаях дети рождались живыми с лучшими показателями для выживания. Это, несомненно, являлось результатом проведенного лечения и динамического наблюдения за состоянием беременной с преэклампсией. Это явилось основой для создания алгоритма ведения таких пациенток, отличающегося от существующего стандарта.

Алгоритм ведения беременных с тяжелой преэклампсией или тяжелой степенью гипертензии в условиях перинатального центра

- Перевод беременной в учреждение III-уровня – перинатальный центр
- Оказание первой помощи по стандарту в приемном отделении, установка постоянного в/в катетера.
 - Наблюдение и лечение в реанимационном отделении
 - Обследование на наличие соматических заболеваний и при выявлении – лечение их под контролем терапевта
 - УЗИ мониторинг состояния МППК для определения гестационного возраста, веса плода, выявления нарушений МППК, наличия СОРП и для определения эффективности лечения
 - Профилактика СДР препаратами кортикостероидов (бетаметазон).
 - Контроль функции почек (мочевина, креатинин) и коагулограммой
 - При положительной динамике – перевод в палату интенсивной терапии до родов для дальнейшего лечения и мониторинга состояния матери и плода до жизнеспособного срока.
 - При отрицательной динамике или повторном повышении АД – индукция родов или оперативное родоразрешение.

Создание дополнительных палат интенсивного наблюдения за беременными, поступившими с тяжелой преэклампсией, решение вопроса о возможности пролонгирования беременности до жизнеспособности плода, способствовало значительному улучшению некоторых показателей ФОПЦ.

Так, частота оперативных родов в 2018-2019 гг. в ФОПЦ составляла в среднем 30%, что является допустимым для перинатальных центров, где в основном концентрируется акушерская патология, согласно принципу регионализации. Роды через естественные пути – *per vias naturalis* (PVN) соответственно составили 70% от всех преждевременных родов. При отсутствии родовой деятельности проводили индукцию одним из трех видов: простагландином Е (296 родов - 54,8%), окситоцином (7,6%) или, при готовности родовых путей, проведением амниотомии (27 пациенток - 5%). В нескольких случаях (при антенатальной гибели плода) индукция родов проведена мизопростолом (11 случаев - 2,0%).

В 2018 и 2019 гг. среди поступивших на роды женщин с преэклампсией различной степени и ПРПО преждевременные роды произошли в 69,9%. В двух третях случаев роды произошли через естественные родовые пути, а в одной трети – оперативным путем.

Продолжительность лечения гипертензивных состояний зависела от срока беременности и эффекта проводимой терапии. Наши исследования показали, что рано появившаяся преэклампсия протекает очень тяжело, и пролонгировать её нецелесообразно. Вопрос о родоразрешении при выжидательной тактике ставили при:

- 1) при появлении угрожающих симптомов со стороны матери;
- 2) при нарушении маточно-плацентарного кровотока 3ст;
- 3) при неотложных акушерских осложнениях (ПОНРП, приступ эклампсии и др).

При хронической артериальной гипертензии в основном проводилось лечение основного заболевания совместно с узкими специалистами до жизнеспособного плода. В 2018-2019 гг. Пролонгировали 88,1% беременностей с хронической артериальной гипертензией до жизнеспособного плода. Вместе с тем, при появлении у беременных с преэклампсией осложнений ставили вопрос о родоразрешении.

У беременных с ПРПО и сроком гестации 22-34 недель без гипертензивного синдрома беременность пролонгировали до жизнеспособного плода. Однако около 9% случаев осложнялись появлением признаков хориоамнионита, что являлось показанием к индукции родов. Одна треть преждевременных родов наступали самопроизвольно, около 10% - завершались оперативно путем операции кесарево сечение. Более чем у половины женщин проводилась индукция родов по различным показаниям.

Показаниями для индукции родов явились:

- снижение индекса амниотической жидкости (ИАЖ) менее 10% (по данным УЗИ);
- нарушение маточно-плацентарного кровотока II-III;

- 48 и более часов безводного периода при сроках беременности более 34 недель

- после завершения антенатальной профилактики респираторного дистресс синдрома новорожденных до 34 недель гестации

Среди применяемых методов индукции родов на первом месте стоит применение простагландина E₂, реже применяли окситоцин. Для исключения травматизма недоношенного новорожденного с очень низкой массой или при развитии акушерских осложнений проводили оперативное родоразрешение.

