

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

БАБАЖАНОВА ШАХИДА ДАДАЖАНОВНА

ОНАЛАР ЎЛИМИНИ КАМАЙТИРИШДА ТАШКИЛИЙ
ВА ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

14.00.33 – Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент
14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2022

Фан доктори (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора наук (DSc)

Contents of Dissertation Abstract of the Doctor of Science (DSc)

Бабажанова Шахида Дадажановна

Оналар ўлимни камайтиришда ташкилий
ва даволаш-диагностик технологияларни такомиллаштириш..... 3

Бабажанова Шахида Дадажановна

Совершенствование организационных и лечебно-диагностических
технологий для снижения материнской
смертности..... 37

Babazhanova Shakhida Dadazhanovna

Improvement of organizational and treatment-diagnostic technologies to
reduce maternal mortality..... 71

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 74

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

БАБАЖАНОВА ШАХИДА ДАДАЖАНОВНА

ОНАЛАР ЎЛИМИНИ КАМАЙТИРИШДА ТАШКИЛИЙ
ВА ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

14.00.33 – Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент
14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2022

Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.4.DSc/Tib266 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме) веб-саҳифанинг www.tashpmi.uz ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталининг www.ziynet.uz манзилларига жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчилар: **Асадов Дамин Абдурахимович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Джаббарова Юлдуз Касимовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Ибрагимов Азиз Юлдашевич**
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Негмаджанов Баходур Болтаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Юлдашев Усман Юлдашевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **Тошкент тиббиёт академияси**

Диссертация ҳимояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «__» _____ куни соат__ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100140, Тошкент шаҳри Юнусобод тумани Боғишамол кўчаси 223-уй. Тел./факс: (+99871) 262-33-14, e-mail:mail @tashpmi.uz).

Диссертация билан Тошкент педиатрия тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№__ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100140, Тошкент шаҳри Юнусобод тумани Боғишамол кўчаси 223-уй. Тел./факс: (+99871) 262-33-14).

Диссертация автореферати 2022 йил «__» _____ куни тарқатилди.
(2022 йил «__» _____ даги ____ рақамли реестр баённомаси).

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, доцент

Д. И. Ахмедова

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

КИРИШ (докторлик диссертацияси (DSc) аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда оналар ўлимини камайтириш, унинг сабабларини ўрганиш ва олдини олишга алоҳида аҳамият қаратилмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра «...дунёда ҳар куни ҳомиладорлик ёки туғруқ билан боғлиқ асоратлардан 810га яқин аёл, ҳар йили 295 000 аёл вафот этмоқда; оналар ўлимининг аксарияти - 94% - паст ва қуйи ривожланишга хос мамлакатларда (low and lower middle) рўй бермоқда, ривожланган мамлакатларга эса улардан атиги 0,5% тўғри келади...»¹. Оналар ўлими кўрсаткичи (ОЎК) дунё миқёсида 100 минг тирик туғилган чақалоқларга нисбатан 211та оналар ўлимини ташкил этмоқда, Суб-Саҳара Африкасида ОЎК 542 ни, Лотин Америкасида 73 ни, Жанубий Осиёда 163 ни, Шимолий Америкада 18 ни, Шарқий Осиёда 69 ни, Ғарбий Европада эса ОЎК 100 минг тирик туғилган чақалоқларга бор йўғи 5 та оналар ўлимини ташкил этади. 2015 йилда Бирлашган Миллатлар Ташкилоти (БМТ) саммитида Барқарор ривожланиш мақсадлари қабул қилинди, бу мақсадлардан бири - 2030 йилгача оналар ўлимини учдан бирга камайтиришдир, шунинг учун, оналар ўлимини олдини олиш учун ташкилий, диагностика ва даволаш комплекс чора-тадбирларни такомиллаштириш замонавий акушерликнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Жаҳонда оналар ўлимига олиб келувчи омилларни аниқлаш, оналар ўлимининг асосий сабаблари бўлган туғруқдан кейин қон кетиш, гипертензив ҳолатлар ва септик асоратларни ташхислаш, даволаш ва акушерлик долзарб ёрдам усулларини такомиллаштиришга бағишланган бир қанча илмий тадқиқотлар амалга оширилиб келинмоқда. Бу борада, акушерлик ёрдам сифатини ошириш, оналар ўлими ва гўдакларлар ўлимини камайтириш, оналар ўлимида ташкилий ва тиббий омилларнинг аҳамиятини аниқлаш, акушерликда қон кетишларига боғлиқ критик ҳолатларнинг ривожланиш хавфини комплекс баҳолаш, ҳомиладор ва туққан аёлларда юзага келадиган асоратларни эрта ва аниқ ташхис усуллари ва даволаш йўллари ишлаб чиқиш, ҳомиладорликни юритишнинг клиник ва ташкилий ёндошувларини ишлаб чиқиш ҳамда керакли профилактик тадбирларини белгилаш соҳа мутахассислари олдида турган долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Мамлакатимизда аёллар саломатлигини мустаҳкамлаш, хавфсиз оналикни таъминлаш, жаҳон стандартларига асосланган перинатал ёрдам тизимини такомиллаштириш, акушерлик ёрдам сифатини ошириш бўйича кенг қамровли ислохотлар амалга оширилмоқда. Мамлакатимизда «... репродуктив ёшдаги ва ҳомиладор аёллар, болалар учун юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш, перинатал марказларни зарур тиббий техника ва буюмлар билан жиҳозлаш, уларни малакали кадрлар

¹ Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.

билан таъминлаш...»² каби устувор вазифалар белгиланган. Бу борада аёлларга тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янги босқичга кўтариш, оналар ўлими асосий сабаблари бўлган қон кетиш, гипертензив ҳолатлар ва туғруқдан кейинги септик асоратларни олдини олиш, ташкилий, диагностик ва даволаш усуллари ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш каби тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги ПФ-60-сон Фармони, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ - 5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг «2022-2026 йилларда оналик ва болалиқни муҳофаза қилишни кучайтириш тўғрисида» 2022 йил 25 апрелдаги ПҚ-216-сон қарори 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.

Диссертация мавзуси бўйича халқаро илмий тадқиқотлар шарҳи³.

Оналар ўлимига олиб келувчи омилларни ўрганиш ва оналар ўлимини олдини олиш, шу билан бирга, акушерликда қон кетиш, преэклампсия, сепсисда кўрсатилаётган ёрдам сифатини оширишга қаратилган тадқиқотлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасаларида, шу жумладан, University of Oxford (Буюк Британия), CDC (АҚШ), University of British Columbia, (Канада), University of Toronto (Канада), North Middlesex University Hospital (Буюк Британия), Santa Maria University Hospital (Португалия), University of California (АҚШ), University of Strasbourg (Франция), University in Rohtak (Хиндистон), Hospital Universitario CEMIC (Аргентина), Sakakibara Heart Institute (Япония), Ankara University (Туркия), академик В.И. Кулаков номидаги акушерлик, гинекология ва перинатология

2 Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги ПФ-60-сон Фармони

3 Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи: <http://oxford.university-guides>, <https://www.cdc.gov/>, <https://www.ubc.ca/>, <https://www.utoronto.ca/>, <https://www.northmid.nhs.uk/>, <http://www.chln.pt/>, <https://www.universityofcalifornia.edu/>, <https://en.unistra.fr/>, <https://mdu.ac.in/>, <https://www.cemic.edu.ar/>, <https://www.sakakibara-hp.com/>, <https://www.ankara.edu.tr/>, <https://ncagp.ru/>, <https://www.akusherstvo.uz/>, <https://tashpmi.uz/>, www.pubmed, www.sciencedirect.com, www.cochrane.org, www.rcog.org.uk, www.acog.org, www.medline.ru, www.ncbi.nlm.nih. ва бошқа манбалар асосида ишлаб чиқилган.

илмий маркази (Россия), Республика акушерлик ва гинекология ихтисослашган илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент педиатрия тиббиёт институтида (Ўзбекистон Республикаси)да олиб борилмоқда.

Жаҳонда оналар ўлимини олдини олиш учун ташкилий, диагностик ва даволаш усуллари такомиллаштириш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқотлар асосида қатор натижалар олинган, жумладан: оналар ўлимини конфиденциал таҳлил қилиш тартиби ишлаб чиқилган (University of Oxford, UK); ўлимга сабаб бўлган туғруқдан кейин қон кетишининг 86,8% ҳолатларида оналар ўлимини олдини олиш мумкин эканлиги исботланган (Sakakibara Heart Institute, Japan); ёши 35дан ошган аёлларда туғруқ билан боғлиқ асоратлар кўпайиши аниқланган (University of British Columbia, University of Toronto, Canada); кам ва ўрта даромадли давлатларда йўлдош бачадонга ўсиб кирганда амалиёт техникаси нотўғрилиги ва хирург касбий салоҳияти етарли эмаслиги 87% да оналар ўлимига олиб келиши кўрсатиб берилган (Hospital Universitario CEMIC, Argentina); қора танлилар орасида оналар ўлими оқ танлиларга нисбатан 3 баравар юқорилиги тиббий ёрдам олиш имкониятидаги муаммолар, кўрсатилган акушерлик ёрдам сифати, аёлларда сурункали касалликлар мавжудлиги билан боғлиқ эканлиги исботланган (CDC, USA); туғруқдан кейин қон кетишларда бачадонда компрессион гемостаз усуллари қўллаш массив қон кетиш олдини олиши иботланган (академик В.И. Кулаков номидаги акушерлик, гинекология ва перинатология илмий маркази, Россия); акушерликда қон кетишда қон хажмини ўз вақтида тўлдириш оналар ўлимини камайтиришида ахамияти кўрсатилган (Республика акушерлик ва гинекология ихтисослашган илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон).

Дунёда акушерликдаги қон кетиш, гипертензив ҳолатлар ва перипартал сепсисда оналар ўлимини қисқартириш, ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда аёлларга тиббий ёрдам сифатини ошириш бўйича қатор, жумладан, қуйидаги устивор йўналишларда илмий-тадқиқот ишлари олиб борилмоқда: туғруқдан кейин массив қон кетишни олдини олиш усуллари такомиллаштириш; бачадонга йўлдош ўсиб кирганда орган сақлаш амалиётларини ишлаб чиқиш; преэклампсия ҳолатларида туғруқ асоратларини ва перинатал касалланиш, ногиронлик ва ўлим ҳолатларини камайтиришга қаратилган тадбирларни такомиллаштириш; генитал сепсис ҳолатларда эндоскопик усуллар ёрдамида ташхис қўйиш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш; оналар ўлимида ижтимоий-гигиеник ва тиббий омилларнинг ахамиятини аниқлаш; критик ҳолатдаги ҳомиладорлар ва туққан аёлларни олиб боришнинг клиник ва ташкилий ёндошувларини ишлаб чиқиш ҳамда керакли профилактик тадбирлар бўйича самарали дастурларни яратиш.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти 2004 йилда олдини олиш мумкин бўлган оналар ўлимини йўқ қилишга қаратилган стратегияларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш лозимлигини таъкидлаб, оналар ўлимини конфиденциал таҳлил қилиш, ва шу билан бирга, «аранг тирик қолган», «near-miss» - критик ҳолатлар аудитини

Ўтказишни таклиф этди. Ўз мамлакатадаги оналар ўлимини ва критик ҳолатларни конфиденциал аудити асосида ўлимга олиб келувчи омилларни аниқлаб, уларни олдини олиш бўйича ишлаб чиқилган тавсиялар тиббий ёрдам сифатини ошириши кўрсатилган замонавий илмий мақолалар мавжуд (Kumar M. S. et al., 2022; Lewis G. et al., 2019; Mansuri F., Mall A., 2019; Telmo Henrique Barbosa de Lima. et al., 2019; Lazzerini M. et al., 2018.). Акушерликда қон кетиши оналар ўлими ва оналар оғир касалликлари асосий сабаби эканлиги аниқланган (Zhang XQ, Chen XT, 2021; Suarez S, Conde-Agudelo A, 2020; Kallianidis A. F., Maraschini A., Danis J., et al. 2020; Adanikin AI, Umeora OUI., 2019; Nuque S., Roberts I., 2018.). Ўнлаб йиллар давомида туғруқдан кейинги қон кетишни тўхтатишда консерватив чоралар самара бермаса, ягона хирургик даво гистерэктомия эди, сўнгги ўн йилликда акушерлик амалиётида гистерэктомияга алтернатива сифатида органларни сақлаш операциялари жорий этилиши таклиф этилган (Moleiro M.L. et al., 2022; Finlayson K, Vogel JP, 2021; Palacios-Jaraquemada J.M. et al., 2020). Йўлдошнинг бачадонга ўсиши оналар ўлими хавфининг 18 баравар ошишига олиб келиши туфайли, жиддий акушерлик муаммосига айлангани аниқланди (Fonseca A, Ayres de Campos D. et al., 2021; Morlando M. et al., 2020г., Husseina Ahmed M. et al., 2018).

МДХ давлатлари олимларининг илмий тадқиқотларида бачадон балон тампонадаси туғруқдан кейин қон тўхтатишда самарали эканлиги кўрсатилди (Кукарская Е.Ю., 2019; Баринов С.В. ҳаммуал. билан 2019). Йўлдош бачадонга ўсиб кирганида умумий ён бош, ички ён бош ёки бачадон артериялари окклюзияси қон кетишни камайтириши ва орган сақлаш амалиётлари бажарилишига ёрдам бериши аниқланган (Шмаков Р.Г. ҳаммуал. билан 2021; Курцер М.А. ҳаммуал. билан 2019; Бреслав И.Ю. ҳаммуал. билан 2019). Акушерлик перитонитлар ҳозирги замонда кўпроқ кам сиптомли кечиш билан тавсифланиши ва бу ҳолат ташхислаш ва даволашни кечикишига сабаб бўлиши кўрсатилган (Глухов Е.Ю. ҳаммуал. билан 2021; Иванников Н.Ю. ҳаммуал. билан 2019; Апресян С.В. ҳаммуал. билан 2019).

Ўзбекистонда кейинги ўн йиллар давомида оналар ўлими муаммоси кўпчилик тадқиқотчилар ва соғлиқни сақлаш ташкилотчиларини ишларида ўрганилган. Оналар ўлимининг клиник жиҳатлари Пахомова Ж.Е., 2022; Ризаев Ж.А., 2022; Нажмутдинова Д.К., 2021; Каримова Д.Ф. 2021; Закирова Н.И, 2021; Ан А.В, 2021 ва бошқаларнинг ишларида акс эттирилган. Презклампсиянинг критик шакллари ривожланишида цитокинлар, иммунологик механизмлар ва гемостаздаги ўзгаришлар ўрни кўрсатилган (Ниязметов Р.Э. ҳаммуал. билан 2022; Султанов С.Н. ҳаммуал. билан 2021; Негмаджанов Б.Б. ҳаммуал. билан 2021; Каримов А.Х., 2019). Оналар ўлимини камайтириш мақсадида соматик касалликлари мавжуд ҳомиладорларда туғруқларни юритишга ёндошувларни излаш давом этмоқда (Каттаходжаева М.Х. ҳаммуал. билан 2021; Зуфарова Ш.А. ҳаммуал. билан 2020; Саиджалилова Д.Ж. ҳаммуал. билан 2020). Қон кетишда операцион-анестезиологик хавфни камайтириш йўллари қайта кўриб чиқилмоқда (Юсупбаев Р.Б. 2022; Ким Е.Д. 2022). Перипартал инфекция ривожланишида

аёллар жинсий органларидаги яллиғланиш таъсири кўрсатилган (Магзумова Н.М. хаммуал. билан 2021).

Бироқ, мазкур тадқиқотларда патологик жараённинг клиник хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, олдини олиш мумкин бўлган оналар ўлими, критик ҳолатлар тузилмаси етарлича аниқланмаган, мазкур ҳолатларнинг юзага келиши ва ривожланишида ташкилий, тиббий-ижтимоий ва клиник омилларнинг ўрни комплекс таҳлил қилинмаган. Юқорида кўрсатилганларнинг барчаси оналар ўлимини конфиденциал таҳлил қилиш орқали ўлим ва критик ҳолатлар сабаблари, олдини олиш мумкин бўлган омилларни ўрганишнинг долзарблигини кўрсатади. Туғруқдан кейинги қон кетишда, йўлдош бачадонга ўсиб кирганда ва туғруқдан кейинги септик ҳолатларда органни сақлаш технологиялари истиқболли ва етарлича янги йўналишлардан бири бўлиши мумкин. Бутун дунёда оналар ўлимининг асосий сабаблари бўлган қон кетиш, преэклампсия, генитал сепсисда тиббий ёрдам сифатини ошириш учун ташкилий ва тиббий технологияларни такомиллаштириш ва инновацион усулларни қидириш бўйича тадқиқотлар ўтказиш илмий ва амалий жиҳатидан долзарб бўлиб қолмоқда.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режаси билан боғлиқлиги. Диссертация иши Тошкент педиатрия тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №01.980006703 “Болаларда туғма ва орттирилган касалликларнинг олдини олиш, ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш” (2020–2023) мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади оналар ўлимини олдини олиш учун ташкилий, диагностика ва даволаш комплекс чора-тадбирларни такомиллаштириш ва оналар ўлимини янада қисқартириш учун захираларни асослашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

оналар ўлимининг махфий таҳлиliga асосланиб, Оў сабабларини аниқлаш, акушерлик ёрдам сифатини баҳолаш, салбий оқибатларнинг предикторларини ва акушерлик қон кетиши, преэклампсия, генитал сепсисда Оў нинг олдини олиш мумкин бўлган омилларини аниқлаш;

туғруқдан кейин қон кетишда бачадоннинг балонли тампонадаси самарадорлигини баҳолаш;

массив акушерлик қон кетиши учун хавф омилларининг мавжудлиги ва хусусиятларини аниқлаш ва туғруқдан кейин қон кетиш бўйича хавфли гуруҳда бачадон томирларини кесар кесиш амалиёти пайтида профилактик боғлаш самарадорлигини баҳолаш;

йўлдошнинг бачадонга ўсиб киришига асосий хавф омилларини аниқлаш ва бу ҳолатда аёллар репродуктив функциясини сақлаб қолиш амалиёт усулларини ишлаб чиқиш;

эрта ва кеч преэклампсияли ҳомиладор аёлларда оналик ва перинатал натижаларни аниқлаш, уларда туғиш муддати ва усулини дифференциал танлаш акушерлик тактикасини ишлаб чиқиш;

кесар кесишдан кейинги перипартал инфекцияли беморларни олиб бориш алгоритмини ишлаб чиқиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш; муассасалар даражасида критик ҳолатлар аудитининг оналар ўлимининг олдини олиш ва камайтириш ва кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини оширишдаги ўрнини баҳолаш.

Тадқиқот объекти сифатида Республика перинатал марказига 2016-2021 йиллар давомида мурожаат этган 18 ёшдан 49 ёшгача 8299 нафар аёллар ва республикада 2013-2019 йилларда содир бўлган 915 оналар ўлими ҳолатлари олинган.

Тадқиқот предмети сифатида хомиладорлар/туққан аёллар касаллик/туғруқ тарихлари, аноним анкета-сўровномалар, критик ҳолатлар аудити ҳисобот формалари, чақалоқлар ривожланиш тарихлари олинган.