Применяемые в ФОПЦ перинатальные технологии заключались в следующем: раннее применение СРАР, если есть самостоятельное дыхание, то использование Т-системы с ручной вентиляцией для адекватной поддержки вдоха и выдоха – профилактика баротравмы и ателектотравмы легких новорожденного, транспортировка в инкубаторе с непрерывным СРАР. Эндотрахеальное введение сурфактанта методом LISA или другими неинвазивными методами на фоне СРАР.

Таким образом, своевременная госпитализация беременных с тяжелой преэклампсией в перинатальный центр позволяет обследовать беременную, своевременно определить состояние беременной, возможность пролонгировать беременность до жизнеспособности плода или ставить вопрос о родоразрешении. Положительный эффект от лечения беременных с тяжелой преэклампсией достигается чаще у пациенток с соматической патологией, которая поддается коррекции. При этом чаще это были беременные с ИМП. Это приводит к снижению АД, стабилизации состояния беременной, улучшению качества кровотока в фетоплацентарном комплексе. Даже при отсутствии улучшения качества кровотока, не наступает его ухудшения, что позволяет пролонгировать беременность. Своевременное выявление соматической патологии у беременной и ее лечение будет способствовать снижению частоты развития тяжелой степени преэклампсии.

В пятой главе диссертации «Сравнительный анализ эффективности применения перинатальных технологий в условиях перинатального центра за последние годы» приведен анализ результатов внедрения новых перинатальных технологий в ФОПЦ.

Был предложен алгоритм мероприятий по снижению перинатальных потерь и осложнений при преждевременных родах.

Анализ полученных результатов и статистических данных позволил выявить их улучшение по сравнению с данными предыдущих лет и оценить эффективность проводимых мероприятий по улучшению показателей перинатальной заболеваемости и смертности при преждевременных родах.

Для сравнения взяты данные по ФОПЦ 2013 и 2014 года. Показатель перинатальной заболеваемости составил в 2018 году 24%, а в 2019-26%, преимущественно за счет детей, родившихся с очень малой и чрезвычайно малой массой тела (рис.3).

Отмечается снижение по годам неонатальной смертности (от 11,7 до 3,9%) и в том числе ранней неонатальной смертности (от 10,2 до 2,6%), что связано с рождением более подготовленного к родам плода, благодаря пролонгированию беременности и снижению частоты СДР при рождении.

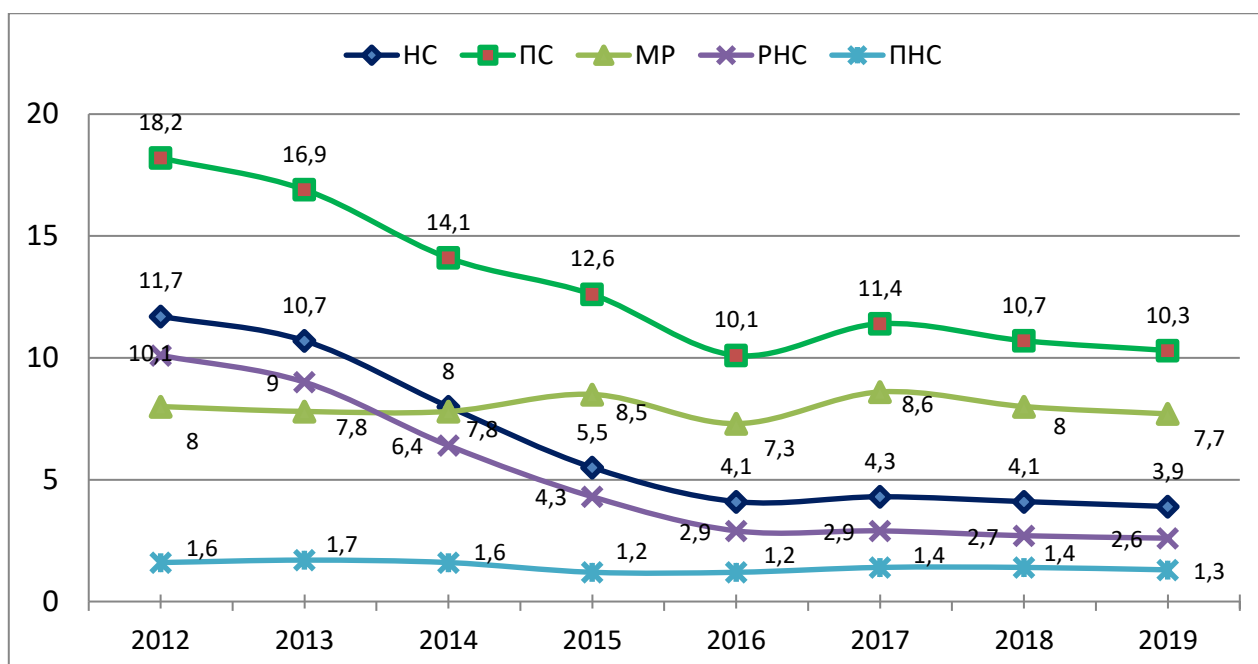


Рис. 3. Динамика показателей перинатальной и неонатальной смертности в ФОПЦ

где НС - неонатальная смертность, ПС - перинатальная смертность, МР – мертворождения, РНС - ранняя неонатальная смертность, ПНС - поздняя неонатальная смертность.

Вместе с тем поздняя перинатальная смертность заметно не снижается (1,6 – 1,3), т.к. частота ее связана с наличием у новорожденного какой-либо врожденной патологии или внутриутробного инфицирования плода. Проведение пролонгирования беременности и лечение соматической патологии способствует постепенному снижению частоты мертворождений (МР) (рис.4). Однако колебания частоты МР по годам незначительны (8,0 - 7,7).

Нами проведено определение эффективности современных технологий при преждевременных родах. За последние годы по данным ФОПЦ отмечено снижение частоты рождения недоношенных детей с признаками СДР (табл.2). Это позволило не проводить введение дорогостоящего препарата сурфактанта в трахео-бронхиальное дерево при рождении или в первые сутки. Отмечается снижение частоты ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных от СДР (от 20,4 до 10,2). Изучение причин развития СДР показало, что это были случаи поступления женщин с начавшейся родовой деятельностью. В таких случаях даже введение сурфактанта не всегда приводило к положительному эффекту. Поэтому своевременная госпитализация беременной с угрозой преждевременных родов в перинатальный центр способствует пролонгированию беременности до жизнеспособного плода и сокращает расходы на дорогостоящие препараты и уход за недоношенным новорожденным, уменьшает количество койко-дней.

Обеспечение перинатальных центров сурфактантом позволило нам повысить эффективность лечения СДР новорожденных. Применение сурфактанта проводилось нами всем родившимся недоношенным детям в сроках гестации 27–32 недели при сохраняющейся дыхательной недостаточности и

неэффективности респираторной поддержки на фоне СРАР или, при появлении показаний, при проведении интубации трахеи в родильном зале.

Таблица 2

Эффективность антенатальной профилактики СДР и новых технологий

	Общая заболеваемость		Из них родившиеся от ПР с СДР		Умершие от РДС	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015 г.	1174	19,4±0,51	726	61,8±1,4	148	20,4±1,5
2016 г.	1166	18,9±0,50	653	56,0±1,5*	87	13,3±1,3**
2017 г.	1321	21,8±0,53**	738	55,9±1,4**	93	12,6±1,2**
2018 г.	1540	24,0±0,53***	702	45,6±1,3***	82	11,7±1,2***
2019 г.	1736	26,1±0,54***	925	53,3±1,2***	94	10,2±1,0***

Примечание: *- достоверно по сравнению с показателями 2015 г. (*-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001)

Такая тактика является более эффективной с клинической и экономической точки зрения, а главное, выживаемости новорожденного. Однако, несмотря на введение сурфактанта, менее 2% новорожденных все же умерли. Основной причиной смерти являлись недоношенность и чрезвычайно малая масса тела новорожденного.

Результатом проведенного лечения, несомненно, являются перинатальные исходы. Особое значение для выживаемости является гестационный срок и вес новорожденного при рождении. Изучение показателей выживания недоношенных новорожденных по годам показало, что увеличивается процент выживших детей среди новорожденных массой от 500 до 1499 грамм (3,7 и 61,0% соответственно), за счет снижения умерших детей. Также стабильно повышается показатель выживания детей с массой 1500 грамм (90,9%) до 2500 и более (99,3%). Это также указывает на эффективность проведенного лечения по пролонгированию беременности и по лечению соматических заболеваний.

Улучшение показателя выживаемости в ФОПЦ среди детей с чрезвычайно малой массой и очень малой массой при рождении удалось достичь, благодаря внедрению перинатальных технологий по стандарту (рис 4). Эти показатели значительно улучшились за 2018 – 2019 годы в результате расширения возможностей при пролонгировании беременности у беременных с гипертензивными состояниями, в том числе и с тяжелой степенью преэклампсии.