Тадқиқот усуллари. Тадқиқотда ижтимоий-гигиеник, умумклиник, инструментал, хирургик, эксперт баҳолаш, аудит ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

оналар ўлимини илк бор конфиденциал таҳлил қилиш асосида акушерлик қон кетиш, преэклампсия, генитал сепсис билан асоратланган хомиладор аёллар, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда кўрсатилган тиббий ёрдам сифатини ошириш бўйича фойдаланилмаган имкониятлар ва захиралар исботланган;

акушерликда қон кетишга қарши кураш клиник протоколи доирасида туғруқдан кейинги профилактика ва даволаш тадбирлари босқичларидан келиб чиққан ҳолда, бачадоннинг балон тампонадаси жорий этилди ва унинг самарадорлиги исботланган;

туғруқдан кейин массив қон кетиш бўйича хавф гуруҳлари аниқланди ва ушбу гуруҳларда кесар кесиш амалиёти пайтида бачадон томирларини профилактик боғлашнинг самарадорлиги исботланган;

йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириш ҳолатларида кўп миқдорда қон йўқотишнинг олдини олиш, аёлнинг репродуктив функциясини сақлаб қолиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берувчи органни сақлаш технологияси ишлаб чиқилган ва самарадорлиги исботланган;

эрта ва кеч преэклампсияда хомиладорлик асоратларининг илмий қиёсий таҳлили ўтказилган, она ва бола учун натижаларни яхшилаш учун 34 ҳафтагача ва ундан кейинги даврда ушбу аёлларда дифференциал танлаш акушерлик тактикаси ишлаб чиқилган;

кесар кесишдан кейин перипартал инфекция билан асоратланган аёлларни олиб бориш бўйича алгоритм ишлаб чиқилган ва самарадорлиги исботланган;

акушерликдаги критик ҳолатлар аудити цикли методологияси ишлаб чиқилган; критик ҳолатлар ва оналар ўлимига олиб келган омилларнинг ўхшашлиги туфайли, тиббий ёрдам сифати ошиши ва оптималлаштирилиши оналар орасида оғир касааланиш ва ўлим ҳолатларини камайтириши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

анонимлик, ўлимга таъсир этувчи омиллар ва ҳолатларни ҳар томонлама баҳолашни ўз ичига олган оналар ўлими конфиденциал аудитининг аниқланган афзалликлари уни республика соғлиқни сақлаш тизимида оналар ўлимини таҳлил қилишнинг ягона воситаси сифатида тавсия қилинган;

акушерлик қон кетиши бўйича ихтисослаштирилган ёрдам сифатини яхшилайдиган ва салбий оқибатлар эҳтимолини камайтирадиган, инновацион даволаш ва услубий ёндашувлар такомиллаштирилган ва тавсия этилган: туғруқдан кейинги атоник қон кетишда массив қон кетиш улушини ва гемотрансфузия ҳажмини камайтириши, органларни сақловчи технологияларнинг частотасини ва самарадорлигини ошириши аниқланган бачадоннинг балон тампонадаси тавсия этилган;

атоник қон кетиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёллар гуруҳида кесар кесиш пайтида туғруқдан кейинги оғир қон кетишни, қуйилган эритроцитар массасини ҳажмини ва гистерэктомиялар частотасини камайтириш самарадорлиги исботланган бачадоннинг асосий томирларини профилактик боғлаш тавсия этилган;

йўлдошнинг бачадонга плацентанинг ўсиб кириши ҳолатларида ишлаб чиқилган жарроҳлик технологияси 3 даражали туғруқ муассасаларига тавсия этилган;

эрта ва кеч преэклампсия билан асоратланган аёлларда она ва бола учун натижаларни яхшилайдиган дифференциал ёндашув тактикаси ишлаб чиқилган ва тавсия этилган;

эндоскопик усуллар ёрдамида кесар кесишдан кейинги даврда перипартал инфекция билан асоратланган беморларни текшириш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган ва тавсия этилган;

акушерликдаги критик ҳолатлар аудитининг методологияси ишлаб чиқилган ва акушерликдаги тиббий ёрдам сифатини ошириш бўйича самарадорлиги аниқланган ва бу методология ҳам ташкилий, ҳам тиббий технологиялар мажмуасини амалга оширишни назарда тутадиган, оналар ўлимини олдини олиш ва камайтиришга қаратилган, тиббий ёрдам сифатини бошқариш модели сифатида тавсия этилган;

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

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти акушерликдаги қон кетиш, преэклампсия ва перипаратал инфекцияда ишлаб чиқилган ташкилий, тиббий, диагностик ва профилактик усулларнинг самарадорлигини илмий асосланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам сифатини оширишда оналар ўлими ва критик ҳолатлар аудитини такомиллаштирилган методологияси асосида ўтказиш, туғруқдан кейин қон кетиш, презклампсия ва перипартал инфекция ҳолатларида аёлларни олиб бориш учун ишлаб чиқилган ташкилий, диагностик ва даволаш тактикалари ва уларнинг тадбиқ этилганлиги ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги даврдаги оғир асоратларнинг олдини олиш, даволаш самарасини ошириш, оналар ва гўдаклар касалланиши ва ўлимини пасайтиришга имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Оналар ўлимини камайтириш бўйича ташкилий-даволаш ва диагностика технологияларини оптималлаштириш бўйича олинган тадқиқот натижалари асосида:

акушерликдаги критик ҳолатларда ёрдам сифатини ошириш бўйича олинган тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Акушерлик амалиётидаги критик ҳолатларни конфиденциал таҳлил қилиш методи» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 5 мартдаги 8-н-р/79-сон маълумотномаси). Илмий натижаларнинг жорий қилиниши шошилинч акушерлик ёрдами ва клиник протоколларни амалиётга жорий қилиниш сифатини ошириш имконини берган;

акушерликда ҳомиладор аёлларда туғруқдан кейин массив қон кетишини олдини олиш усуларини қўллаш асосида ишлаб чиқилган «Туғруқдан кейинги атоник қон кетишни тўхтатиш учун бошқариладиган балон тампонадаси усулини қўллаш» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 5 мартдаги 8-н-р/78-сон маълумотномаси). Илмий натижаларнинг жорий қилиниши аёлларда туғруқдан кейин қон кетиш миқдори ва гемотрансфузия ҳажмини камайиштириш, бачадон репродуктив функциясинини сақлаш имконини берган;

оналар ўлимини камайтириш учун ишлаб чиқилган ташкилий ва даволаш-диагностик, профилактик технологияларни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Фарғона ва Тошкент вилоятлари перинатал марказлари, Республика перинатал маркази амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 27 апрелдаги 08-11330-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий этилиши аёлларда массив қон йўқотиш частотасини 7,6 бараварга, қуйиладиган қон ҳажмини 3 бараварга, кесар кесиш амалиётини 40%га камайишига, аёллар репродуктив функциясини сақлаш 82%-94,2% ошишига олиб келган ва аёллар, чақалоқларнинг реанимация ва интенсив терапия бўлимида ётишини 2 бараварга камайтириш ҳисобига иқтисодий самарадорликни оширишга имкон яратган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 13 та халқаро ва 8 та республика миқёсидаги илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация

мавзуси бўйича жами 38 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 15 та мақола, жумладан 13 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация 200 бетда компьютер матнида баён қилинган бўлиб, кириш, 7 та боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхати, иловалардан иборат.

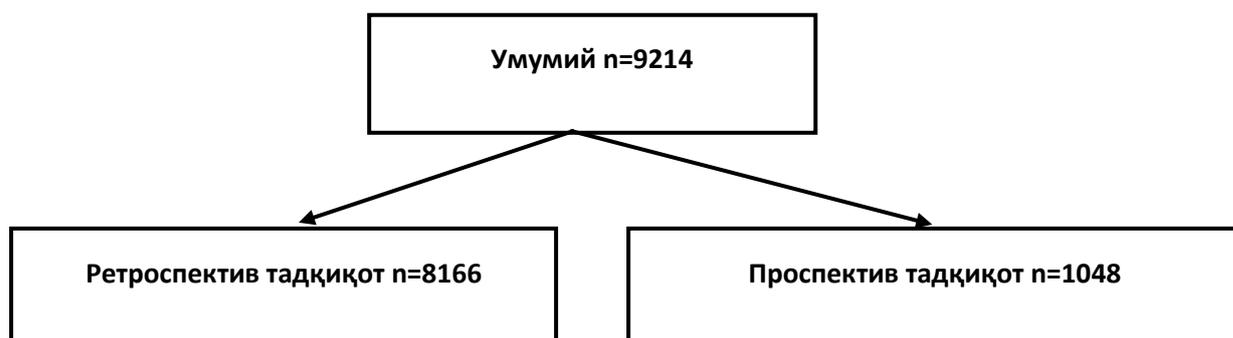
ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

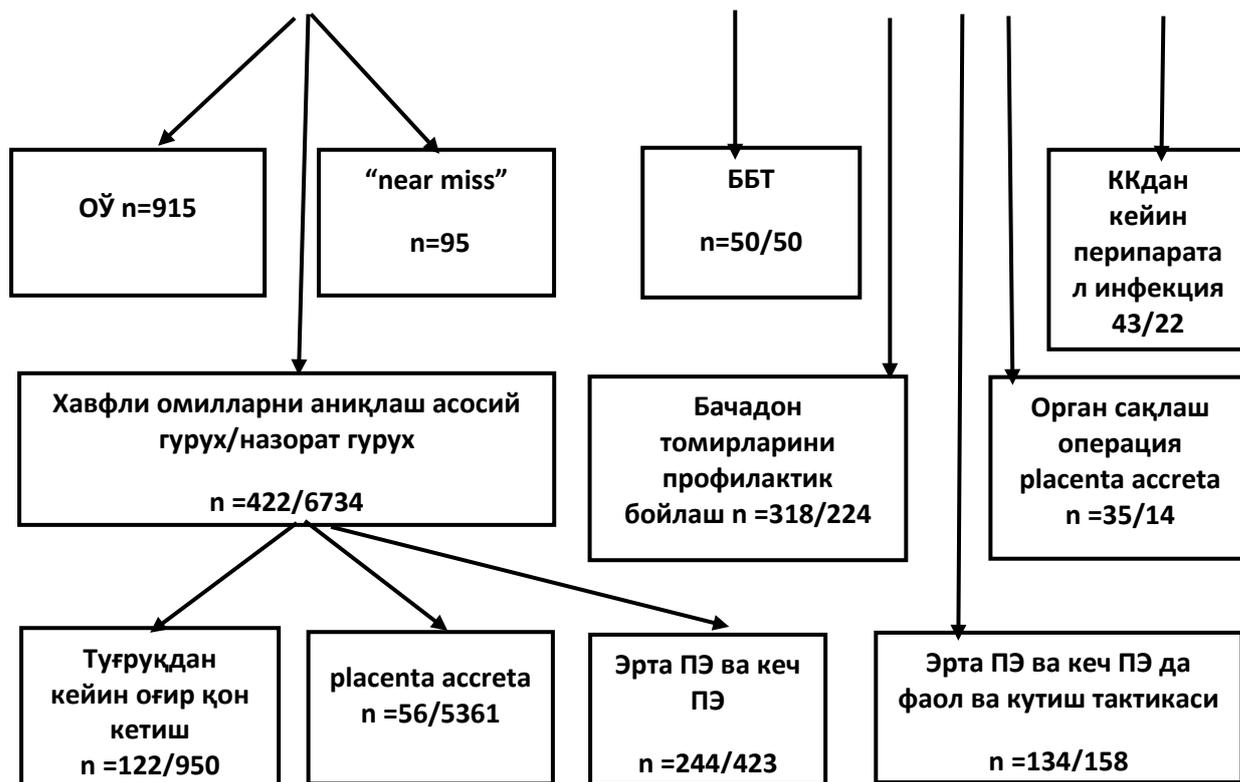
Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, мақсад ва вазифалари баён этилган, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, диссертация ишининг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилиши, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Хозирги замонда оналар ўлими муаммоси, ҳомиладорлик ва туғишнинг ижобий яқунланиши имкониятларини қидириш»** деб номланган биринчи бобида оналар ўлимини баҳолашга нисбатан замонавий ёндашишлар юзасидан сўнгги йилларда эълон қилинган махсус адабиётлар таҳлил қилинган, акушерликда қон кетиши ҳолатлари, оғир ПЭ, туғишдан сўнгги генитал сепсис (ГС) масалалари ОЎ асосий сабаблари сифатида ёритилган, ОЎни таҳлил қилиш усуллари, акушерликдаги критик ҳолатлар «near miss» аудити бўйича изланиш натижалари келтирилган. Ушбу бобда акушерликдаги қон кетиш (АҚК), преэклампсия (ПЭ), генитал сепсис (ГС) да ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврни бошқаришнинг замонавий усуллари афзалликлари ва камчиликлари, шунингдек, ОЎ ва акушерликдаги критик ҳолатларни камайтиришда ушбу асоратларни даволаш усуллари, шу жумладан қонни тежовчи технологиялар, бачадон ичи балон тампондаси, бачадоннинг асосий томирларини профилактик боғлаш, плацентанинг ўсиб кириши ҳолатида органларни сақловчи ёндашувлар таҳлил этилган. Туғруқдан кейинги асоратларни ўз вақтида аниқлаш учун эндоскопик усуллари қўллаш имконияти тўғрисида маълумотлар таҳлил қилинган, ПЭ билан оғриган аёлларни туғишда дифференциал ёндашув имкониятларига баҳо берилган. Боб ушбу соҳада ҳал этилмаган ёки аниқланиши керак бўлган жиҳатларни таъкидлаш билан яқунланган.

Диссертациянинг **«Тадқиқот материали ва усуллари»** иккинчи бобида клиник материал, тадқиқот босқичлари тавсифи билан дизайни, тадқиқот усуллари, қўлланиладиган диагностика ва даволаш усуллари ҳақида маълумотлар берилган. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун 18 ёш ва ундан катта ёшдаги 9214 нафар аёллар комплекс текширувдан ўтказилди, тиббиёт ходимларининг 313 та аноним

сўровномаси маълумотлари ўрганилди. 8166 аёлда ретроспектив, 1048 аёлда проспектив тадқиқот ўтказилди, тадқиқот дизайни 1-расмда берилган. Тадқиқот Республика перинатал марказида ўтказилди ва бир неча босқичда амалга оширилди. Биринчи босқичда Ўзбекистондаги туғруқхона муассасаларида (2013-2019йй.) содир бўлган 915 та ОЎ ҳолати, РПМ да содир бўлган 95 та «near miss» критик ҳолатлар, тиббиёт ходимларининг 313 та анкета-сўровномаси асосида конфиденциал таҳлили ва эксперт баҳолаш ўтказилди. Иккинчи босқичда, ретроспектив когорт тадқиқотда 122 аёлда акушерликда оғир қон кетиш хавфли омиллари ва 56 аёлда йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши хавфли омиллари 950 ва 5361 назорат гуруҳидаги аёлларга нисбатан аниқланди. Проспектив когорт тадқиқотида турли когорталарда қўлланилган қонни сақловчи технологияларни босқичма-босқич баҳолаш амалга оширилди: 1-гуруҳ (50 та туғруқдан кейинги қон кетиш (ТКҚК) бўлган аёл)да бошқариладиган балон тампонадасидан (ББТ) фойдаланиш самарадорлиги ўрганилди, таққослаш гуруҳида (50 та ТКҚК аёл) ББТ дан фойдаланилмади. 2-гуруҳ - туғруқдан кейинги массив қон кетиш хавфи юқори бўлган 318 аёлда кесар кесиш (КК) пайтида бачадон асосий томирларининг профилактик боғланиши ўтказилган, таққослаш гуруҳида 224 массив қон кетишга хавфли аёлларда КК пайтида бачадон томирлари боғланмаган. 3-гуруҳга плацентанинг бачадонга ўсиши ҳолатида органни сақловчи модификацияланган технология қўлланилган 35 аёл ва плацентанинг бачадонга ўсиши ҳолатида орган сақлаш амалиёти қўлланилмаган, гистерэктомия қилинган 14 нафар аёл кирган. Танлаш тасодифий танлаб олиш йўли билан амалга оширилди. Учинчи босқичда эрта ва кеч ПЭ билан туққан 667 та аёлда туғилиш натижаларини ретроспектив баҳолаш ва 292 нафар эрта ва кеч ПЭли аёлларни олиб боришда фаол ёки кутиш тактикасини қўллаш бўйича проспектив контролли когорт тадқиқоти ўтказилди ва унинг самарадорлиги аниқланди. Тўртинчи босқичда КК йўли билан туққан аёллар перипаратал инфекция билан касалланганида уларни олиб бориш, эндоскопик диагностик-даволаш усулларини ўз ичига олган алгоритм ишлаб чиқилди ва асосланди, алгоритм 43 та аёлда қўлланилди, туғруқдан кейинги генитал сепсис (ГС) диагностикаси, даволашнинг янги минимал инвазив технологиялари, шунингдек, бачадон чоклари етишмовчилигида органларни сақловчи жарроҳликнинг самарадорлиги ўрганилди (таққослаш гуруҳи 22 бемордан иборат). Кейинги босқичда 95 критик ҳолатлар аудити цикли самарадорлиги аниқланди, улардан 40 таси ТКҚК бўйича, 35 таси ПЭ бўйича ва 18 таси ГС бўйича ўтказилди.



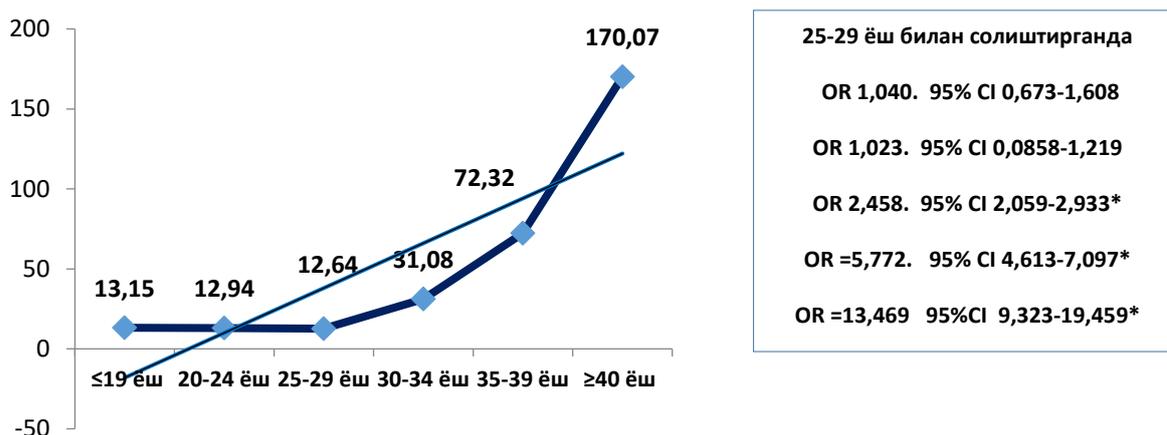


1-расм. Тадқиқот дизайни.