Применение современных перинатальных технологий при подготовке к родам, оказание первичной помощи недоношенным новорожденным с очень малой и малой массой при рождении позволило повысить процент выживаемости среди них за последние годы. Процент их выживаемости составил в 2019 году 70,0 (61,2 в 2013г.) и 97,0% (90,9% в 2013 г.) соответственно.

Применение кортикостероидов для профилактики дистресса новорожденного и введение сурфактанта способствовало снижению перинатальной смертности (ПС), и в том числе ранней (РПС) и поздней перинатальной смертности (ППС).

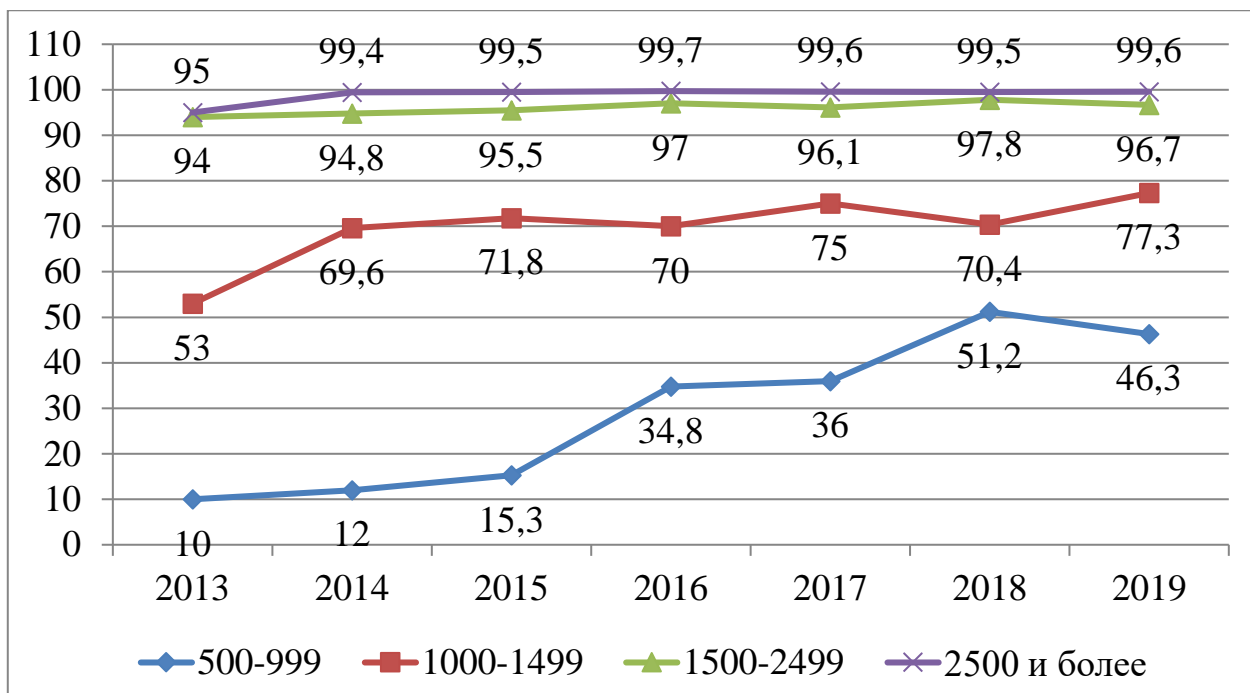
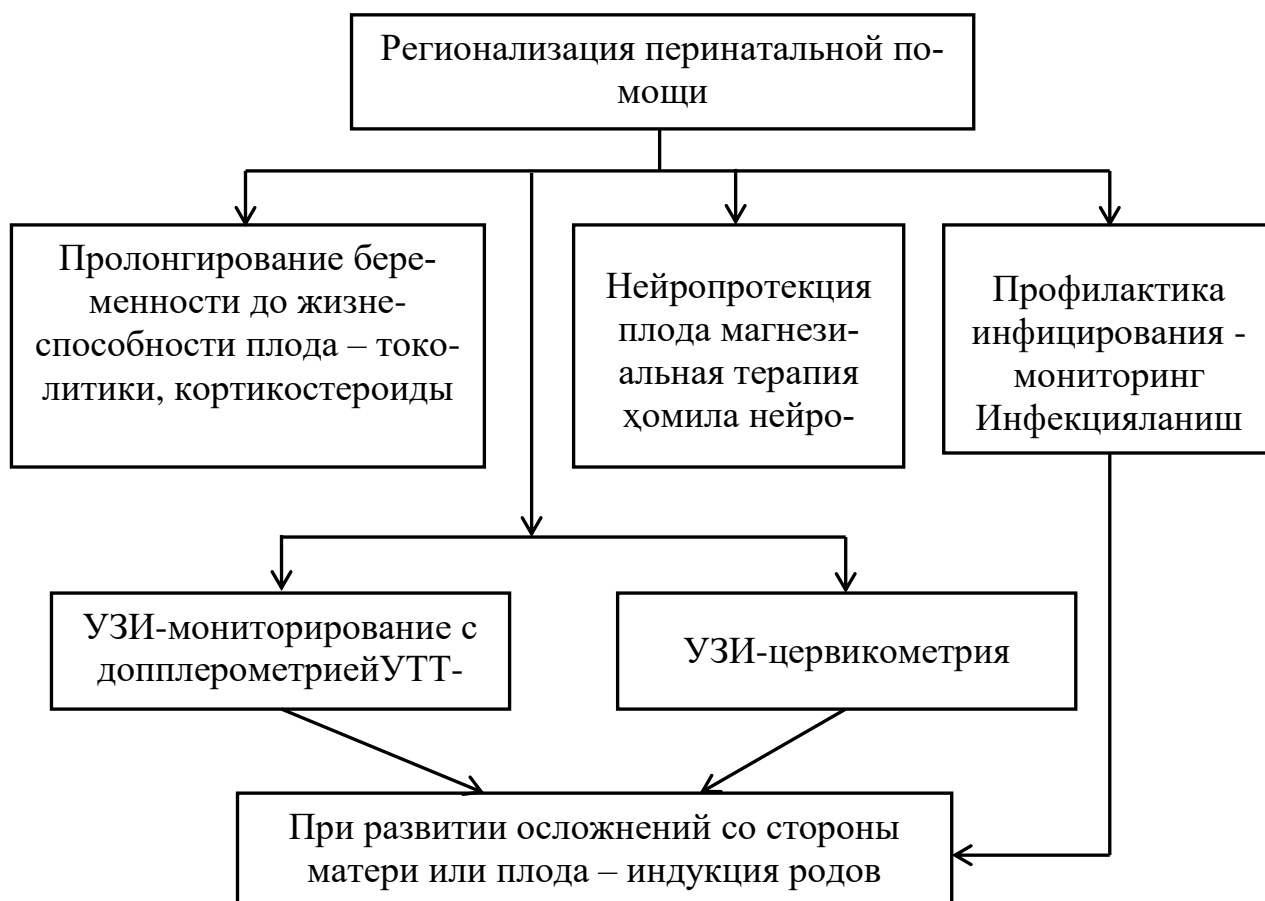