Барча ҳомиладор аёллар клиник, лаборатория ва инструментал текширувлардан ўтказилди. Тадқиқот усуллари ЎзР. ССВнинг буйруқларига мувофиқ оналар ўлими ҳолатларини конфиденциал ўрганиш методологияси (ССВ нинг 2009й. №243 буйруғи), шу буйруқнинг 5-иловасига мувофиқ эксперт баҳолаш формаси, шу буйруқнинг 4-иловасига мувофиқ аноним анкета-сўровномаси, критик ҳолатлар аудити методологияси цикли (ССВнинг №428 (2007й) ва №313а (2019й.) буйруқларини ўз ичига олган. Оғир акушерлик асоратларнинг олдини олиш ва даволашида қўлланиладиган усуллар кўрсатилган: ТКҚКда бачадоннинг ББТ, массив қон кетишга хавфи бўлганда 2 жуфт бачадон томирларни профилактик боғлаш усули, бачадонга йўлдош ўсиб кирганида органини сақловчи жарроҳликнинг модификацияланган усули. Оғир ПЭ билан асоратланган ҳомиладор аёлларни, ПЭ ривожланишининг ҳомиладорлик муддатини ҳисобга олган ҳолда, дифференциал даволаш, аёлнинг орган, ҳайз ва репродуктив функцияларини сақлаб қолиш учун перипартал сепсисни ўрганиш ва даволашнинг эндовизуал ва орган сақловчи жарроҳлик усуллари кўрсатилган. Олинган натижалар Статистика 12.0, Excell 2007 амалий дастурлар пакети ёрдамида статистик ишловдан ўтказилди. Фарқларнинг аҳамияти (p) бир жинсли дисперсияларнинг вариацияларнинг нормал тақсимланишида Стьюдент t-тестига кўра, тақсимот анормаллигида - Манн-Уитни U критериясига асосланиб баҳоланди, $p < 0,05$ бўлса, тақсимот нормал деб ҳисобланди. Оддий тақсимотга эга бўлган иккита боғлиқ (жуфтланган)

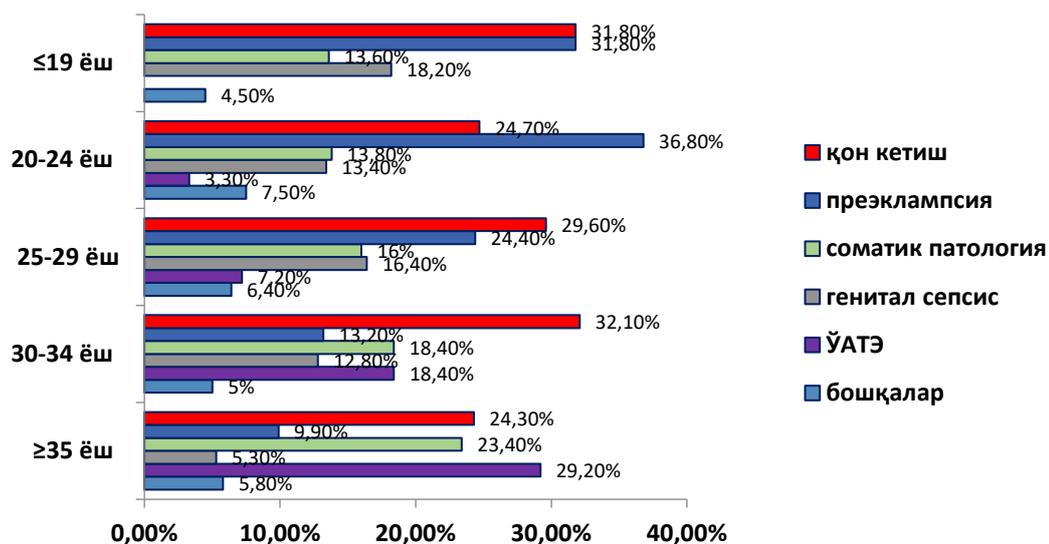
намунани солиштириш учун Стьюdent р-тести қўлланилди. Фактор таъсирига қараб натижалардаги фарқларнинг аҳамиятини баҳолаш учун χ^2 -квадрат тести ҳисоблаб чиқилган. Хавф омилининг натижага яқинлигининг миқдорий талқини 95% ишонч оралиғи (CI) билан OR (Odds Ratio-имконият нисбати)ни ҳисоблашга асосланган. Моделнинг аҳамияти тузилган модел даражасининг қиймати ($p < 0,05$) бўлганлиги билан баҳоланди.

Диссертация ишининг «Ўзбекистонда оналар ўлими структурасида тиббий-ташкилий хавф омиллари ва тиббий ёрдам сифати» учинчи бобида 2013-2019йй. содир бўлган 915 та ОЎ ҳолатлари таҳлил қилиш асосида, Ўзбекистонда ОЎнинг асосий сабабларидан тўғридан-тўғри акушерлик сабаблари 699(76,4%)ни ташкил этган, тўғридан-тўғри сабаблар орасида деярли ҳар учинчи аёл акушерлик қон кетишидан (260-37,2%) ёки преэклампсиядан (204-29,2%), ҳар олтинчи аёл (116-16,6%) эса перипартал сепсисдан вафот этгани аниқланди. ОЎнинг билвосита сабаблари 23,6% ни ташкил қилди. Аниқланишича, ОЎ кўпроқ 20-29 ёш тоифасида 54,7% содир бўлган, лекин ёш тоифалари бўйича ОЎ интенсив кўрсаткич 20-29 ёшда энг кам бўлган ва 100 000 туғруққа нисбатан 12,94-12.64ни ташкил этган (2-расм).



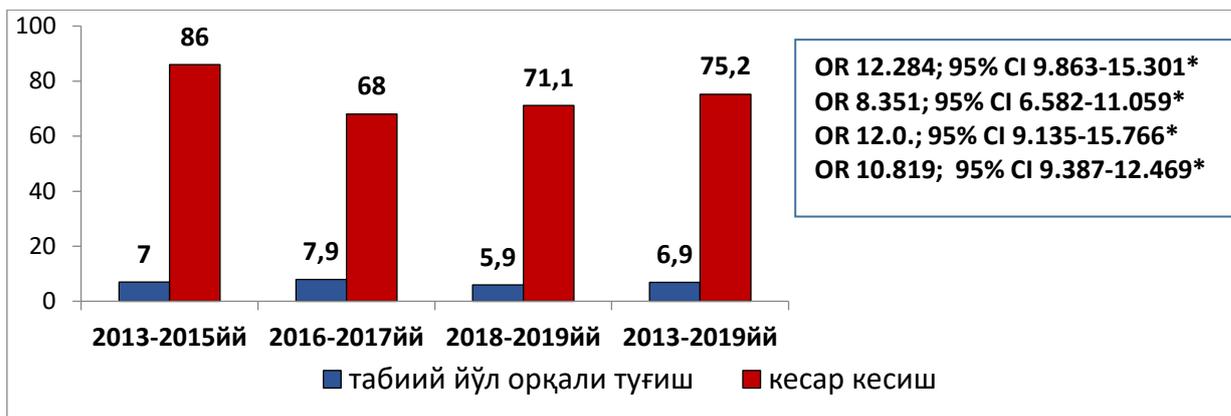
2-расм. Ёш тоифалари бўйича ОЎ хавфи (100 000 туғруққа нисбатан)

Ёш тоифалари бўйича ОЎ хавфини ўрганиш шуни кўрсатдики, мамлакатимизда ёш тоифалари бўйича ОЎ хавфи диаграммаси “J” шаклига эга бўлиб, у ривожланаётган мамлакатлар учун эмас, ривожланган мамлакатлар учун кўпроқ хосдир. ОЎнинг энг паст хавфи 25-29 ёш тоифаларида, ўсмир оналарда ОЎ хавфи 25-29 ёшдагиларга қараганда 40% юқори бўлиши аниқланди (OR 1,040. 95% CI 0,673-1,608), лекин ўсмир оналар сони ва улар орасидаги ОЎ камлиги сабабли, натижалар статистик аҳамиятга эга эмас. Аёлларда 30 ёшдан бошлаб ОЎ хавфи ортади ва аёл ёши қанчалик катта бўлса, ОЎ хавфи шунчалик юқори бўлади: 30-34 ёшда ОЎ хавфи 25-29 ёшга қараганда 2,4 баравар юқори (OR 2,458; 95% CI 2,059-2,933*), 35-39 ёшда - 5,7 марта юқори (OR =5,772; 95% CI 4,613-7,097*), 40 ёш ва ундан катта ёшда - 13,5 марта даражада юқори (OR =13,469; 95% CI 9,323-19,459*) эканлиги аниқланди.



3-расм. Ёш тоифалари бўйича оналар ўлими сабаблари.

3-чи расмда кўрсатилдики, қон кетиш, преэклампсия, соматик патология ва генитал сепсис барча ёш тоифаларида ОЎ сабабларига киради, 35 ёш ва ундан катта ёшдаги аёлларда ОЎ хавфи тромбоемболик асоратлар (ЎАТЭ), соматик патологиялар (ЭГК) ва қон кетиш туфайли сезиларли даражада ошади. Мамлакатда ОЎ учун яна бир хавф омили кесар кесиш (КК) ҳисобланади: ОЎ ҳолатларнинг ярмидан кўпи – 65,2% КК туфайли туғдирилган (OR 3.484 95% CI 2.849-4.259*), улардан 42,3% да КК га нисбий кўрсатмалар бўлган. Табиий йўл орқали туғиш вафот этган аёлларнинг 31,9%да, хомила тушиш 4,4%да, хомиладорлигича ОЎ 3,7%да содир бўлган. КК билан туққан аёлларда ОЎ интенсив кўрсаткичи 75,2ни, табиий йўл орқали туққанларда 6,9ни ташкил этган (4-расм). КК билан туғишнинг кўпайиши ОЎнинг ошишига олиб келади: 2013-2019 йилларда табиий туғруқни КК билан солиштирганда, КК гуруҳида ОЎ хавфи 10 баравар юқори (OR 10,819; 95% CI 9.387-12.469*) эканлиги қайд этилди. Перинатал асоратларга юқори хавфли хомиладор аёлларни нораціонал худудийлаштиришда ОЎ хавфи 50%га ошиши топилди (OR 1,544; 95% CI 1,268-1,879*), ОЎнинг аксарият ҳолатлари (37,5%) 1-даражали муассасаларда содир бўлган, 2-даражали туғруқ муассасаларида 13,2% ОЎ содир бўлган. 1-2 даражали туғруқ муассасаларида туққан ОЎ бўлган аёлларнинг 62-74% ихтисослаштирилган, юқори технологияли ёрдам кўрсатадиган, 3 даражали муассасаларга йўналтирилиши керак бўлган хавф омилларига эга бўлган. Вилоят перинатал марказларда (ВПМ) 29,1%, республика миқёсидаги туғруқ муассасаларда 6,9%, ШТЁМ да 13% ОЎ содир бўлган, улардан: 1-даражали муассасадан 4,9%, 2 даражалидан – 2,4%, ВПМ ва республика миқёсидаги муассасалардан 5,6% ШТЁМга ўтказилган.



4-расм. Кесар кесишда ОЎ интенсив кўрсаткичи, таббий йўллар орқали туққан аёллардаги ОЎ интенсив кўрсаткичи билан қиёсланганда (100000 туғруққа нисбатан).

Акушерлик қон кетишидан (АҚК) сабабли 232 та ОЎни ўрганиш натижасида қуйидаги хулосаларга келинди: АҚК ОЎнинг асосий сабабларидан бири бўлиб, 28,4% ни ташкил этди; АҚК сабабли ОЎ 100 минг туғруқларга нисбатан интенсив кўрсаткичи 2013-2015йилларда 4,5ни, 2016-2017йилларда 3,8 ни, 2018-2019йилларда 5,7 ни ташкил этди ва ошгани кузатилмоқда. 35 ёш ва ундан юқори ёшда қон кетишидан ОЎ хавфи 20-24 ёш тоифасига нисбатан 7,6 барабар юқори (OR 7.678. 95% CI 5.209-11.316*). Паритетга кўра, вафот этганларнинг кўпчилиги (73,3%) қайта туғувчилар бўлган (OR 7.858; 95% CI 5.198-11.881*). Нораціонал регионализация АҚК дан ОЎни ошишига олиб келади, 1 даражали туғруқ муассасаларида АҚК дан ОЎ хавфи 3 даражали муассага нисбатан 5 барабар ортиқ (OR 5,348; 95% CI 3.313-8.632*). АҚК дан вафот этганларнинг кўпчилиги (62,9%) КК йўли билан туғдирилгани ва АҚКдан ОЎ хавфи КК билан туғдирилганда 10 марта ошиши аниқланди (OR 10.158. 95% CI 6.780-15.220*). ККдан кейинги АҚКдан ОЎ интенсив кўрсаткич 100 000 туғруққа нисбатан 2013-2015йилларда 14,7 дан 2018-2019 йилларда 21,8 га ошгани аниқланди. АҚКни тўхтатиш учун асосий амалиёт 63,7-84,3% да гистерэктомиа бўлиб қолмоқда ва 48,2% да релапаротомия қилинмоқда, органсақловчи амалиётлар 12,2%-28,9% бажарилган. Йўлдош бачадонга ўсиб кириш 34(14,7%) ОЎ ҳолатида аниқланди, антенатал диагностика қилинмагани 27(79,4%) ва амалиётга етарли тайёрланмаслик 32(91,1%) ҳолатда аниқланди. АҚКда ОЎни келтириб чиқарадиган олдини олиш мумкин бўлган асосий омиллар: кечиктирилган жарроҳлик гемостаз -54,5%-88%; қон кетиш хажмини нотўғри баҳолаш 31,6%-55,8%, органларни сақловчи технологияларидан етарли даражада фойдаланмаслик 35,5%-39,9%, гемотрансфузия кечикиши 38,3%-42,6%, антенатал парвариш сифати пастлиги 38,9%-45,3%, шошилиш акушерлик ёрдам ташкил этишдаги муаммолар 28,7%-36,2%. ОЎнинг қон кетиш сабабли ўлимни олдини олиш мумкинлигини баҳоланганида, 77,3%-67,1% ҳолларда ОЎни олдини олиш мумкинлиги, 19,6% -29,4% ҳолларда шартли равишда олдини олиш мумкинлиги аниқланди.

Преэклампсия (ПЭ) ОЎ сабаблари таркибида 22,3% ни ташкил этган.

ПЭдан Оўнинг 204 та ҳолати аудити шуни кўрсатдики, ПЭда Оў жигар етишмовчилигидан (ХЎЎГ/HELLP) - 30,2%, церебрал асоратлардан - 28,0%, ўткир буйрак етишмовчилигидан - 21,0%, ўпка шишидан - 20,0% содир бўлган. ПЭдан Оў ҳолати 100 000 туғруққа нисбатан интенсив кўрсаткичи 2013-2015 йилларда 4,03ни, 2016-2017 йилларда 4,3 ни ва 2018-2019 йилларда 3,7 ни ташкил этган. КК амалиёти 79,4% ҳолларда амалга оширилди, КК орқали туғдирилганда ПЭдан Оў хавфи табиий туғдирилгандан 30 баравар юқорилиги аниқланди (OR 30.892; CI 95% 17.621-54.161). ПЭдан ўлимга олиб келадиган асосий омиллар: антенатал парваришнинг етарли емаслиги (72,0%-41,8%), норационал худудийлаштириш (31,4%-23,6%), етарлимас антигипертензив терапия (38,3%-44,4%), нотўғри магнезиал терапия (55,8%-30,9%), етарлимас мониторинг (40,6%-50,9%), норационал туғдириш (12,7%-23,6%), шошилич акушерлик ёрдам етарли ташкил этилмаганлиги (55,9%-45,7%). ПЭдан Оўнинг 66,3%-54,5% ҳолатларда Оў олдини олиш мумкинлиги, 30,2%-29,1% - шартли равишда олдини олиш мумкинлиги аниқланди.

Оўнинг перипаратал инфекция - генитал сепсис (ГС) 116 ҳолатининг конфиденциал таҳлили шуни кўрсатдики, ГСдан Оў 100 000 туғруққа нисбатан интенсив кўрсаткич 2013-2015 йилларда 2,62ни, 2018-2019 йилларда 2,08ни ташкил этди ва камайиши кузатилмоқда. Аёлларнинг кўпчилиги КК амалиёти орқали (66,3%) туғдирилгани аниқланди (OR 16.184; 95% CI 6.843-38.275), ККдан кейинги ГСдан Оў интенсив кўрсаткичи 100 000 туғруққа нисбатан 14,5дан 7,5 га камайиши кузатилмоқда, лекин ККдан кейин септик асоратлардан Оў хавфи табиий йўл орқали туғруққа нисбатан 14 баравар юқори (OR 14.929; 95% CI 5.995-37.176*) бўлиши аниқланди. ГС ташхисининг кечиктирилиб қўйилиши (57,1%-79,3%), сепсиснинг интенсив терапиясини кечикиб бажарилишига олиб келган, бу эса оналар ўлими хавфини оширган. Етарли даражада мониторинг қилмаслик (57,1%-79,3%) инфекция ўчоғини олиб ташлашнинг кечикишига (64,3%-79,3%) олиб келган, ва бу ҳолатлар ўлим хавфини оширганлиги аниқланди. ГС сабабли Оў ҳолатларининг 60,7%-67,7% фоизида Оў ҳолатларини олдини олиш мумкинлиги, 22,5%-28,5% ҳолатларда шартли равишда Оў олдини олиш мумкинлиги топилди. АҚК, ПЭ, ГСга ёрдам кўрсатишда фойдаланилмаган имкониятларни сарҳисоб қилиб, биз оналар ўлимига таъсир кўрсатган қўйидаги омилларни аниқладик: ходимларнинг муаммолари 82,4% (билим, кўникма, ташхислаш, даволаш, профилактика, мониторинг, клиник протоколлар ва стандартлардан фойдаланиш ва бошқалар), шошилич тиббий ёрдамни ташкил этиш муаммолари (62,6%), асбоб-ускуналар ва дори-дармонлар билан таъминлаш муаммолари (29,8%), антенатал парвариш муаммолари, жумладан норационал худудийлаштириш (33,7%) ва бемор муаммолари (32,4%)ни ташкил этди. Махфийлик ва анонимлик Оўни конфиденциал таҳлил қилиш ва анъанавий усули ўртасидаги асосий фарқдир. Ушбу ёндашувнинг афзалликлари фақат тиббий хужжатларнигина таҳлил қилишга нисбатан, тиббиёт ходимларининг аноним сўровномалари қўшимча таҳлил қилинганда Оў сабаблари ҳақида тўлиқроқ тасвирга эга

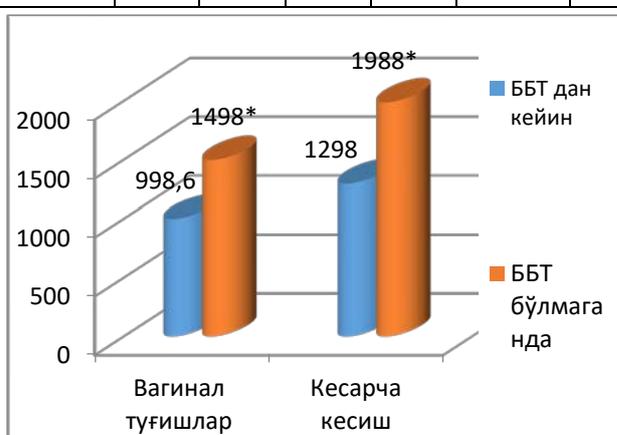
бўлиш имкониятини тақдим этди; ходимлар ўртасида ташаббус ва интилиш яратиши, бунинг натижасида фойдаланилмаган имкониятларни тўлиқроқ аниқлашга имкон берди, бу эса самарали технологияларни илмий ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этишга олиб келди. Оўни конфиденциал аудити натижасида Оў асосий сабаблари ҳақида далилларни тақдим этиш, бизга клиник амалиёт бўйича миллий даражадаги қўлланмалар, стандартлар, протоколларни ишлаб чиқиш ёки қайта кўриб чиқиш, шунингдек, она саломатлиги дастурларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш имконини берди. Мамлакатда оналар ўлимини конфиденциал аудитини кенг жорий этиш, Оўнинг асосий сабаблари бўлган қон кетиш, ПЭ ва ГС бўлган ҳомиладор, туғруқдаги ва туғруқдан кейинги давридаги аёлларга юқори сифатли ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатишни яхшилаш учун асосий омил ва мамлакатда Оўни камайтириш учун фундаментал захира ҳисобланади.

Тўртинчи бобнинг «**Қон кетишдан оналар ўлимини камайтириш захиралари - қонни тежовчи технологиялар**» биринчи бўлимида АҚКда бачадон ичи балон тампонадаси (ББТ) усулини қўллаш натижалари келтирилган. Асосий гуруҳда туғруқдан кейинги қон кетиш билан асоратланган 50 та аёлга (40 нафари вагинал туғруқдан кейин ва 10 нафари КК амалиётидан кейин) стандарт чора-тадбирларга қўшимча равишда ББТ ўтказилди, таққослаш гуруҳида – туғруқдан кейинги қон кетиш билан асоратланган ва ББТ қўлланмаган 50 аёл иштирок этди. Тадқиқот шуни кўрсатдики, АҚК ни стандарт комплекс даволашдан ташқари, ББТ қўлланилган гуруҳда қон йўқотишнинг умумий ҳажми ($998,6 \pm 142$ мл табиий туғруқда, $p=0,047563^*$) ва ККда $1297,5 \pm 244$ мл, $p=0.039463^*$), ББТ қўлланмаган таққослаш гуруҳга нисбатан ($1498,2 \pm 202$ мл табиий туғруқда, $p=0.047563^*$ ва 1988 ± 226 мл ККда, $p=0.039463^*$. 5-расм) камайганлиги аниқланди. Бачадон ички баллон тампонадаси бачадондан қон кетишни 750-999 мл (27,5% да) ва 1000-1499 мл оралиғида (52,5% да) тўхтатишга имкон берганлиги аниқланди, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич - мос равишда 20% ва 30% ни ташкил етди. (OR 1.517; 95% CI 1.536-4.293* ва OR 2.579; 95% CI 1.030-6.457*), асосий гуруҳда массив қон кетиш улуши ББТ бўлмаган гуруҳга қараганда 90% га камайди: 1500 мл ва ундан юқори қон кетиш асосий гуруҳда аниқланмади, таққослаш гуруҳида эса - 11 (27,5%) ҳолатларда 1500 мл ва ундан юқори диапазонда қон кетиш кузатилди (OR 0.077; 95% CI 0.009-0.635*) (жадвал 1). Асосий гуруҳда эритроцитлар массаси аёлларнинг 43% га, таққослаш гуруҳида эса 68% га қуйилди, асосий гуруҳда ($167,77 \pm 87,56$ мл) трансфузия қилинган эр-массанинг ўртача ҳажми таққослаш гуруҳига нисбатан ($512,64 \pm 102,22$ мл) 3 барабар кам ($p = 0,012350$). Асосий гуруҳда янги музлатилган плазма туққанларнинг 22% га, назорат гуруҳида эса 51% га қуйилди. Қон кетишдан кейинги Нв даражаси қон йўқотиш миқдори билан аниқ тесқари боғлиқлик аниқланди. Асосий гуруҳда бошланғич ва қон кетишдан кейин Нв даражаси ўртасидаги фарқ ($14,22 \pm 3,17$ г/л) таққослаш гуруҳига қараганда 2 барабар паст эди ($27,45 \pm 4,15$ г / л), ($p = 0,013328$).

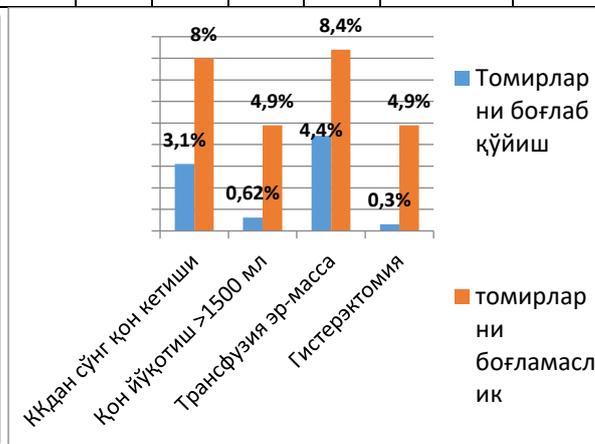
Жадвал 1.

Асосий (1,3 гуруҳ) ва таққослаш (2,4 гуруҳ) гуруҳларида қон кетиш хажми бўйича частотаси

Қон кетиш хажми мл	1 асосий гуруҳ		2 таққослаш гуруҳ		OR	95% CI	3 гуруҳ асосий		4 гуруҳ таққослаш		OR	95% CI
	n=40	%	n=40	%			n=10	%	n=10	%		
500-749	8	20	9	22,5	0.861	0.295-2.518	1	10	0	0	1.000	0.054-18.575
750-999	11	27,5	8	20	1.517	1.536-4.293*	1	10	1	10	1.000	0.054-18.575
1000-1499	21	52,5	12	30	2.579	1.030-6.457*	3	30	1	10	0.259	0.022-3.063
1500-1999	0	0	10	25	0.077	0.009-0.635*	3	30	4	40	1.556	0.244-9.913
2000-2999	0	0	1	2,5	0.487	0.042-5.599	2	20	4	40	2.667	0.361-19.712
3000-3999	0	0	0	0	0		0	0	0	0		



5-расм. Қон кетиш хажми



6-расм. Кесар кесиш вақтида томирларни превентив боғлаб қўйишдан сўнг туғуруқдан кейинги қон кетиши ва гистерэктомия (%)

Асосий гуруҳда 8 ёки ундан ортиқ кун давомида касалхонада бўлган беморларнинг сони таққослаш гуруҳига қараганда 3 баравар кам (мос равишда 5% ва 16,8%) ($p < 0,05$). Туғруқдан кейинги қон кетишларда диагностика учун «Тампонада тести» консерватив чораларнинг самарасизлигини ўз вақтида аниқлашга ва лапаротомия ва жарроҳлик гемостазга эрта ўтишга ёрдам берди, бу органларни сақлаш операциялари самарадорлигини 2,9 баравар оширди ва қон кетишдан кейин репродуктив функциясини сақлаб қолган аёллар улушини оширди. Асосий гуруҳда қон кетиши туфайли гистерэктомия 1 (2,0%) ўтказилди ва таққослаш гуруҳида – 5 нафарда (10,0%) (OR 0,184; 95% CI 1,021-6,133*) да амалга оширилди, бу органни олиб ташлаш операцияларни 92% га камайтирди. Аёлларда туғруқдан кейин қон кетишларда БТТ самарадорлиги 88% (44/50) ни ташкил этди. Бачадоннинг УБТдан фойдаланишнинг соддалиги ва хавфсизлиги ушбу технологиянинг республика акушерлик муассасаларида кенгрок тарқатиш имкониятидан далолат беради, бу эса туғруқдан кейинги қон кетишининг

салбий оқибатларини камайтиришга ёрдам беради.

Миллий акушерлик стандартларига кўра, бачадон артерияларини боғлаб қўйиш бачадон атонияси туфайли қон кетишида, яъни консерватив чоралар самара бермасдан, қон кетиши давом этаётган ҳолатларда қўлланади. Биз КК вақтида бачадон томирларини превентив боғлаб қўйишни қон йўқотишни камайтириш ва туғруқдан сўнгги кўп қон кетишининг олдини олиш учун, яъни атоник қон кетиши хавфи мавжуд бўлганда амалга оширдик. Ушбу бобнинг иккинчи бўлимида массив қон кетиши хавфининг омилларини аниқлаш учун ретроспектив когорт тадқиқот натижалари берилди: асосий гуруҳ Оўнинг 122 ҳолатини ўз ичига олди, гуруҳга КК орқали туққан ва биринчи 24 соат ичида 1500 мл ёки ундан ортиқ қон йўқотиши кузатилган ёки аёлга дастлабки 48 соат ичида 2 ёки ундан ортиқ доза қон қуйилиши қайд этилганлар кирган. Солиштирилган гуруҳга биринчи 24 соат ичида 1500 мл ёки ундан ортиқ қон йўқотиши кузатилаагаган ёки аёлга дастлабки 48 соат ичида 2 ёки ундан ортиқ доза қон қуйилиши қайд этилмаган 950 аёллар кирган. ККдан кейин туғруқ вақтида ва туғруқдан кейинги эрта даврда массив қон кетиши юқори хавфининг қуйидаги омилларини аниқлади: оғир ПЭ (хавф 3,2 марта ошган - OR 3.224; 95% CI 1.449-5.161*), нормал жойлашган йўлдошнинг барвақтидан кўчиши (НЖЙБК) (2,7 марта ошган - OR 2.734; 95% CI 1.449-5.161*), НЖЙБК+ҳомиланинг антенатал ўлими, ҲЎЁГ/HELLP(хавф 7.8 марта ошган - OR 7.816. 95% CI 3.870-15.782*), йўлдошнинг олдинда жойлашуви (хавф 2.6 марта ошган -OR 2.623. 95% CI 1.207-5.698*), тос-бош диспропорцияси (хавф 1.6 марта ошган- OR 1.681. 95% CI 1.915-3.09*), кўп ҳомиладорлик (хавф 2.2. марта ошган - OR 2.02. 95% CI 1.949-4.307*), ҳомиладорлик давридаги оғир анемия ($Hb \leq 70$ г/л) (хавф 2 марта ошган- OR 2.285. 95% CI 1.063-4.910*), айниқса, хавф ўта юқорилиги НЖЙБК ва антенатал ўлим ҳолатида кузатилган (хавф 30 марта ошган - OR 31.65. 95% CI 15.466-64.778*). 35 ёш ва ундан катта ёшдаги ҳомиладор аёлларда, шунингдек, юқоридаги ҳолатлар билан биргаликда эрта туғилишда хавф сезиларли даражада ошди. Хавфли гуруҳларда КК пайтида бачадон томирларини профилактик боғлаш самарадорлигини аниқлаш учун проспектив когорт тадқиқоти ўтказилди, унда асосий гуруҳга биз томонидан аниқланган массив қон кетиш хавфи омиллари бўлган 318 ҳомиладор аёллар киритилган, уларга КК пайтида бачадон томирларини (бачадон артериялари ва веналари, юмалоқ бойлам) профилактик боғлаш жарроҳлиги ўтказилган. Таққослаш гуруҳига юқорида кўрсатилган массив қон кетиш хавфи бўлган 224 ҳомиладор аёллар киритилган, уларга КК пайтида бачадон томирларини профилактик боғлаш бажарилмаган. КК пайтида 2 жуфт томирни профилактик боғлаш қўлланилган асосий гуруҳда интраоперацион қон йўқотиш 1,4 марта ($569,4 \pm 175,2$ мл ва $815,8 \pm 152,4$) ва операциядан кейинги қон кетиш - 1,9 марта ($249,8 \pm 184,4$ мл ва $463,6 \pm 141,8$ мл) ($p < 0,05$) камайди. Туғруқдан кейинги массив қон йўқотиш (1500 мл дан ортиқ) 7,9 марта ($p < 0,05$) камайди, қуйилган эритроцитар масса ҳажмининг 3 мартага ($p < 0,05$) камайиши ҳамда туғруқдан кейинги кўп қон кетишлари сабабли гистерэктомиялар сони қисқариши қайд этилди: асосий гуруҳда қон кетиши

сабабли бачадон экстирпацияси 0,3% (1) ҳолатда, назорат гуруҳида 4,9% (11) ҳолатда ўтказилди ($p < 0,05$) (6-расм). РПМда 2011 ва 2014-2019 йилларда 13159 та КК операциялари ўтказилди, улардан 2014-2019 йилларда 1604 нафар АҚК га юқори хавфли гуруҳда бачадон томирларини профилактик боғлаш амалга оширилди ва бу массив оғир қон кетишлар сонининг 3 баробар камайишига ва қон кетиши туфайли амалга оширилган гистерэктомия сонининг 50% га камайишига олиб келди. Хавфли гуруҳларда КК пайтида бачадоннинг асосий томирларини профилактик боғлаш массив қон йўқотилишини (1500 мл дан ортиқ) 95% га (224/223) камайтиришда самарали бўлиб, АҚКдан ОЎни камайтиришга ёрдам беради.

Акушерлик амалиётида массив қон кетишига олиб келадиган плацентанинг бачадонга ўсиб кириши - placenta accreta (РА) туғруқнинг 3-даврининг жуда кам учрайдиган патологияси эди, аммо сўнгги 10 йил ичида бутун дунёда ушбу патологиянинг кўпроқ учраши кузатилмоқда, бу кесар кесиш амалиёти частотасининг ўсиши билан боғлиқлиги қайд этилмоқда [Латмшкевич, О. А, 2019, Вуколова В.А., 2018]. Fonseca A, Ayres de Campos D.(2021г) маълумотларига кўра, плацентанинг бачадонга ўсиб кириши онанинг касалланишини 18 марта оширади, йўлдошни олиб ташлашга уринишдан кейин кўп қон кетиш энг кўп учрайдиган асорат бўлиб, онанинг жиддий касаллигига ва охир-оқибат, она ўлимига олиб келиши мумкин. плацентанинг бачадонга ўсиб кириши - placenta accreta учун хавф омилларини аниқлаш учун биз асосий гуруҳни – плацентанинг бачадонга ўсиб кириши аниқланган 56 аёлни ва назорат гуруҳини - placenta accreta аниқланмаган 5361 аёлни таққосладик. Placenta accreta 30-34 ёшлар тоифасида 2,4 (OR 2.411. 95% CI 1.398-4.158*) баравар кўп, 35 ва ундан катта ёшдаги аёллар орасида эса placenta accreta бўлмаган гуруҳга қараганда 2.2 (OR 2,261 95% CI 1.134-4.508*) баравар кўп учраши аниқланди. Placenta accreta қайта туғувчи аёлларда ишончли кўпроқ учраши кузатилди: placenta accreta бўлган асосий гуруҳда аёлларнинг 92,86% қайта туғувчилар ва 7,14% биринчи туғувчилар эди (OR 0.130. 95% CI 0.047-0.360*), таққослаш гуруҳида 37,2% - биринчи туғувчилар ва 62,8% қайта туғувчилар, паритет бўйича - учинчи ёки ундан кўп туққанлар асосий гуруҳда кўпроқ эдилар. Placenta accreta хавф омилларини ўрганиш шуни кўрсатдики, placenta accreta учун энг юқори хавф йўлдошнинг олдинда жойлашуви (OR 381,362, 95% CI 7,994-24,063*) ва бачадон чандиғи – хавф 17 баравар ортган (OR 17,016, CI 9,572-30,249*), бачадонда икки марта чандиқ хавфни 8 марта (OR 8,562, CI 4,605-15,922*), уч марта чандиқ - 9 марта (OR 9,443. 2,166-41,157*) хавфни ошириши аниқланди. Анамнезда аборт 13 марта (OR 13,869, CI 7,994-24,063*), ҳатто анамнезда битта хавфи, 2 ёки ундан кўп абортлар каби хавф туғдирган. Кейинги изланишимиз J. M. Palacios Jaraquemada et al.(2004).нинг placenta accretada органни сақлаш бир босқичли методини такомиллаштирган усулимиз самарадорлигини аниқлашга бағишланди. Асосий №1. гуруҳга 35 placenta accreta ли ҳомиладор аёл кирган, уларга J. M. Palacios Jaraquemada et al.(2004).нинг биз томондан такомиллаштирилган усулимиз бўйича амалиёт бажарганмиз, таққослаш гуруҳига плацента аккретаси бўлган 14 нафар

placenta accreta кузатилган аёл кирган, уларда органни сақлаб қолишга уринмасдан гистерэктомия бажарилган. J. M. Palacios Jaraquemada et al.(2004).нинг placenta accretada органни сақлаш бир босқичли методининг такомиллаштирган модели: профилактика мақсадида в/и антибиотик цефалоспорин 1г. юборилган (операциядан олдин 30-60 минут ичида); Транексам кислотаси 1г. в/и лапаротомиягача юборилган; қорин бўшлиғи яхши ревизия учун учун пастки медиан лапаротомия маъкулроқ; рlіса vesicouterіna ўткир ва тўмтоқ тарзда туширилди; бачадоннинг олд девори бўйлаб, йўлдошнинг юқори томонидан кўндаланг кесма қилинди; ҳомила олинди; вена ичига Окситоцин 5 ед секин ёки Карбетоцин 100 мкг юборилди; бачадон қорин бўшлиғидан чиқарилди; бачадон артерияси ва венасини, юмалоқ боғлам билан бирга битта лигатурада чап ва ўнг томондан тез сўриладиган синтетик ип (полигактин 370) билан боғланди (кесма остидан игна билан, бачадон олдига кириб, тахминан 2 см бачадон тўқимасини ушланди ва ундан бачадон орқа томонидан чиқилди, кейин бачадоннинг кенг боғламининг аваскуляр зонасидан чиқиб боғланди, бунда 1 лигатурага қон томирлари ва бачадоннинг юмалоқ лигаменти ҳам киради); ҳар икки томондан тухумдон-бачадон артерияларини хромли кетгут билан боғланди; плацентанинг бачадоннинг пастки сегментида олд деворга ўсиб кетган тақдирда, инвазияланган миометрий тўқималарни бутун йўлдош билан бирга резекция қилинди, йўлдошнинг ўсиб кирмаган қисмлари қўл билан олиб ташланди; агар йўлдош бачадоннинг орқа деворига ёки ён деворига ўсиб кирса, йўлдошни қўлда ажратиб олинди, ўсиб кирган жойни скапель ёки қайчи билан кесиб олинди, йўлдош ўрнидан қон кетиш жойларига гемостатик чоклар қўйилди; «П» ёки «Z» шаклидаги гемостатик тикувлар бачадоннинг ички қисмидан ҳам, периметрий томондан ҳам қўлланилди; плацентанинг барча ўсган жойларини олиб ташлаш қийин бўлса, плацентанинг бўлакларини 3x3 см дан камроқ қолдиришга рухсат берилади, бу ҳолда асосий мақсад плацента тўшагидан қон кетишини тўхтатишдир; бачадон кесмасига 2 қаторли узлуксиз ёки 1чи қатор алохида, 2 қатор узлуксиз чок («Викрил») қўйилди: бачадонни қайта тиклаш (метропластика) қилинди; «П» ёки «Z» шаклидаги гемостатик чокларни, периметрий томондан бачадоннинг пастки сегментига, агар кўрсатма бўлса - Перейра, Cho компрессион чоклари қўйилди; бачадонни қорин бўшлиғига киритилди; қорин бўшлиғини ревизия қилинди; қорин бўшлиғига дренаж қўйилди, (қон кетишини назорат қилиш учун); қорин олд девори тикилди. Операция СМА да оғриқсизлантирилади, қон йўқотишнинг кўпайиши билан, агар кўрсатма бўлса, умумий эндотрахеал наркоз қўшимча равишда амалга оширилади. Операциядан олдин аёлга ўзининг гурухли 3 доза эр-масса ва 6 доза ЯМП тайёрланади. Агар операция пайтида тез қон кетса ёки 2500 мл дан ортиқ қон кетса, органни сақлаш операцияси тўхтатилди ва гистерэктомия қилинди. 1-жадвалда тадқиқот гурухларида қон йўқотиш ва қон қуйиш бўйича маълумотлар келтирилган.

Жадвал 2.