Рис. 4. Изменение показателей выживаемости среди новорожденных в зависимости от весовой категории в результате внедрения перинатальных технологий

На основании проведенных исследований и полученных результатов нами разработан алгоритм ведения беременных с угрозой преждевременных родов и/или преждевременным разрывом плодных оболочек



Мероприятия в родильном зале для улучшения состояния недоношенных новорожденных.

- Роды в теплом с температурой воздуха не менее 25град.С. в род.зале, профилактика гипотермии.
- Отсроченное пережатие пуповины.
- При рождении новорожденного с чрезвычайно малой массой тела – обертывание полиэтиленовой пленкой.
- Применение сурфактанта по показаниям
- Неинвазивная респираторная поддержка
- Применение транспортноокювеза.
- Раннее парентеральное питание и нутриентная поддержка новорожденных.
- Надлежащий уход за недоношенными новорожденными.

Подсчет расходов на выхаживание недоношенного новорожденного, родившегося с признаками и без признаков СДР, и расчёт экономической эффективности от внедрения предложенного алгоритма ведения беременных с ПРПО и преждевременными родами проводился по формуле.

Расчёт экономического эффекта от снижения стоимости лечения (сокращения сроков пребывания больного в стационаре)

Расчёт производился по формуле:

$$\text{Э эф.} = [(M_1 - M_2) + (C_1 - C_2) + (B + E) \times 0,6] \times H - 0,15 \times K$$

где $M_1 - M_2$ снижения стоимости лечения беременной и недоношенного новорожденного с пролонгированием беременности и без пролонгирования

$\text{Э}_{\text{эф}} = [(1\ 926\ 920 - 913\ 120) + (30 - 10) + (25\ 600 + 10\ 200) \times 0,6] \times 95 - 0,15 \times 300\ 000 = 98\ 308\ 500$ сум, где:

$C_1 - C_2$ – снижения длительности пребывания женщины и недоношенного новорожденного в стационаре при ведении по алгоритму;

B - стоимость одного койко- дня конкретного учреждения; - т.е. в ФОПЦ
 $B = 25\ 600$ сум

E – средний размер пособия по Временной утрате трудоспособности (сум/день);- 10200 сум

$0,6$ - коэффициент работающих (без учета несовершеннолетних, пенсионеров и домохозяек);

H – масштаб внедрения;
($H = 95$ больных)

$0,15$ - нормальный коэффициент эффективности;

K -затраты на разработку данного исследования

Следовательно, экономическая эффективность от снижения затрат на лечения после внедрения перинатальных технологий (лечение и обследование ма-

тери), уход за недоношенным новорожденным по предложенному алгоритму ведения составил 1 млн 50 тысяч сум на одного новорожденного.

Медико-социальная значимость современных перинатальных технологий в снижении перинатальной и младенческой смертности зависит от длительности лечения, увеличения длительности пролонгирования беременности до жизнеспособности плода, что позволяет также повысить выживаемость недоношенных новорожденных в зависимости от гестационного возраста и веса новорожденного при рождении.

Благодаря улучшению перинатального ухода за беременными с угрозой преждевременных родов и ПРПО, пролонгированию беременности до жизнеспособности плода в ФОПЦ улучшились показатели выживаемости недоношенных новорожденных (рис.2). При этом, наилучшие показатели отмечены в весовой категории 1500-2499 грамм и 2500 грамм и более. Это связано с эффективностью применяемых новых перинатальных технологий. Это привело к снижению расходов на медикаменты, уменьшению койко-дней по выхаживанию таких новорожденных на втором этапе выхаживания.

Повышение выживаемости недоношенных новорожденных несомненно имело и социальный эффект, т.к. это способствовало укреплению семьи, улучшению качества жизни женщины.

Таким образом, показатель перинатальной смертности с 2013 года снизился с 59 промили до 49,3 в 2019 году и стабилизировался за последние 3 года. Показатель неонатальной смертности снизился за последние 7 лет с 43 промили до 19,3 промили за счет повышения выживаемости недоношенных.

Результаты проведенного исследования позволили широко внедрить мониторинг МППК для контроля тактики ведения беременности при преэклампсии, при ПРПО без родовой деятельности у беременных с преждевременными родами, при внебольничной пневмонии, осложнившейся гипертензивным синдромом. Это позволило также изменить и дополнить местные протоколы ведения таких беременных в отделении патологии беременных, в родильных залах и в палатах интенсивной терапии ФОПЦ в 2018-2019гг. В ФОПЦ были развернуты дополнительные палаты, находящиеся рядом с отделением реанимации, для наблюдения и постоянного мониторинга состояния беременных с тяжелой преэклампсией.

Таким образом, обследование и наблюдение в условиях перинатального центра за беременными с тяжелой преэклампсией позволило пролонгировать этим женщинам беременность до жизнеспособного плода. Анализ показателей перинатальной заболеваемости и смертности недоношенных новорожденных показал, что применение новых технологий позволило за последние годы снизить частоту заболеваемости, в частности, развития СДР и одновременно привело к снижению смертности от СДР недоношенных новорожденных. УЗИ-мониторинг состояния плода и кровотока в ФПК позволяют определить возможности и длительность пролонгирования беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Частота перинатальной заболеваемости и смертности у женщин с преждевременными родами до внедрения современных перинатальных технологий составляла 78-69% за счет рождения детей с очень низкой и чрезвычайно низкой массой тела.

2. Наиболее значимыми факторами риска развития самопроизвольных преждевременных родов у обследованных пациенток явились соматические заболевания, отягощенный акушерский анамнез, инфекции, преждевременный разрыв плодных оболочек, а при индуцированных преждевременных родах – тяжелая преэклампсия, обусловленная патологией мочевыводящих путей, анемией, патологией щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы и др.

3. Мониторинг состояния плода, характера маточно-плацентарно-плодового кровотока путем доплерометрии и проведение цервикометрии позволяют определить возможность пролонгирования беременности до жизнеспособности плода, а в случае ухудшения кровотока и развития СОРП ставить вопрос о досрочном родоразрешении.

4. Принцип регионализации перинатальной помощи способствует лечению и снижению тяжелых осложнений у матери путем постоянного мониторинга общего состояния, гемодинамики, лабораторных и эхографических показателей в палатах интенсивной терапии до родов в условиях перинатального центра. Применение новых перинатальных технологий способствовало пролонгированию беременности, снижению перинатальной заболеваемости и смертности детей с очень низкой и чрезвычайно низкой массой тела. За последние 5 лет в ФОПЦ это привело к снижению перинатальной смертности более чем в 1,6 раза, и в том числе ранней неонатальной смертности - в 4 раза.

5. Применение новых технологий и улучшение перинатальных показателей способствует снижению экономических затрат, в среднем более 1 млн 50 тыс. сум на 1 беременную с недоношенным новорожденным, и улучшению медицинских (повышение выживаемости) и социальных показателей (улучшение качества жизни семьи).

**SCIENTIFIC COUNCIL No DSc.04 / 30.12.2019.Tib.29.01
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT
THE TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

SUYARKULOVA MADKHIYA ERKINOVNA

**IMPROVEMENT OF PERINATAL CARE IN PREVENTION
OF PREMATURE LABOR, ITS EFFICIENCY IN REDUCING
REPRODUCTIVE LOSSES**

14.00.01 – Obstetrics and gynecology

**DISSERTATION ABSTRACT
of doctor of philosophy (PhD) on medical science**

TASHKENT – 2021

The topic of the doctoral dissertation (PhD) was registered at the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2018.1.PHD/ Tib538

The doctoral (PhD) dissertation has been prepared at the Tashkent medical academy.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of Scientific Council www.tashpmi.uz and on the website of «Ziyonet» information and educational portal www.ziyonet.uz

Scientific leader: Babadjanova Guljahon Sattarovna
Doctor of medical sciences, professor

Official opponents: Kattahodjaeva Mahmuda Hamdamovna
Doctor of medical sciences, professor

Karimova Feruza Djavdatovna
Doctor of medical sciences, professor

Leading organization: Republic Specialized Scientific and Practical
Medical Center of Obstetrics and gynecology

The defense of the doctoral dissertation will be held on 22 August 2020, at 11.00 at the meeting of the Scientific Council No DSc.04 / 30.12.2019.Tib.29.01 at Tashkent Pediatric Medical Institute (Address: Bogishamol str. 223, Yunusobod district, 100140 Tashkent Tel./fax: (+99871) 262-13-14, e-mail. mail@tashpmi.uz).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information and Resource Center of the Tashkent Pediatric Medical Institute. Address: 100140, Tashkent, Yunusobod district st. Bogishamol, 223. Tel./fax: (+99871) 262-33-14.

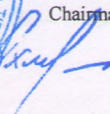
The abstract of the dissertation was distributed on 20 August 2021.
(Registry record No. 122 dated 25 August 2021).



A.V. Alimov
Chairman of the Scientific Council
on Award of Scientific Degree,
Doctor of Medicine, professor



K.N. Khaitov
Scientific Secretary of the Scientific Council
on Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medicine, professor



D.I. Ahmedova
Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council
on Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medicine, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research was to study the role of modern perinatal technologies in reducing the frequency of preterm birth, perinatal morbidity and reproductive losses in pregnant women at risk and determine their effectiveness.

The object of the research. Retrospectively studied 560 birth histories of women arriving at the Fergana Regional Perinatal Center (FRPC). Prospective studies of 209 pregnant women with preterm labor and 35 healthy pregnant women admitted to the maternity ward FRPC for the period of 2018-2020 were carefully examined.

The scientific novelty of the research work is as follows:

for the first time, a new perinatal technology was developed and introduced to prolong pregnancy in women with severe preeclampsia until the viability of the fetus by monitoring the state of the pregnant woman and the fetus in the conditions of the perinatal center;

for the first time, the importance of the introduction of modern perinatal technologies in the management of spontaneous premature birth and early delivery in severe preeclampsia, which led to a decrease in the frequency of perinatal diseases and perinatal losses, was substantiated;

an effective clinical and diagnostic algorithm for the examination and management of pregnant women with the threat of premature birth and severe preeclampsia until the viability of the fetus has been proposed;

the effectiveness of the introduction of modern perinatal technologies in the perinatal centers of the republic in reducing the frequency of birth of children with extremely low body weight and improving the quality of life of women has been proved.