Асосий ва таққослаш гурухида қон кетиш ва гемотрансфузия

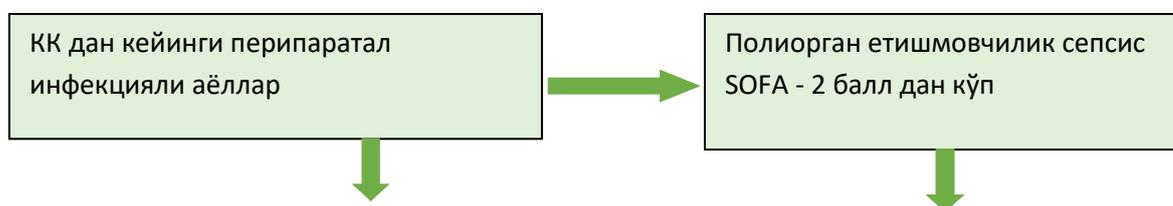
	Группа 1(асосий).n=35	Группа №2 (таққослаш) n=14	Стьюдент t-критерий, p
қон кетиш ўртача миқдори	1650±158мл	2340±172мл	p=0.004925*
гемотрансфузия	29 82,9%	14 100%	p=0.65874
эр-масса, доза	1,7±0,9 ед	4,8±1,2 ед	p=0.031474*
СЗП доза	2,2±0,8	6,7±1,8	p=0.027002*

Биз таклиф қилган бир босқичли бачадонни сақлаб қолувчи жарроҳлик услубининг самарадорлиги асосий гуруҳда 94,3% ни (33/35) ташкил этди, гистерэктомия 2 нафариди (5,7%) ўтказилди. Асосий гуруҳда қон йўқотиш ҳажми, қон препаратлари трансфузиясининг ҳажми таққослаш (гистерэктомия) гуруҳидагига нисбатан ишончли тарзда кам бўлди. Гипотоник қон кетишларида ББТни қўллаш, КК вақтида бачадоннинг асосий томирларини превентив боғлаб қўйиш, плацентани бачадонга ўсиб киришганида аъзоларни сақловчи технологиялар – биз фойдаланган бу усулларга яқун ясаб, хулоса қилишимиз мумкинки, улар ўткир кўп қон йўқотиш оқибатида ОЎ хавфини камайтиришнинг самарали усуллари бўлиб, республикамизда акушерлик амалиётида кенг қўлланиши мумкин.

Бешинчи бобда «Эрта ва кеч преэклампсияда оналик ва перинатал натижалар. Эрта ва кеч преэклампсияни кутиш ва фаол олиб бориш тактикасининг қиёсий таҳлили» эрта преэклампсия (ПЭ) ва кеч преэклампсия ПЭ билан асоратланган ҳомиладорлик натижаларининг батафсил қиёсий таҳлили тақдим этилган. 1-гуруҳга эрта ПЭ бўлган 244 нафар бемор, 2-гуруҳга – кеч ПЭ билан касалланган 423 бемор кирган. Эрта ПЭ ва кеч ПЭ бўлган ҳомиладор аёлларда эклампсия, ХЎЁГ ва HELLP синдроми каби акушерлик асоратлари статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмаслиги аниқланди, аммо эрта ПЭда ўпка шиши (2,9% - OR 6.217. 95% CI 1.281-30.171*), жигар (4,9%- OR 3.074. 95% CI 1.194-7.916*) ва буйрак етишмовчилиги (6,5%- OR 3.640. 95% CI 11.534-8.637*), йўлдошнинг барвақт кўчиши (15,5% OR 2.706. 95% CI 1.606-4.557*), туғруқдан кейин қон кетиш (11,8% OR 1.147. 95% CI 1.227-3.759*) кеч ПЭ гуруҳидан кўпроқ учраши аниқланди. Соматик патологиялар орасида АФС (4,5% OR 3.281. 95% CI 1.198-8.987*), гломерулонефрит (4,9% OR 3.595. 95% CI 1.332-9.704*), оғир анемия (6,5% OR 2.628. 95% CI 1.199-5.760*), тромбоцитопения (19,6% OR 3.097. 95% CI 1.910-5.020*), хроник гипертензия (59,4% OR 3.452. 95% CI 2.483-4.801*), эрта ПЭ гуруҳида кўроқ учраши аниқланди. Кеч ПЭ бўлган ҳомиладор аёлларда эрта ПЭ ҳомиладор аёлларга қараганда семизлик (15,1% OR 0,698. 95% CI 0,432-1,128*), буйрак йўллари инфекцияси (31,4% OR 0,695. 95% CI 0,486-0,995*) кўпроқ учраши аниқланди. Эрта ПЭнинг перинатал натижаларга салбий таъсири аниқланди: ПЭнинг оғирлик даражаси таъсири билан бирга эрта ПЭ да гестацион муддат (22-33 ҳафта) хомила ҳолатига, чақалоқларнинг эрта неонатал давридаги ҳолатига таъсир қилиб, ўта салбий кўрсаткичларга олиб келди- перинатал ўлим (антенатал, интранатал ва эрта неонатал ўлим) эрта ПЭ гуруҳида 9 марта кўпроқ бўлди (OR 9,504. 95% CI 4,963-18,199*). Янги туғилган чақалоқларда асфиксия 3 баравар кўпроқ (OR 3,0991. 95% CI 945-4,936*),

РДС 4,8 марта кўпроқ (OR 4,850. 95% CI 3,207-7,332*) эрта ПЭ гуруҳида аниқланган. Бундан ташқари, эрта ПЭ гуруҳида Апгар шкаласи кўрсаткичи 1чи ва 5чи дақиқада 7 баллдан кам (OR 7,997. 95% CI 5,370-11,908*), 5чи дақиқада 3 баллдан кам бўлиб туғилган янги туғилган чақалоқлар (6.187. 95% CI 2.754- 13.897*) сони кўпроқ учраган. Эрта ПЭ гуруҳида вазни паст бўлган янги туғилган чақалоқлар 8 марта кўп туғилган (OR 8,773. 95% CI 6,031-12,761*), янги туғилган чақалоқларни ЧАРИТБга ўтказиш ПЭ гуруҳига (13,%) қараганда кўпроқ (84,8%) кузатилган. Кейинги тадқиқотимиз ҳомиладорлик даврида 26 ҳафтадан 33 ҳафта 6 кунликкача бўлган эрта ПЭ билан асоратланган 134 аёлда ва 34-36 ҳафта 6 кунликкача бўлган кеч ПЭ билан асоратланган 158 аёлда кутиш тактикаси ва фаол олиб бориш тактикаларининг қиёсий таҳлили бағишланди. Фавқулодда аралашув зарур бўлган барча ҳолатлар (қон кетиш, шок, эклампсия, ҳомила дистресси, бачадон ёрилиши, бошқарувсиз гипертензия, ўткир буйрак етишмовчилиги ва бошқалар) тадқиқотдан чиқариб ташланди. Кутиш тактикаси табиий йўллар орқали туғиш учун кўпроқ имкониятларни тақдим этиши аниқланди, чунки бу гуруҳларда туғруқ индукцияси ўтказилган ва кутиш тактикаси қўлланган эрта ПЭ гуруҳида 25 (33,1%) аёлларда (OR 0,038. 95% CI 0,005-0,289*), кеч ПЭ гуруҳида 29 (40,8%) аёлда табиий йўл орқали туғруқ бўлди (OR 0,552. 95% CI 0,283-1,075*), фаол бошқарув гуруҳида эса, эрта ПЭ бўлган аёлларнинг барчасида (100%) КК амалиёти ўтказилди (OR 26.41. 95% CI 3.456-201.893*), кеч ПЭ бўлган гуруҳда 59.2%да КК ўтказилди (OR 1.813. 95% CI 0.930-3.532*). Кутиш тактикаси қўлланилган эрта ва кеч ПЭ ларда ҳомиладорларда (гарчи бу маълумотлар статистик ишончли аҳамиятга эга бўлмасада) жигар ва буйрак дисфункцияси (кеч ПЭ гуруҳида 47%га), бошқарувсиз гипертензия (кеч ПЭ гуруҳида 40%га), ўпка шиши (20%га), ПОНРП (30% ва 47% га)ошиши кузатилди. Шу билан бирга, кутиш тактикаси қўлланган эрта ПЭ ва кеч ПЭ гуруҳларида дошплерда ҳомила ҳолати ёмонлашиши қайд етилган (48% ва 31%), шу билан бирга, гарчи бу маълумотлар статистик ишончли аҳамиятга эга бўлмасада эрта ПЭ гуруҳида ўлик туғилишининг бироз кўпайиши аниқланди (31%га, OR 0,691. 95% CI 0,061-7,812*). Бу маълумотлар ПЭ кутиш тактикасида олиб борилганда она ва ҳомила ҳолатини диққат билан мониторинг қилиш кераклигини кўрсатади. Кутиш тактикаси қўлланган эрта ПЭ гуруҳида чақалоқлар учун ижобий натижалар кузатилди: РДС билан янги туғилган чақалоқлар сони 2,3 баравар камайди (OR 2,343. 95% CI 0,005-0,289*), бу эса O2 ёки сунбий ўпка вентиляцияга бўлган эҳтиёжни 3,6 мартага пасайишига олиб келди (OR 3,9692. 95% CI 1,667-8,176*), янги туғилган чақалоқларни ЧАРИТБга ўтказишни 2,3 марта (OR 2,342. 95% CI 1,055-5,226*) камайди. Эрта ПЭда фаол тактика қўлланган гуруҳда эрта неонатал ўлим, кутиш тактикаси қўлланган гуруҳга қараганда 2,2 баравар юқори бўлди, лекин бу натижа ўлимлар сонининг пастлиги туфайли статистик тасдиқланмади (OR 2,298. 95% CI 0,768-6,879). Кеч ПЭ гуруҳида (34-36 ҳафта 6 кун) фаол олиб бориш ёки кутиш тактикаси таққосланганда, чақалоқлар касалланиши ёки бошқа натижаларида статистик аҳамиятга эга фарқлар топилмади.

Олтинчи бобда «Перипартал инфекцияда оналар ўлимини камайтириш захиралари» асосланди. Юқорида аниқлаганимиздек, генитал сепсис (ГС)дан ОЎ учун муҳим хавф омилларидан бири КК бўлиб, ўлганларнинг аксарияти (64,5% -66%) ККдан кейин сепсис билан касалланган. Адабиётларга кўра, дунё бўйлаб КК частотасининг ошиши билан перипартал инфекциянинг кўпайиши тенденцияси кутилмоқда (Bakhtawar, S., Sheikh, 2020], ва бу тенденция бизнинг мамлакатимизда ҳам КК амалиёти доимий ўсиб бориши туфайли кутилмоқда. Юқорида аниқлаганимиздан, ўлимга сабаб бўлган асосий омилларга ГС ташхиси кеч кўйилгани ва инфекция ўчоғини олиб ташлашнинг кечикиши кирган. ГСни ўз вақтида ташхислаш ва КК дан кейин даволаш учун биз эндовизуал гинекологиянинг замонавий имкониятларидан ва орган сақловчи усуллардан фойдаланишни таклиф қиламиз. Ушбу тадқиқот РПМ гинекология бўлимида бўлим мудири Гафуров Ж.М. билан биргаликда олиб борилган. Тадқиқотимизда жами КК операциясидан кейин перипаратал инфекцияси бўлган 65 аёл иштирок этган: асосий гуруҳга 43 нафар аёл, таққослаш гуруҳига 22 нафар аёл киритилган. Асосий ва таққослаш гуруҳидаги КК кўрсатмалар куйидагилар эди: чаноқ бош номутаносиблиги (9-20,9%; 7-31,8%), ҳомила ўткир дистресси (5-11,6%; 3-13,6%), оғир ПЭ (5-11,6%; 3-13,6%;), бачадон чандиғи (5-11,6%; 3-13,6%), ҳомиланинг чаноқ билан келиши (3-6,9%; 2-9 %), НЖЙБК (4-9,3% -29%; 1-4,5%), йўлдошнинг олдинда жойлашиши (асосий гуруҳда 4-9,3%), ҳомиланинг кўндаланг ҳолати (3-6,9%; 1- 4,5%), эгизаклар (3-6,9%; 1-4,5%), юрак-қон томир касалликлари (асосий гуруҳда 1-2,3%) ва юқори миопия (таққослаш гуруҳда 2-9%). Аёллар перипаратал инфекцияси билан туғруқдан кейинги даврнинг 6-37 кунларида, асосий гуруҳда ўртача 12,88±6,87 кун, таққослаш гуруҳида ўртача 11,23±4,55 кунда ($p>0,05$) қабул қилинган, гуруҳлараро ёши, паритет бўйича, туғруқдан кейинги сана бўйича статистик фарқ бўлмаган. Таққослаш гуруҳидаги барча 22 беморга миллий клиник протоколлар бўйича анъанавий даволаш (комбинацияланган антибактериал терапия, инфузион терапия, бачадон бўшлиғини кюретаж/вакуум аспирацияси) ўтказилди, даволашнинг таъсири бўлмай, касалланиш жадаллашганда релапаротомия ва гистерэктомия ўтказилди. Беморларнинг асосий гуруҳи 7-расмда келтирилган, кесар кесишли туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликлар учун биз томонидан ишлаб чиқилган диагностика ва даволаш алгоритмига мувофиқ олиб борилди. 3-жадвалда асосий гуруҳда амалга оширилган аралашувлар кўрсатилган.





7-расм. Кесар кесишдан кейин перипаратал инфекцияли аёлларни даволаш ва олиб бориш алгоритми

Қабул қилинган кунининг 2-4 кунларида 31 (72%) беморда диагностик гистероскопия (ГСК) ўтказилди, барча беморларда эндометрит белгилари намоён бўлди. 5 нафар аёлда (16%) бачадонда КК амалиётдан кейинги чоклар етишмовчили (АКЧЕ)нинг аниқ белгилари, 14 (45,1%) беморларда эса АКЧЕга шубҳа бор эди. 12 (38,7%) беморда АКЧЕ белгилари аниқланмади, улар ва АКЧЕга шубҳа қилинган гуруҳдаги 9 беморда жарроҳлик ГСК ўтказилди. АКЧЕ бўлмаган 12 (38,7%) беморларда эндометритнинг консерватив терапияси жарроҳлик ГСКдан кейин давом эттирилди.

Жадвал 3.

Асосий гуруҳдаги беморларда ўтказилган амалиётлар.

Амалиётлар	Асосий гуруҳ n=43	
Релапаротомия + тотал гистерэктомия	4	9,3%

ГСК+ЛС+релапаротомия+ тотальная гистерэктомия	2	4,6%
ГСК+ЛС	3	6,9%
ГСК+релапаротомия+метропластика	5	11,6%
ГСК	12	27,9%
ГСК+ЛС+релапаротомия+метропластика	9	20,9%
Релапаротомия+метропластика	8	18,6%
Умумий	43	100%

14 (45,1%) ҳолатда АКЧЕ шубҳа қилинган ва уларда лапароскопия (ЛС) ўтказилган. ЛСда 2 беморда АКЧЕ белгилари аниқланмади, уларда қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш ўтказилди. 1 беморда чокнинг чап бурчагида қисман етишмовчилик кузатилди, чокдаги лигатураларни олиш ва бачадонга лапароскопик усулда иккиламчи чок қўйиш амалга оширилди. ЛС пайтида қорин бўшлиғи ва бачадоннинг пастки сегменти майдони ва параметрийлар диққат билан кўриб чиқилди, кичик тос бўшлиғи ва қорин бўшлиғининг йирингли шикастланишлари аниқланди, бачадондаги чоклар текширилди, операциядан кейинги чокларда некротик ўзгаришлар, гематомалар ва бошқалар аниқланди. ЛС гуруҳидаги 14 беморнинг 11 (78,6%)га релапаротомия ўтказилди. Релапаротомия вақтида АКЧЕ аниқланган 22 беморга метропластикадан ўтказилди ва иккиламчи чоклар қўйилди. Асосий гуруҳдаги 4 та ҳолатда ГСК ва ЛСдан кейин релапаротомия вақтида ёйилган диффуз перитонит аниқланган, бачадонда операциядан кейинги чокларнинг тўлиқ очилиб кетиши, ичаклараро абсцесслар топилган ва шулар туфайли гистерэктомия қилинган. Шундай қилиб, асосий гуруҳда 6 (13,9%) умумий гистерэктомия, назорат гуруҳида 10 (45,4%) гистерэктомия амалга оширилди, бу онанинг репродуктив функциясини сақлаб қолишда КК дан кейин йирингли септик асоратларнинг диагностикаси ва даволашнинг янги алгоритмининг самарадорлигини кўрсатади (OR 0,1950,95 % CI 058-0,648*). АКЧЕнинг кеч диагностикаси, диффуз перитонит каби оғир асоратлар мавжуд бўлганда, сепсис полиорган етишмовчилиги билан ривожланса, АКЧЕда бачадонда органларни сақлаш операцияларини ўтказишга имкон бермайди, чунки онанинг ҳаётини сақлаб қолиш учун инфекция манбасини бўлган бачадон олиб ташлаш ҳаётий зарур амалиёт хисобланади. ККдан кейинги перипаратал инфекцияларда ГСК ва ЛС туғруқдан кейинги асоратларни ўз вақтида ташхислашда самарали усул эканлиги ва бачадон, қорин бўшлиғини санация қилиш, туғруқдан кейинги инфекцияни умумлаштиришнинг олдини олишнинг ишончли ва самарали чораси эканлиги аниқланди, бу амалиётлар яллиғланиш жараёнини тезроқ бартараф этишга, жароҳатни даволашга ва АКЧЕ бўлганида репродуктив функцияни сақлашга ёрдам беради. «Перинатал ёрдам сифатини оширишда акушерликдаги критик ҳолатлар аудитининг самарадорлиги» еттинчи бобида кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини оширишда критик ҳолатлар аудитини (КХА) самарадорлигини баҳолаш бўйича ўтказилган тадқиқот натижалари берилган. 2011-2019йй. давомида РПМ да 95 да КХА аудити цикли ўтказилган бўйича маълумотлар таҳлил қилинди. КХА аудити ССВ нинг 2007 йил 428-буйруғи ва 2019 йил 313а-буйруғи асосида ўтказилган. Аудит

циклидаги 95 ҳолатлар: 40та (42,1%) «қон кетиш» критик ҳолати бўйича, 35 таси (36,9%) «преэклампсия», 18 таси (18,9%) «сепсис», 2(2, 1%)таси бачадон ёрилиши бўйича ўтказилган. Хомиладор/туғруқ пайти/туғруқдан кейинги даврдаги аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишда аниқланган камчиликлар тоифалар бўйича 4-жадвалда келтирилган.

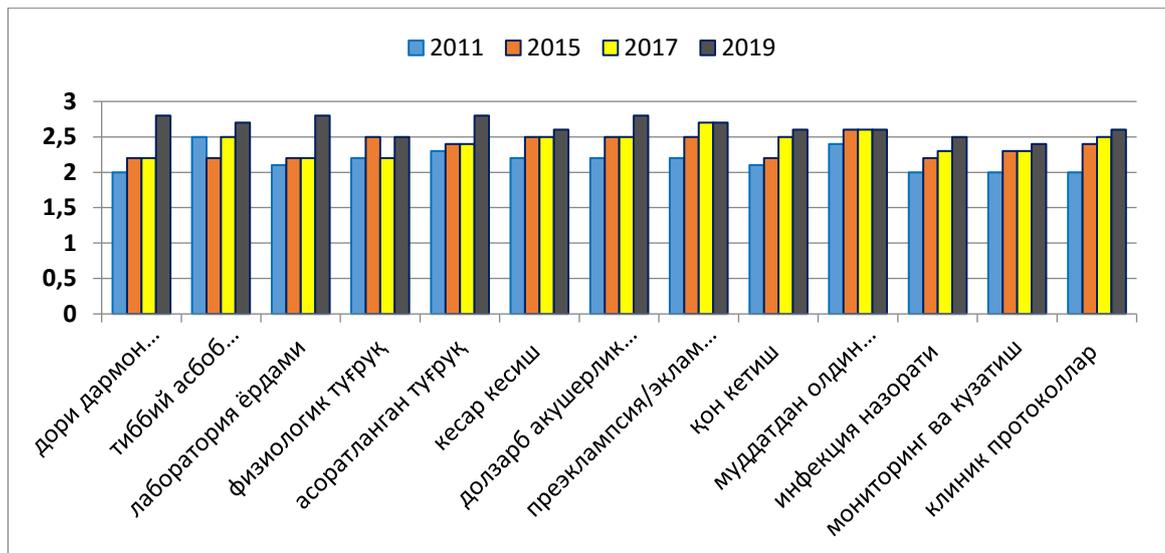
Жадвал 4.

Тиббий ёрдам кўрсатишда аниқланган камчиликлар

тоифалар	йиллар	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	ўртача
РПМга қабул қилиш		11%	9%	8%	7%	9%	11%	5%	7%	9%	8,5%
Ташхис қўйиш		15%	19%	21%	18%	11%	9%	20%	22%	21%	17,3%
Даволаш, олиб бориш тактикасини ишлаб чиқиш		17%	21%	18%	21%	24%	12%	11%	20%	25%	18,8%
Мониторинг ва кейинги даволаш		24%	22%	17%	25%	26%	32%	35%	28%	26%	26,1%
Стационардан чиқариш		18%	14%	27%	23%	22%	19%	11%	9%	8%	16,7%
Тиббий хужжатларни олиб бориш		13%	15%	9%	6%	6%	15%	18%	14%	11%	11,9%
бошқалар		2%	0	1%	1%	2%	2%	0	0	0	0,8%

КХАда кўпинча хомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда беморнинг ҳолати етарли даражада мониторинг қилинмагани аниқланган, бу асоратларни ташхислашнинг кечикишига ва 26,1% ҳолатларда шошилиш ёки режалаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишнинг кечикишига олиб келган. 18,8% ҳолларда акушерлик тактикасини ишлаб чиқиш ва нораціонал туғиш билан оқибатида келиб чиққан асоратларга олиб келдиган муаммолар 18,8% ҳолларда, хомиладорлик/туғруқ ва туғруқдан кейинги даврнинг соматик патологияси ва асоратлари диагностикасида нораціонал текширув ва камчиликлар 17,3% ҳолда, тиббий хужжатларни олиб боришдаги камчиликлар 11,9%, аёлни стационардан чиқариш пайтида текширув ва беморни кейинги даволаниши бўйича тавсияларнинг етарли бўлмаганлиги 16,7% ҳолатларда аниқланган. Тиббий ёрдам сифатига энг катта таъсир кўрсатган омил - ходимлар билан боғлиқ муаммолар сабаб бўлди -31,3%, бу шифокорлар ва акушерларнинг қон кетиш, преэклампсия/эклампсияда шошилиш ёрдам кўрсатишдаги кўникмаларининг етишмаслиги, акушерлик тактикасини ташхислаш ва ишлаб чиқиш бўйича ходимларнинг етарли даражада билимга эга эмаслиги шифокорлар ва доялар ўртасидаги алоқа ва жамоавий ёрдам кўрсатиш етарли даражада эмаслиги ва бошқалар. Кейинги муҳим муаммо - мавжуд клиник протоколларга риоя қилмаслик, ходимларнинг мавжуд клиник протоколлар ва стандартларни етарли даражада билмаслиги, соматик патологияси бўлган беморларни бошқариш бўйича ишлаб чиқилган протоколларнинг йўқлиги, протоколларга риоя этилиши устидан назоратнинг етарли эмаслиги ва бошқалар - 28,4% ни ташкил этди. Тиббий ёрдамни ташкил этишдаги нуқсонлар (тунги вақтда қон

маҳсулотларини етказиб бериш билан боғлиқ муаммолар туфайли қон қуйишнинг кечикиши, кечаси ходимларнинг етишмаслиги туфайли беморни кузатиш билан боғлиқ муаммолар, АРИТ бўлимига жой етишмаслиги туфайли муаммолар, лаборатория хизмати билан боғлиқ муаммолар, маслаҳатчи ва тор мутахассисларни жалб қилиш билан боғлиқ муаммолар, ёш шифокорлар устидан навбатчи масъул шифокорларнинг назорати етарли эмаслиги, доя ва ҳамширалар ишини ташкил этишдаги нуқсонлар ва бошқалар) 23,6% аниқланган. Дори воситалари ва жиҳозлар билан боғлиқ муаммолар 11,2% ва 8,8% аниқланди. Топилган камчиликлар бўйича 9 йил давомида 208 та тавсиялар ишлаб чиқилди ва амалга оширилди. Акушерлик ёрдами сифатини ошириш бўйича критик ҳолатларнинг аудити самарадорлигини ўрганиш учун ЖССТнинг «Оналар ва янги туғилган чақалоқларга стационар ёрдам сифатини баҳолаш воситаси» кўрсаткичлари қўлланилди (ЖССТ 2009й.,1- нашр, ЖССТ 2014й., 2-нашр) Ҳар бир кўрсаткич 4 баллли тизим бўйича баҳоланди: 3 балл - ёрдам клиник протокол ёки халқаро стандартга мувофиқ кўрсатилди; 2 балл - ёрдамнинг субоптимал даражаси, аммо беморларнинг соғлиғи учун жиддий хавф йўқ, беморларнинг ҳуқуқлари ҳурмат қилинган (стандартларга жавоб берадиган сифатга эришиш учун баъзи ўзгартиришлар керак); 1 балл - парваришнинг етарли даражада эмаслиги, беморларнинг соғлиғига жиддий хавф туғдириши, аёллар ва янги туғилган чақалоқларнинг ҳуқуқларининг жиддий бузилиши. Стандартларга жавоб берадиган сифатга эришиш учун сезиларли даражада ўзгаришлар талаб этилади; 0 балл - беморларнинг соғлиғига жиддий хавфларга эга сифати ўта паст ёрдам кўрсатилиши аниқланди. Кўрсатилаётган ёрдам тизимли, қатта ўзгартиришни талаб қилади. Талаб қилинган кўрсаткич - 2,5 балл(яхши сифатли тиббий ёрдам) ва ундан юқори. 8-расмда 2011, 2015, 2017 ва 2019 йилларда РПМ ни ЖССТнинг ушбу воситаси ёрдамида баҳолаш натижалари берилди. ЖССТ баҳолаш воситалари кўрсаткичлари бўйича тиббий ёрдам кўрсатиш сифатининг мониторинги натижалари шуни кўрсатдики, 2011 йилдан 2019 йилга келиб, тиббий ёрдамнинг яхши сифатига (2,5 балл ва ундан юқори) эришиш учун баллнинг ўсиши қуйидаги тоифаларда кузатилди: асоратланган туғруқни бошқариш, (66%га), шошилиш тиббий ёрдам (47% га), преэклампсияни бошқариш (82%га), акушерлик қон кетиш (55% га), эрта туғилишни бошқариш (40% га), генитал сепсис (44% га) ва клиник протоколларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш (47%). Шундай қилиб, акушерликда критик ҳолатларни аудити ҳомиладор/туғруқ/туғруқдан кейинги даврдаги оналарга тиббий ёрдам сифатини батафсилроқ баҳолашга, қўлдан бой берилган имкониятларни аниқлашга, топилган муаммоларни бартараф этиш бўйича тавсияларни ишлаб чиқишга ва уларни амалга оширишга ёрдам берди, бу эса ҳомиладорлик асоратларини бошқариш сифатининг ошишига, рационал шошилиш акушерлик ёрдами ташкил этиш, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этишни такомиллаштирди.



8-расм. Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш

Шундай қилиб, тадқиқотимиз оналар ўлими ва акушерликдаги критик ҳолатларнинг конфиденциал аудити, соғлиқни сақлаш амалиётининг энг заиф нуқталарини аниқлаш ва оналар ўлимининг олдини олиш ва камайтириш муаммоларини ҳал қилиш йўллари белгилаш имконини беришини исботлайди; диагностика усуллари такомиллаштириш, акушерлик амалиётидаги асосий фавқулодда вазиятлар – акушерликда қон кетиш, преэклампсия, генитал сепсисни даволашга дифференциал ёндашув бўйича инновацион амалий ва ташкилий технологияларни жорий этишнинг қонунийлигини кўрсатди.

Иқтисодий самарадорлик.

Ишлаб чиқилган усуллар ва технологияларнинг тиббий ва иқтисодий самарадорлиги акушерликда массив қон кетиш частотасини 90%га, қон қўйиш частотасини 3 бараварга, бачадонни олиб ташлашни 92%га, АРИТ бўлимида даволаниш муддатини 2 бараварга (бачадон ичи баллон тампонадасида), операция вақтида ва операциядан кейинги қон йўқотишнинг 1,9 баравар ва массив қон кетиш частотасининг 7,9 баравар, қон қўйиш ҳажмини 3 баробарга камайишини (бачадон томирларини профилактик бойлашда) ўз ичига олади. Преэклампсияни даволашда дифференциал ёндашув КК операциялари сонининг 40% га қисқаришига ва янги туғилган чақалоқларнинг АРИТ бўлимига ўтказилишини 2 баравар камайишига олиб келди. Бачадонга йўлдош ўсиб кирганида қўлланилган янги усул 94,2% аёлларда бачадонни сақлашга ва гемотрансфузияни 3 баравар камайишига олиб келди. Кесар кесишдан кейинги генитал сепсисни даволашнинг ишлаб чиқилган алгоритми эрта ва юқори аниқлик билан ташхис қўйиш имконини берди, бу эса самарали, шу жумладан органларни сақлаш тактикасини ўз вақтида танлаш, беморнинг АРИТ бўлимида ётиш муддатини 3,3 бараварга қисқартириш имконини берди, аёлларнинг 82%да ҳайз кўриш ва репродуктив функцияларни сақлаб қолиш орқали аёлларнинг ҳаёти сифатини яхшилаш, оналар ўлими хавфини минималлаштиришга эришилди.

ХУЛОСА

1. Мамлакатда охирги 25 йил ичида оналар ўлими коэффициенти 3,5 бараварга камайди, лекин сўнгги ўн йилликда оналар ўлимининг пасайиш суръати секинлашди. Оналар ўлимининг бевосита сабаблари 76,4% ташкил этди, улар орасида деярли хар учинчи аёл акушерликдаги қон кетиш (34,7%) ёки презеклампися (29,2%), хар олтинчи аёл эса перипартал инфекциядан (16,6%) вафот этиши аниқланди.
2. Ёш тоифалари бўйича оналар ўлими хавфи диаграммаси “J” шаклидаги кўринишга эга ва ривожланган давлатларга хосдир. Аёлнинг ёши ошган сари, оналар ўлими хавфи шунча юқори бўлади: 30-34 ёшда оналар ўлими хавфи 25-29 ёшдагиларга қараганда 2,4 марта юқори (OR 2,458; CI 2,059-2,933*), 35-39 ёшда 5,7 марта юқори (OR 5,772; CI 4,613-7,097*), 40 ва ундан юқори ёшда эса 13,5 марта юқори (OR 13,469; CI 9,323-19,459*). Кесар кесиш частотаси кўпайиши оналар ўлими ошишига олиб келади: кесар кесиш орқали туққанда оналар ўлими хавфи табиий йўл орқали туққан аёлларга исбатан 10 бараварга ошган (OR 10,819; 95% CI 9,387-12,469*).
3. Акушерлик қон кетишлар сабабли 100 000 туғруққа нисбатан оналар ўлими интенсив кўрсаткичи 2013-2019 йилларда 4,5 дан 5,7 га ошган. 35 ёшдан юқори ёшда қон кетиш сабабли оналар ўлими хавфи 20-29 ёшга нисбатан 7,6 баравар юқори (OR 7.678; 95% CI 5.209-11.316*). Кесар кесиш акушерлик қон кетиш бўйича оналар ўлимига хавфни 10 бараварга оширган (OR 10.158; 95% CI 6.780-15.220*). 1 даражали туғруқ муассасаларида АҚК дан оналар ўлими хавфи 3 даражали муассасага нисбатан 5 баравар кўп (OR 5,348; 95% CI 3.313-8.632*). АҚКда оналар ўлимига олиб келган, олдини олиш мумкин бўлган асосий омиллар: кечиктирилган жарроҳлик гемостаз -54,5%-88%; қон кетиш хажмини нотўғри баҳолаш 31,6%-55,8%, органларни сақловчи технологияларидан етарли даражада фойдаланмаслик 35,5%-39,9%, антенатал парвариш сифати пастлиги 38,9%-45,3%, шошилиш акушерлик ёрдам ташкил этишдаги муаммолар 28,7%-36,2%. Акушерликда қон кетиш сабабли оналар ўлимининг 77,3%-67,1%ни олдини олиш мумкин.
4. Презеклампися сабабли 100 000 туғруққа нисбатан оналар ўлими интенсив кўрсаткичи 2013-2019 йилларда 4,3 дан 3,7 га камайган. Жигар етишмовчили - 30,2%, церебрал асоратлар 28,0%, ўткир буйрак етишмовчилиги 21,0%, ўпка шиши 20,0% презекламписяда оналар ўлимига олиб келган. Презекламписяда кесар кесиш орқали туғдиришда оналар ўлими хавфи табиий йўл орқали туғдиришдан 30 баравар кўп (OR 30.892; CI 95% 17.621-54.161). Презекламписяда оналар ўлимига олиб келган, олдини олиш мумкин бўлган асосий омиллар: антенатал парваришнинг етарли эмаслиги (72,0%-41,8%); норационал ҳудудийлаштириш (31,4%-23,6%), антигипертензив терапия (38,3%-44,4%), магнезиал терапия (55,8%-30,9%); норационал мониторинг (40,6%-50,9%); норационал туғдириш (12,7%-23,6%); шошилиш акушерлик ёрдам етарли ташкил

- этилмаганлиги (55,9%-45,7%). Презкламписия сабабли оналар ўлимининг 66,3%-54,5% олдини олиш мумкин.
5. Генитал сепсис сабабли 100 000 туғруққа нисбатан оналар ўлими интенсив кўрсаткичи 2013-2019йилларда 2,62 дан 2,08 га камайган. Кесар кесишдан кейин септик асоратлар сабаб оналар ўлими интенсив кўрсаткичи 14,5 дан 7,5га камайган, аммо кесар кесишда септик асоратлардан оналар ўлими табиий йўл орқали туғруққа нисбатан 14 баравар юқори (OR 14.929; 95% CI 5.995-37.176*). Генитал сепсис сабабли ўлимга олиб келган, олдини олиш мумкин бўлган асосий омиллар: сепсис ташхиси кечиктирилиши (57,1%-79,3%), етарли даражада мониторинг қилмаслик (55,4%-72,4%), инфекция ўчоғини олиб ташлашнинг кечикиши (64,3%-79,3%). Генитал сепсис сабабли оналар ўлимининг 60,7%-67,7% олдини олиш мумкин.
 6. Туғруқдан кейинги қон тўхтатишда бачадон ичи балон тампонадаси самарадорлиги 88% (44/50)ни ташкил этди. Бачадон ичи балон тампонадасидан фойдаланиш, диагностик «тампонада тести»ни қўллаш, массив қон кетишлар частотасини 90% га (OR 0,077; 95% CI 0,009-0,635*), қон қуйишни 3 марта камайтирилишига олиб келди ($p=0,012350^*$), қон кетишдан кейинги гистерэктомия амалиётини 92%га камайтирди (OR 0,184; 95% CI 1,021-6,133*).
 7. Кесар кесиш ва ундан кейинги даврда массив қон кетишга юқори хавф оғир презкламписияда (хавф 3.2 марта ошиши - OR 3.224; 95% CI 1.449-5.161*), ХЎЁЖГ/HELLP да хавф 7.8 марта ошиши (OR 7.816; 95% CI 3.870-15.782*), йўлдошнинг барвақт кўчишида хавф 2.7 марта ошиши (OR 2.734; 95% CI 1.449-5.161*), йўлдошнинг олдинда жойлашишида хавф 2.6 марта ошиши (OR 2.623; 95% CI 1.207-5.698*), чаноқ-тос мутаносиблигида хавф 1.6 марта ошиши (OR 1.681; 95% CI 1.915-3.09*), кўп хомилаликда хавф 2.2. марта ошиши (OR 2.02; 95% CI 1.949-4.307*), оғир анемияда хавф 2 марта (OR 2.285; 95% CI 1.063-4.910*), айниқса йўлдошнинг барвақт кўчиши+хомила антенатал ўлимида хавф 30 марта ошиши (OR 31.65; 95% CI 15.466-64.778*) аниқланди. Кесар кесиш амалиёти пайтида массив қон кетишга юқори хавфи бўлган гуруҳда бачадон қон томирларини превентив бойлаш кесар кесиш амалиёти пайтида ва ундан кейинги қон кетишни 1,9 марта ($p<0,05$), массив қон кетишларни 7,9 марта ($p<0,05$), қон қуйиш холатларини 3 марта ($p<0,05$), гистерэктомия амалиётини 10 марта камайишига олиб келди ($p<0.05$).
 8. Йўлдошнинг бачадонга ўсиб киришига хафли омиллар қуйидагилар: йўлдошнинг олдинда жойлашиши (OR 381.362; 95% CI 7.994-24.063*) ва бачадон чандиғи: хавф 17 марта (OR 17.016; CI 9.572-30.249*), бачадонда чандиқ 2 та булса хавф 8 марта (OR 8.562; CI 4.605-15.922*), агар 3 та бачадон чандиғи бўлса хавф 9 марта ошиши аниқланди (OR 9.443; 2.166-41.157*), аёл анамнезида аборт бўлса, хавф 13 марта ошиши аниқланди (OR 13,869, CI 7.994-24.063*). J. M. Palacios Jaraquemada (2004) бачадонга йўлдош ўсиб кирганида бачадонни сақловчи бир босқичли жаррохлик

амалиётининг биз томондан такомиллаштирилган усули самарадолиги 94,2% (33/35) ташкил топди.

9. Эрта преэклампсияда ўпка шиши (2,9% - OR 6.217; 95% CI 1.281-30.171*), жигар (4,9%- OR 3.074; 95% CI 1.194-7.916*) ва буйрак етишмовчилиги (6,5%- OR 3.640; 95% CI 1.534-8.637*), йўлдошнинг барвақт кўчиши (15,5% OR 2.706; 95% CI 1.606-4.557*), АФС (4,5% OR 3.281; 95% CI 1.198-8.987*), гломерулонефрит (4,9% OR 3.595; 95% CI 1.332-9.704*), тромбоцитопения (19,6% OR 3.097; 95% CI 1.910-5.020*), хроник гипертензия (59,4% OR 3.452; 95% CI 2.483-4.801*), хомила ўсиши орқада қолиши (OR 3.815; 95% CI 2.684-5.424*) кўпроқ учрайди. Перинатал ўлим эрта преэклампсияда кеч преэклампсиядан 9 марта кўп (OR 9.504; 95% CI 4.963-18.199*). Эрта (OR 0.038; 95% CI 0.005-0.289) ва кеч (OR 0.552; 95% CI 0.283-1.075*) преэклампсияда туғруқни олиб боришда кутиш тактикаси актив тактикага нисбатан табиий йўл орқали туғиш частотасини 50%га оширади. Эрта преэклампсияда туғруқни олиб боришда кутиш тактикаси чақалоқларда РДСни 2,3 марта (OR 2.343; 95% CI 0.005-0.289*), чақалоқларни реанимация ва интенсив бўлимига ўтказишни 2,3 марта (OR 2.342; 95% CI 1.055-5.226*) камайишига олиб келди. Кеч преэклампсияда туғруқни актив олиб бориш ёки кутиш тактикаси чақалоқлар касалланиши ёки натижаларида статистик таъсир кўрсатмади.
10. Эндовизуал гинекология усулларидан фойдаланиш асосида кесар кесиш орқали туққан аёллардаги перипаратал инфекцияни ташхислаш ва даволаш бўйича ишлаб чиқилган алгоритми самарадорлиги тасдиқланди, бу алгоритм бачадондаги чоклар етишмовчилигини эрта аниқлашга ва репродуктив функциясини ва органни сақловчи амалиётларнинг ижобий натижалари 82% га ошишига олиб келди (OR 0,1950; 95% CI 058-0,648*).
11. Акушерликдаги критик ҳолатлар аудити қуйидаги тоифаларда тиббий ёрдам сифатини оширишга олиб келди: «асоратланган туғруқни олиб бориш» (66%га), «долзарб ёрдам» (47%га), «преэклампсияни олиб бориш» (82%га), «акушерлик қон кетишда долзарб ёрдам» (55%га), «муддатдан олдинги туғруқларни олиб бориш» (40%га), «генитал сепсисни олиб бориш» (44%га) ва «клиник протоколларни ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ этиш» (47%га).
12. Акушерликда қон кетиш, преэклампсия, генитал сепсисни даволашда инновацион амалий ва ташкилий технологияларни жорий этиш, оналар ўлими даражасини пасайтиришнинг асосий имконияти саналади.