Implementation of the research results. Based on the scientific results obtained on the improvement of perinatal technologies, methodological recommendations were developed "The use of modern perinatal technologies in preterm labor" (conclusion No. 8n-r / 437 of the Ministry of Health dated October 21, 2019). The use of this methodological recommendation contributed to the prolongation of pregnancy in premature birth, premature rupture of membranes, severe preeclampsia and a decrease in neonatal mortality, and improved survival of infants with very low and extremely low birth weight. The results of scientific research have been introduced into the practice of the Andijan and Namangan perinatal centers (conclusion No. 8n-d / 202 of November 26, 2020).

Structure and volume of the dissertation. The thesis consists of an introduction, five chapters, conclusion, list of used literature. The volume of the thesis is 123 pages.

ЭЪЛОН КИЛИНГАН ИШЛАР РУЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I булим (I часть; I part)

1. Babadjanova G.S., Urinbaeva N.A., Suyarkulova M.E., Abdullaeva L.M. The role of treatment of infection generic ways of pregnant women in the prevention of preterm birth.// Giornale Italiano di Ostetrica e Ginecologia – Vol.XXXVI - №6, nov-dec, 2014 – P. 536-538.

2. Babadjanova G.S., Urinbaeva N.A., Suyarkulova M.E. The use of surfactant in the treatment of out stationary pneumonia pregnant and its influence on the development of distress in preterm infants//GiornaleItaliano di Ostetrica e Ginecologia – Vol.XXXVI - №6, nov-dec, 2014 – P. - 587-589

3. Babadjanova G.S., Suyarkulova M.E. Efficiency of introduction of modern technologies is in perinatal center //GiornaleItaliano di Ostetrica e Ginecologia – Vol.XXXVIII - №1, nov-dec, 2016 – Bimestrale.

4. Эркабаев А.Э.,Суяркулова М.Э. Перевязка внутренних подвздошных артерий как основной хирургический гемостаз при тяжелых акушерских кровотечениях //Вестник экстренной медицины, 2016, IX (2) С. 122-123

5. Исмаилова Ш.Т., Джаббарова Ю.К., Суяркулова М.Э. Железодефицитная анемия у беременных как фактор риска развития преэклампсии // Ж.теоретической и клинической медицины, 2019, №5. – С.52-53

6. Суяркулова М.Э., Бабаджанова Г.С. Пути совершенствования перинатальной помощи в профилактике преждевременных родов и перинатальнкх потерь // Тиббиётда янги кун, 2021, №3(35). – С.40-49

II булим (II часть; IIpart)

7. Babadjanova G.S., Urinbaeva N.A., Suyarkulova M.E., Abdullaeva LM. The role of treatment of infection generic ways of pregnant women in the prevention of preterm birth. - Abstract of 16th World congress of human reproduction, 18-21 march, 2015, P.196 – poster presentation.

8. Babadjanova G.S., Urinbaeva N.A., Suyarkulova M.E.The use of surfactant in the treatment of outstationary pneumonia pregnantan ditsinfluence on the development of distress in preterm infants. - Abstract of 16th World congress of human reproduction, 18-21 march, 2015, P.195– poster presentation.

9. Babadjanova G.S., Suyarkulova M.E. Efficiency of introduction of modern technologies is in perinatal center. – Abstract of 17th World congress ofgynecological endocrinology – 2-5 march, 2016. Italy, P. 218– poster presentation.

10. Бабаджанова Г.С.,Суяркулова М.Э. Эффективность применения новых технологий ухода за недоношенными новорожденными в Ферганском перинатальном центре / тезисы Матер. Междунар. конференции «Мать и дитя, 2014», Москва, сент.2014г. С.356-357.

11. Бабаджанова Г.С.,Уринбаева Н.А., Суяркулова М.Э. Современные технологии в профилактике преждевременных родов / тезисы Матер. Междунар.конференции «Мать и дитя, 2014», Москва, сент.2014г. С.15-16
12. Бабаджанова Г.С., Суяркулова М.Э. Муддатидан олдинги туғруқда замонавий технологияларни қўллаш ва перинатал ёрдам. –Методик кулланма, Тошкент, 2019, 29 б.
13. Бабаджанова Г.С.,Суяркулова М.Э. Применение современных технологий и перинатальная помощь при преждевременных родах. -Методические рекомендации. Ташкент, 2019, 29с.
14. Суяркулова М.Э., Облаёрова М.И. Преждевременные роды. Этиология и патогенез. Методические рекомендации. - Фергана, 2019, 24с.