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

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БАБАЖАНОВА ШАХИДА ДАДАЖАНОВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И ЛЕЧЕБНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ
МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ**

**14.00.33 - Общественное здоровье. Менеджмент в здравоохранении
14.00.01 – Акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА (DSc) МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

ТАШКЕНТ – 2022

Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за номером B2019.4.DSc/Tib266

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещён на веб-странице научного совета (www.tashpmi.uz) и информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziynet.uz).

Научные консультанты: **Асадов Дамин Абдурахимович**
доктор медицинских наук, профессор

Джаббарова Юлдуз Касимовна
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные
оппоненты:** **Ибрагимов Азиз Юлдашевич**
доктор медицинских наук, доцент

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор

Юлдашев Усман Юлдашевич
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Ташкентская медицинская академия**

Защита состоится «__» _____ 2022 г. в ____ 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 (DSc) 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 «__» _____ 2022 год.
(Протокол рассылки № ____ от _____ 2022 года).

А. В. Алимов
Председатель научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

К.Н. Хаитов
Учёный секретарь научного совета по присуждению учёных
степеней, доктор медицинских наук, доцент

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (DSc.) диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мире особое внимание уделяется снижению материнской смертности (МС), изучению ее причин и предупреждению. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «...в мире ежедневно умирает около 810 женщин от осложнений, связанных с беременностью или родами, и ежегодно умирает 295 000 женщин; большинство материнских смертей — 94% — приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, в то время как на развитые страны приходится лишь 0,5%...»⁴. Коэффициент материнской смертности (КМС) составляет 211 материнских смертей на 100 000 живорождений во всем мире, среди них КМС в странах Африки к югу от Сахары составляет 542, в Латинской Америке - 73, в Южной Азии - 163, в Северной Америке - 18, в Восточной Азии - 69, а в Западной Европе КМС составляет всего 5 материнских смертей на 100 000 живорождений. В 2015 г. на Саммите Организации Объединенных Наций (ООН) приняты Цели устойчивого развития, одной из которых является снижение МС на треть к 2030 г., в связи с этим, совершенствование организационных, диагностических и лечебных мероприятий по предупреждению МС является одной из актуальных задач современного акушерства.

В мире проводится ряд научных исследований, посвященных совершенствованию акушерской помощи и выявлению предотвратимых факторов при послеродовых кровотечениях, артериальной гипертензии и септических осложнениях, являющихся ведущими причинами МС. В этой связи, оценка факторов риска МС и критических состояний, связанных с акушерскими кровотечениями, гипертензивными состояниями, перипаратальной инфекцией; разработка организационных и медицинских подходов для повышения качества акушерской помощи, снижения материнской и младенческой заболеваемости и смертности, внедрение инновационных технологий для своевременной диагностики, лечения и профилактики осложнений во время беременности/родов/послеродовом периоде является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих перед специалистами в данной области. В нашей стране проводятся комплексные реформы по укреплению здоровья женщин, повышению качества родовспоможения, обеспечению безопасного материнства, совершенствованию системы перинатальной помощи на основе мировых стандартов. В нашей стране определены такие приоритеты, как «...совершенствование системы высокотехнологичной медицинской помощи женщинам детородного возраста, беременным и детям, оснащение перинатальных центров необходимым медицинским оборудованием и

⁴ Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.

средствами, обеспечение их квалифицированными кадрами...»⁵. В связи с этим, необходимо поднять на новый уровень качество оказания медицинской помощи женщинам, разработать и усовершенствовать организационные, диагностические и лечебно-профилактические методы при акушерских кровотечениях, гипертензивных нарушениях и послеродовых гнойно-септических осложнениях, которые являются основными причинами МС.

Данное диссертационное исследование будет способствовать реализации задач, поставленных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», №УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному улучшению здоровья системы здравоохранения 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» и Постановления Президента Республики Узбекистан № ПП-216 от 25 апреля 2022 г. «Об усилении охраны материнства и детства в 2022-2026 годах» и других нормативно-правовых актах, действующих в области охраны материнства и детства.

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

Обзор международных научных исследований по теме диссертации⁶

Исследования причин материнской смертности и профилактики МС, а также повышения качества оказания помощи при акушерских кровотечениях, преэклампсии, сепсисе проводились в ведущих научных центрах и высших учебных заведениях мира, в том числе в University of Oxford (Великобритания), CDC (США), University of British Columbia, (Канада), University of Toronto (Канада), North Middlesex University Hospital (Великобритания), Santa Maria University Hospital (Португалия), University of California (США), University of Strasbourg (Франция), University in Rohtak (Индия), Hospital Universitario CEMIC (Аргентина), Sakakibara Heart Institute (Япония), Ankara University (Турция), Национальном медицинском исследовательском центре акушерства, гинекологии и перинатологии имени

⁵ Указ Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы»

⁶ Обзор международных научных исследований по теме диссертации проведен по: <http://oxford.university-guides>, <https://www.cdc.gov/>, <https://www.ubc.ca/>, <https://www.utoronto.ca/>, <https://www.northmid.nhs.uk/>, <http://www.chln.pt/>, <https://www.universityofcalifornia.edu/>, <https://en.unistra.fr/>, <https://mdu.ac.in/>, <https://www.cemic.edu.ar/>, <https://www.sakakibara-hp.com/>, <https://www.ankara.edu.tr/>, <https://ncagp.ru/>, <https://www.akusherstvo.uz/>, <https://tashpmi.uz/>, www.pubmed, www.sciencedirect.com, www.cochrane.org, www.rcog.org.uk, www.acog.org, www.medline.ru, www.ncbi.nlm.nih. и другим источникам

академика В.И. Кулакова (Россия), Республиканском научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии и Ташкентском педиатрическом медицинском институте (Республика Узбекистан).

Во всем мире проводятся исследования по совершенствованию организационных, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий по снижению МС, по которым получены ряд результатов: разработана методология конфиденциального анализа материнской смертности (University of Oxford, UK); доказана предотвратимость 86,8% случаев МС по причине послеродового кровотечения (Sakakibara Heart Institute, Japan); выявлен рост осложнений в родах у женщин старше 35 (University of British Columbia, University of Toronto, Canada); доказано, что в странах с низким и средним уровнем дохода, неправильная хирургическая техника и недостаточная профессиональная квалификация хирурга при операциях по вращению плаценты в матку приводят к МС в 87% случаях (Hospital Universitario CEMIC, Argentina); доказано, что МС среди чернокожих женщин в 3 раза выше, чем у белых женщин, что связано с проблемами доступности медицинской помощи, качеством оказываемой акушерской помощи и наличием хронических заболеваний у женщин (CDC, USA); доказано, что наложение компрессионных швов на матку при послеродовых кровотечениях предотвращает массивное кровотечение (Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова, Россия); доказано, что своевременное восполнение ОЦК при кровотечениях снижает материнскую смертность (РСНПМЦАиГ, Узбекистан).

В настоящее время во всем мире проводятся исследования по поиску резервов снижения МС при акушерских кровотечениях, артериальной гипертензии и перинатальном сепсисе; посвященные проблеме повышения качества оказания помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, в том числе по следующим приоритетным направлениям: совершенствование мер профилактики массивных послеродовых кровотечений; разработка органосохраняющих методов при вращении плаценты; усовершенствование мер, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости, инвалидности и смертности при преэклампсиях; диагностика и оценка эффективности лечения эндоскопическими методами при генитальном сепсисе; определение социально-гигиенических и медицинских факторов риска МС; разработка клинических и организационных подходов к ведению беременных и женщин в критическом состоянии, а также создание эффективных программ соответствующих профилактических мер.

Степень изученности проблемы. С конца прошлого века во многих странах повышение качества медицинской помощи стало главным вопросом повестки дня систем здравоохранения, в частности, службы родовспоможения. ВОЗ в 2004 г. подчеркнув необходимость разработки и реализации стратегии ликвидации предотвратимой материнской смертности, призвала к проведению конфиденциального анализа материнской

смертности, а также аудиту «едва выживших», «near-miss» - критических случаев. В современной зарубежной литературе имеются исследования, где определено, что конфиденциальный аудит МС и критических состояний «near-miss», привели к улучшению качества медицинской помощи за счет выявления причин смерти и факторов, способствовавших неблагоприятным исходам, а также внедрению рекомендаций по их профилактике (Kumar M. S. et al., 2022; Lewis G. et al., 2019; Mansuri F., Mall A., 2019; Telmo Henrique Barbosa de Lima. et al., 2019; Lazzerini M. et al., 2018.). Выявлено, что акушерские кровотечения являются основной причиной МС и тяжелых материнских заболеваний (Zhang XQ, Chen XT, 2021; Suarez S, Conde-Agudelo A, 2020; Kallianidis A. F., Maraschini A., Danis J., et al. 2020; Adanikin AI, Umeora O.U., 2019; Huque S., Roberts I., 2018.). На протяжении многих лет при неэффективности консервативных мероприятий по остановке послеродового кровотечения, единственным хирургическим методом лечения кровотечения была гистерэктомия, но в последние десятилетия в качестве альтернативы гистерэктомии предложены органосохраняющие операции (Moleiro M.L. et al., 2022; Finlayson K, Vogel JP, 2021; Palacios-Jaraquemada J.M. et al., 2020). Установлено, что вращение плаценты стала серьезной акушерской проблемой из-за 18-кратного увеличения риска материнской смертности (Fonseca A, Ayres de Campos D. et al., 2021; Morlando M. et al., 2020г., Husseina Ahmed M. et al., 2018).

Научные исследования ученых из стран СНГ показали, что баллонная тампонада матки эффективна для остановки кровотечения после родов (Кукарская Е.Ю., 2019; Баринов С.В. и соавторы, 2019). Установлено, что окклюзия общей подвздошной, внутренней подвздошной или маточных артерий при вращении плаценты в матку уменьшает кровотечение и способствуют проведению органосохраняющих процедурах (Шмаков Р.Г. и соавторы, 2021; Курцер М.А. и соавторы, 2019; Бреслав И. Ю. и соавторы, 2019). Выявлено, что акушерский перитонит в последние годы характеризуется более стертым течением, что приводит к задержкам в диагностике и лечении (Глухов Е.Ю. и соавторы, 2021; Иванников Н.Ю. и соавторы, 2019; Апресян С. В. и соавторы, 2019 г.).

В Узбекистане на протяжении десятилетий проблема МС интересовала многих исследователей и организаторов здравоохранения. Клинические аспекты МС отражены в работах Пахомовой Ж.Е., 2022; Ризаева Ж.А., 2022; Нажмутдиновой Д.К., 2021; Каримовой Д.Ф. 2021; Закировой Н.И., 2021; Ан А.В., 2021 и др. Показана роль изменений цитокинов, иммунологических механизмов и гемостаза в развитии критических форм преэклампсии (Ниязметов Р.Э. и соавторы, 2022 г.; Султанов С.Н. и соавторы, 2021 г.; Негмаджанов Б.Б. и соавторы 2021 г.; Каримов А.Х., 2019 г.), продолжается поиск подходов к ведению родов у беременных с соматическими заболеваниями (Каттаходжаева М.Х. и соавторы, 2021 г.; Зуфарова Ш.А. и соавторы, 2020 г.; Саиджалилова Д.Ж. и соавторы, 2020г), пересматриваются пути снижения операционно-анестезиологического риска при кровотечениях (Юсупбаев Р.Б., 2022; Ким Е.Д., 2022). Выявлено, что инфекции и

воспалительные процессы женских половых органов способствуют развитию перипартальной инфекции (Магзумовой Н.М. и соавторы, 2021 с.).

Однако, в настоящих исследованиях структура предотвратимой МС и критических состояний в акушерстве с учетом клинических особенностей патологического процесса недостаточно определена, роль организационных, медицинских, социальных и клинических факторов в возникновении и развитии этих случаев не была всесторонне проанализирована. При вращении плаценты и при послеродовых септических состояниях одним из перспективных и относительно новых направлений могут быть органосохраняющие технологии. Учитывая вышесказанное, во всём мире, исследования по определению предотвратимых факторов риска МС и критических состояний, по совершенствованию организационных и медицинских технологий по повышению качества оказания медицинской помощи при основных причинах МС – акушерских кровотечениях, преэклампсии и перипартальном сепсисе, являются актуальными с научной и практической точки зрения.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан и является фрагментом плановой работы Ташкентского Педиатрического медицинского института (гос. регистрации № 01980006703) по акушерству и гинекологии (2020-2023 гг.).

Цель исследования заключается в усовершенствовании комплекса организационных и лечебно-диагностических мероприятий по предупреждению материнской смертности и обоснование резервов её дальнейшего снижения.

Задачи исследования:

на основе конфиденциального анализа материнской смертности определить структуру причин МС, провести оценку качества акушерской помощи, выявить предикторы неблагоприятного исхода и определить предотвратимые факторы МС при акушерских кровотечениях, преэклампсии, генитальном сепсисе;

оценить эффективность баллонной тампонады матки при послеродовых кровотечениях;

определить наличие и особенности факторов риска массивных акушерских кровотечений и оценить эффективность превентивной перевязки маточных сосудов при кесаревом сечении в группе риска на послеродовое кровотечение;

оценить основные факторы риска на вращение плаценты и усовершенствовать родоразрешение беременных с вращением плаценты для сохранения репродуктивной функции;

определить материнские, перинатальные исходы и оптимизировать акушерскую тактику дифференцированного выбора срока и метода родоразрешения беременных с ранней и поздней преэклампсией;

разработать и оценить эффективность алгоритма по ведению больных с перипартальной инфекцией, родоразрешенных путем кесарева сечения;

оценить значимость цикла аудита критических случаев в акушерской практике в повышении качества оказываемой помощи как инструмента для предупреждения и снижения материнской смертности на уровне учреждения;

Объект исследования. 8299 госпитализированных в Республиканский перинатальный центр женщин от 18 до 49 лет в 2016-2021гг. и 915 случаев материнских смертей за 2013-2019гг. по стране.

Предметом исследования явились медицинская документация умерших женщин, анонимные опросные листы медработников, формы отчетов по циклу аудита критических случаев в акушерской практике, истории болезни, истории родов, истории развития новорожденных.

Методы исследования. Социально-гигиенический метод, общеклинический метод, инструментальные методы, метод экспертных оценок, хирургический метод, аудит и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

на основе конфиденциального анализа материнской смертности с использованием анонимных анкет медработников доказаны неиспользованные возможности и резервы для повышения качества оказываемой помощи при ведении беременных, рожениц и родильниц с акушерскими кровотечениями, преэклампсией, генитальным сепсисом;

в рамках протокола борьбы с послеродовым кровотечением, основанного на этапности профилактических и лечебных мероприятий, доказана эффективность баллонной тампонады матки;

определены группы риска развития тяжелого, массивного послеродового кровотечения при КС и доказана эффективность превентивной перевязки сосудов матки при абдоминальном родоразрешении в этих группах;

разработана органосохраняющая технология при вращении плаценты, позволяющая предупредить массивную кровопотерю, сохранить репродуктивную функцию и улучшить качество жизни женщины и доказана её эффективность (патент №FAP 01684);

научно обоснован дифференцированный выбор акушерской тактики при манифестации преэклампсии до и после 34 недель гестационного срока в целях улучшения исходов для матери и ребенка;

доказана эффективность разработанного алгоритма ведения больных с перипартальной инфекцией после кесарева сечения, целесообразность применения эндоскопических методов, позволивших в комплексе терапевтических воздействий реализовать органосохраняющую тактику при несостоятельности шва на матке после кесарева сечения;

обоснована эффективность разработанной методологии цикла аудита критических случаев по повышению качества и оптимизации оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, снижению

случаев материнской смертности ввиду сходства факторов, приведших к летальному исходу.

Практические результаты исследования:

рекомендован многофакторный конфиденциальный анализ МС с изучением анонимных анкет медработников, позволяющий выявить ведущие причины летальных исходов, индивидуализировать факторы предотвратимости в зависимости от нозологической формы и определить резервы по профилактике и снижению МС;

разработаны, усовершенствованы и рекомендованы инновационные лечебно-методические подходы, повышающие качество оказания специализированной помощи при акушерских кровотечениях и снижающие вероятность неблагоприятного исхода: баллонная тампонада матки при атонических послеродовых кровотечениях, снижающая количество массивных кровотечений, объем гемотрансфузий, повышающая частоту проведения органосохраняющих технологий; превентивная перевязка магистральных сосудов матки во время КС в группе беременных высокого риска на тяжелое атоническое кровотечение, позволяющая снизить массивные послеродовые кровотечения, объем переливаемой эритроцитарной массы, частоту гистерэктомий; модифицированная органосохраняющая хирургическая технология в случаях вставания плаценты, позволяющая сохранить репродуктивную функцию матки и повысить качество жизни женщины;

разработан и рекомендован дифференцированный подход при ведении беременных с ранней и поздней преэклампсией для улучшения исходов матери и ребенка;

разработан и рекомендован к применению на практике алгоритм ведения больных с перипартальной инфекцией, развившегося после кесарева сечения, с использованием эндоскопических методов как эффективный метод, позволяющий своевременно диагностировать несостоятельность послеоперационного шва на матке и выполнить органосохраняющие вмешательства;

разработана и рекомендована методология цикла аудита критических случаев в качестве модели управления качеством акушерской помощи, которая предусматривает реализации комплекса как организационных, так и медицинских технологий, направленных на профилактику и снижение материнских потерь.

Достоверность результатов исследования подтверждена применением теоретических подходов и современных, взаимодополняющих, информативных клинических, инструментальных, статистических методов исследований, проведенных на достаточном количестве больных, а также сопоставлением полученных научных результатов с зарубежными и отечественными исследованиями, заключение,

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется научным обоснованием эффективности разработанных в акушерстве организационных, лечебных, диагностических и профилактических методов

при кровотечениях, преэклампсии и перипаратальной инфекции.

Практическая значимость результатов исследования заключается в повышении качества оказания медицинской помощи беременным женщинам на основе усовершенствованных методик аудита материнской смертности и критических состояний в акушерской практике; разработанные медико-организационные методы при послеродовых кровотечениях, преэклампсии и перипаратальной инфекции позволяют повысить эффективность лечения, предупредить осложнения и снизить материнскую и младенческую заболеваемость и смертность.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов, полученных по оптимизации организационных и лечебно-диагностических технологий для снижения материнской смертности: получен патент Республики Узбекистан №FAP 01684 на «Способ предотвращения массивного кровотечения и сохранения матки при вращении плаценты в нижний сегмент матки во время операции кесарева сечения». Данная технология позволяет сохранить матку при вращении плаценты и репродуктивную функцию у 94,2% женщин, а также уменьшает количество массивных акушерских кровотечений, предупреждает летальный исход;

разработаны и внедрены методические рекомендации «Метод конфиденциального анализа критических ситуаций в акушерской практике» (заключение №8 н-р/79 Министерства здравоохранения от 05.03.2019г.). Внедрение научных результатов позволило внедрить в акушерскую практику конфиденциальный анализ критических случаев в качестве инновационного инструмента профилактики случаев МС; разработаны и внедрены методические рекомендации «Использование метода управляемой баллонной тампонады для остановки послеродового атонического кровотечения» (заключение №8 н-р/78 Министерства здравоохранения от 05.03.2019г.). Внедрение научных результатов позволило повысить эффективность проводимых консервативных мероприятий по остановке гипотонических кровотечений на 88%, снизить частоту массивных кровопотерь, органоуносящих операций и предотвратить МС. Полученные результаты исследования, направленные на выявление и решение медико-организационных аспектов по снижению МС, внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в практику акушерских отделений Ферганского, Ташкентского областных перинатальных центров, Республиканского перинатального центра (РПЦ) (заключение Министерства здравоохранения № 08-111330 от 27 апреля 2022 года). Внедрение полученных научных результатов позволило повысить экономическую эффективность за счет сокращения частоты развития массивных кровопотерь 7,6 раза, снижению объема переливаемой крови в 3 раза, снижения частоты КС на 40% и органоуносящих операций – от 83% до 94,2%, пребывания больных женщин и новорожденных в отделении реанимации и интенсивной терапии 2 раза, что обусловило благополучный исход родов для женщин и новорожденных, минимизировать риск материнской и младенческой смертности.

Апробация результатов исследования. Результаты диссертационной работы обсуждены на 8 республиканских и 13 международных научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 38 научных работ, из них 15 статей, в том числе 13 в национальных и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, семи глав, заключения, практических рекомендаций, списка использованной литературы, приложений. Объем диссертации составляет 200 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** обосновывается 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 опубликованным работам, структуре и объему диссертации.

В первой главе диссертации «**Проблема материнской смертности в современном мире и поиск резервов благоприятного исхода беременности и родов**» приводится обзор литературы. В обзоре литературы проанализированы теоритические аспекты и систематизированы исследования, посвященные современным подходам к оценке и анализу МС и «near miss», вопросам акушерских кровотечений (АК), тяжелой ПЭ, послеродового генитального сепсиса (ГС) как основных причин МС. В этой главе особое внимание уделено преимуществам и недостаткам современных методов ведения беременности, родов и послеродового периода при АК, ПЭ, ГС, а также способов лечения этих осложнений для снижения МС и тяжелой материнской заболеваемости, включая, такие кровосберегающие технологии, как управляемая баллонная тампонада матки, превентивная перевязка магистральных сосудов матки, органосохраняющий подход при вращении плаценты. Представлены сведения о возможности использования эндоскопических методов для своевременного выявления послеродовых осложнений, проанализированы возможности дифференцированного подхода при родоразрешении женщин с ПЭ. В заключении главы освещены аспекты, которые остаются нерешенными или нуждаются в уточнении в этой области. Во второй главе диссертации «**Материалы и методы исследования**» даны сведения по клиническому материалу, дизайну исследования (Рис.1.) с описанием этапов исследования, представлены использованные методы диагностики и лечения. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач было проведено комплексное обследование 9214 женщин в возрасте от 18 и более лет, изучены данные 313 опросных анкет

медицинских работников. У 8166 женщин проведен ретроспективный анализ (915 случаев МС, 95 – критические случаи в акушерстве «near miss», факторы риска на тяжелое кровотечение, вращение плаценты определены у 422 в сравнении с 6734 женщин контрольной группы).

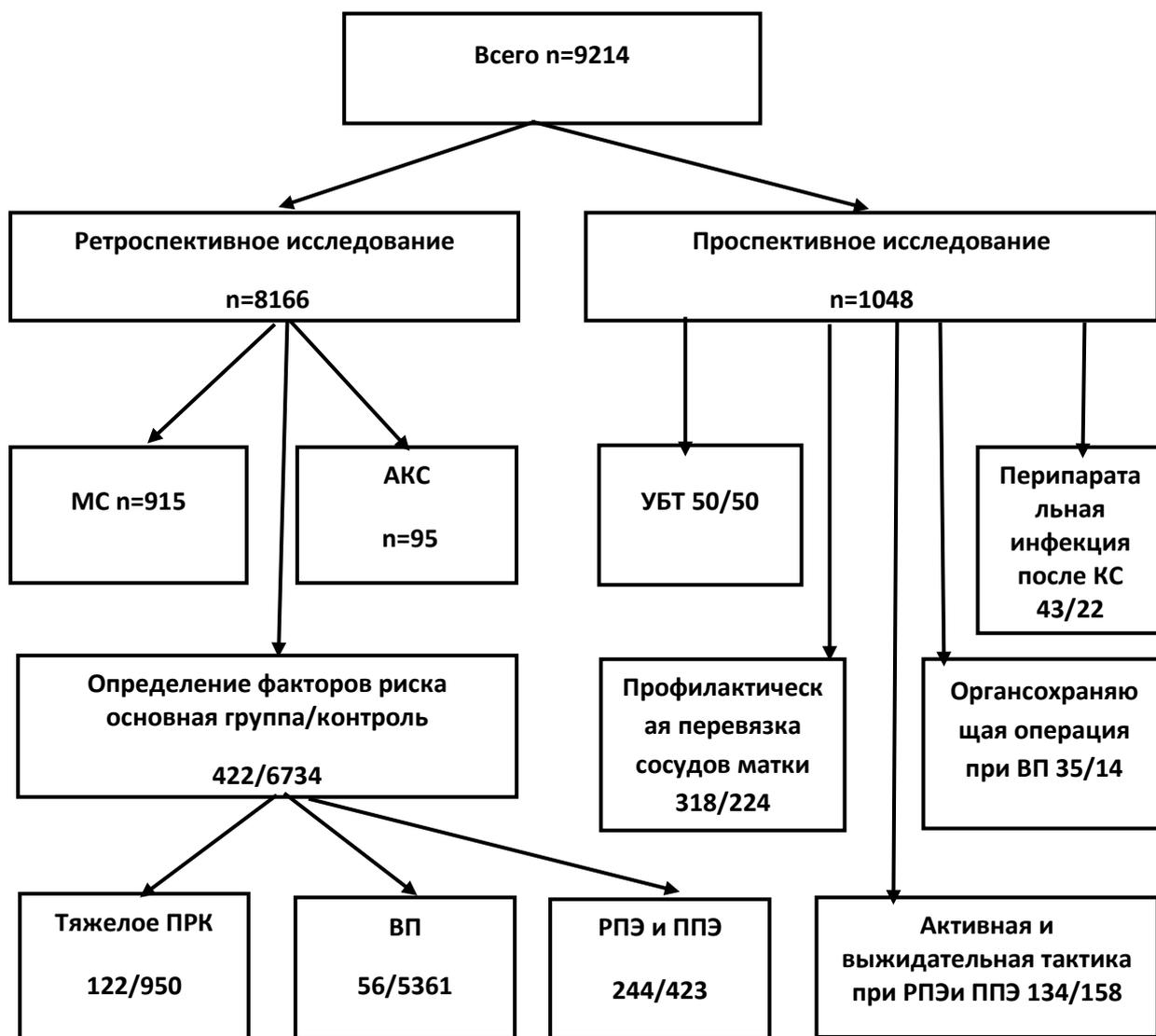


Рис.1. Дизайн исследования.

У 1048 женщин проведено проспективное исследование, выполнены лечебно-профилактические технологии при АК, ПЭ и ГС (основная группа – 580 женщин), 468 женщин составили группу сравнения. Исследование проводилось в РПЦ в несколько этапов. На первом этапе было проведено конфиденциальное исследование 915 случаев МС, имевших место в учреждениях родовспоможения в Узбекистане (2013-2019 гг.) и 95 «near miss», прошедших в РПЦ, а также 313 опросных анкет медицинских работников по случаям МС. На втором этапе в ретроспективном когортном исследовании определены факторы риска на тяжелое кровотечение у 122 женщин и вращение плаценты у 56 женщин, по отношению к женщинам групп контроля: 950 и 5361, соответственно. В проспективном когортном

исследовании проведена поэтапная оценка использованных кровосохраняющих технологий в различных когортах: 1-ую группу составили 50 родильниц, у которых определена эффективность использования управляемой баллонной тампонады (УБТ) матки при послеродовых кровотечениях, группу сравнения составили 50 родильниц с послеродовым кровотечением без использования УБТ. 2-ую группу - 318 женщин группы высокого риска на тяжелое послеродовое кровотечение (ПРК), которым во время КС произведена превентивная перевязка магистральных сосудов матки с группой сравнения 224 женщин из группы риска на тяжелое ПРК без перевязки сосудов матки. 3-я группа включала 35 рожениц, которым применена модифицированная органосохраняющая технология при вращении плаценты (ВП) с группой сравнения 14 женщин с ВП, которым проведена гистерэктомия без попытки сохранения органа. Отбор осуществлялся методом случайной выборки. На третьем этапе проведена ретроспективная оценка факторов риска и исхода 667 родов при ранней и поздней ПЭ и проспективное когортное исследование 292 случаев с ранней и поздней ПЭ с выжидательной и активной тактикой ведения беременных и определена ее эффективность. На четвертом этапе разработан и обоснован алгоритм ведения родильниц с перипартальной инфекцией, включающий новые малоинвазивные технологии для диагностики и лечения послеродового ГС, который применен у 43 родильниц, определена эффективность органосохраняющих операций при несостоятельности швов на матке после КС (группа сравнения состояла из 22 больных, пролеченных традиционным методом). Далее определена эффективность цикла аудита критических ситуаций в акушерской практике (АКС) в повышении качества оказываемой помощи в РПЦ, из которых 40 заседаний проведены по анализу АК, 35 - по ПЭ -и 18 – ГС и 2- по разрыву матки. Всем беременным проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, согласно клиническим протоколам. Методы исследования включали методологию конфиденциального исследования случаев материнской смертности (КИСМС), экспертную оценку согласно приложения №5 приказа №243 МЗ РУз. от 2009г, цикла АКС, согласно приказу МЗ РУз. №428 от 2007г. и №313а.от 2019г. Представлены использованные методы профилактики и лечения тяжелых акушерских осложнений: УБТ матки при ПРК, метод превентивной перевязки 2 пар магистральных сосудов при КС, модифицированный метод органосохраняющей операции при ВП. Изложены дифференцированное ведение беременных при тяжелой ПЭ с учетом гестационного срока ее развития, эндовизуальные и хирургические методы исследования и лечения перипартального сепсиса с целью сохранения органа, менструальной и детородной функции женщины. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с помощью пакета прикладных программ Statistica 12.0, «Excell» 2007. Оценивали значимость различий (p) при нормальности распределения вариаций и однородности дисперсий по t-критерию Стьюдента, при ненормальности распределения – U критерию Манна-Уитни; при $p < 0,05$ распределение расценивалось

нормальным. Для сравнения двух зависимых (парных) выборок при нормальности распределения использовали парный t-критерий Стьюдента. Для оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора рассчитывался критерий хи-квадрат (χ^2). Количественную интерпретацию тесноты связи фактора риска с исходом основывали на расчёте отношения шансов (OR) (odds ratio) с 95%-м доверительным интервалом (CI). Значимость модели оценивали по значению уровня построенной модели $p < 0,05$.

В третьей главе диссертации «Медико-организационные факторы риска и качество медицинской помощи в структуре материнской смертности в Узбекистане» на основании проведенного анализа структуры 915 случаев МС установлено, что в 2013-2019 гг. основные причины МС в стране – это прямые акушерские причины – 76,4%(699), и среди прямых причин почти каждая третья женщина умерла от акушерского кровотечения 253(34,7%) или преэклампсии 207(28,7,7%), а каждая шестая женщина умерла от перипартального сепсиса 120(16,6%). Непрямые причины МС составили 23,6%. Было выявлено, МС чаще всего происходит в возрастной категории 20-29 лет (489-54,7%), но интенсивный показатель смертности в этих возрастных категориях 20-24 лет и 25-29 лет самый низкий и составляют 12,94 и 12,64 на 100 000 родов (Рис.2).

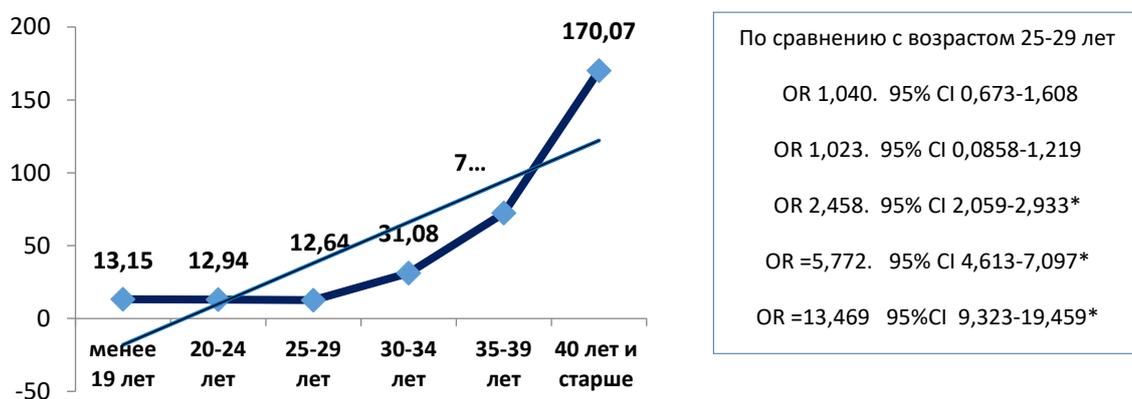


Рис.2. Риск МС по возрастам (интенсивный показатель) на 100000 родов.

Риск МС по возрастным категориям в нашей стране имеет “J” образную форму, что более характерно для развитых стран. В возрастной категории менее 19 лет, риск МС на 16% выше, чем в возрасте 20-24 лет и на почти 40% выше, чем в возрасте 25-29 лет (OR 1,040; 95% CI 0,673-1,608), но в виду малого количества МС в этой возрастной категории, данные статистически не значимы. Начиная с возраста 30 лет, риск МС достоверно повышается, причем, чем выше возраст, тем выше риск: в возрасте 30-34 лет риск МС 2,4 раз выше (OR 2,458; 95% CI 2,059-2,933*), чем в возрасте 25-29 лет, в возрасте 35-39 лет - 5,7 раз выше (OR 5,772; 95% CI 4,613-7,097*), в возрасте 40 лет и выше - на 13,5 раз выше (OR 13,469; 95% CI 9,323-19,459*), чем в возрасте 25-29 лет.

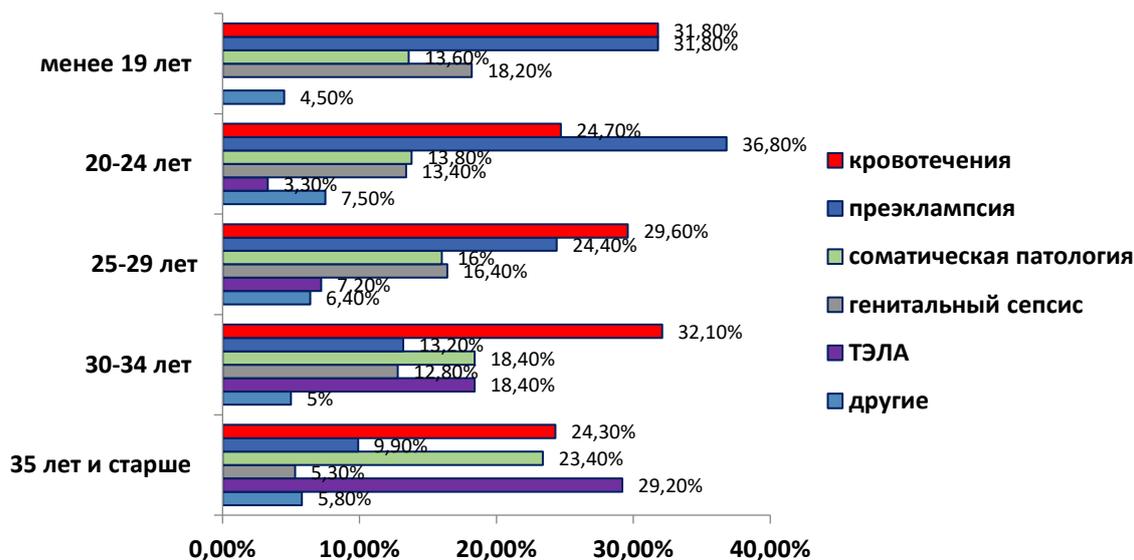


Рис.3. причины МС по возрастным категориям.

Как показано на Рис.3., кровотечение преэклампсия, соматическая патология и генитальный сепсис являются ведущими причинами во всех возрастных категориях, а начиная с 35 лет и старше, ТЭЛА и соматическая патология превалируют в структуре МС. Еще одним риск фактором МС в стране является КС: в большинстве случаев – 65,2%(545) - роды были путем КС, самостоятельные роды произошли у 32%(292) женщин, у 4,2%(44) - выкидыш, 3,7%(35) – были беременными. Интенсивный показатель МС при КС составил 75,2, при вагинальных родах составил 6,9. Рост частоты КС приводит к росту МС: выявлено, шансы МС после КС в 10 раз выше (за 2013-2019гг.) (OR 10,819; 95% CI 9.387-12.469*) по сравнению с родами через естественные родовые пути (Рис.4.).

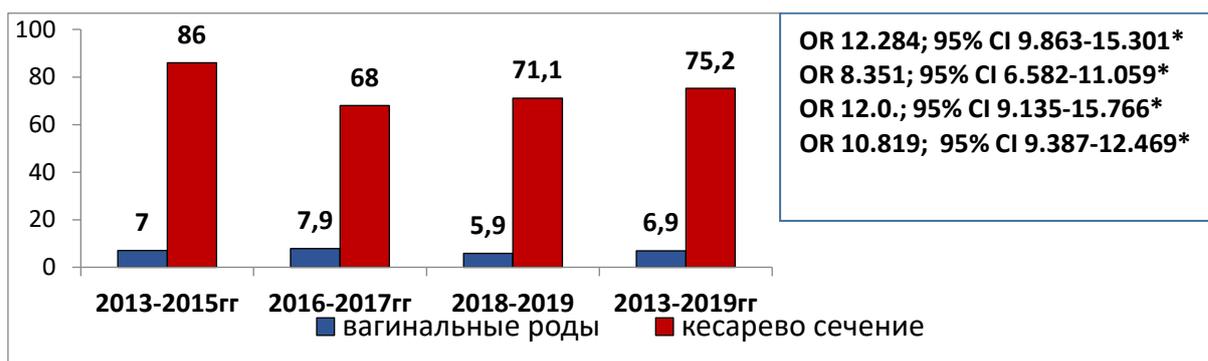


Рис. 4. Интенсивный показатель КС умерших женщин, по сравнению с интенсивным показателем вагинальных родов на 100.000 родивших женщин.

Были выявлены проблемы с регионализацией перинатальной помощи и маршрутизацией беременных высокого риска: большинство случаев МС произошли в учреждениях 1 уровня – 37,5%(343), в учреждениях 2 уровня произошли 13,2% (121) случаев МС. Среди случаев МС в учреждениях 1-2 уровней от 62 до 74% беременных имели факторы риска, которые могли служить показанием к направлению или переводу на 3 уровень помощи.

Установлено, что нерациональная регионализация способствует повышению риска МС на 50% (OR 1,544; 95% CI 1,268-1,879*). В ОПЦ произошли 27,9%(256) случаев МС, в республиканских родильных учреждениях - 6,9%(63), в ЦЭМП – 13%(119), из них: переведены из 1 уровня – 4,9%, 2 уровня -2,4%, из ОПЦ и республиканских учреждений – 5,6%.

Исследование 232 случаев МС от акушерских кровотечений (АК) позволило прийти к следующим выводам: АК являлись одной из основных причин МС в Узбекистане и составили 26,3%; интенсивный показатель МС при на 100 000 родов при АК имеет тенденцию к повышению: в 2013-2015гг. составил 4,5, в 2016-2017гг.- 3,8 и в 2018-2019гг.- 5,7. В возрасте 35 лет и выше, риск МС от кровотечений достоверно в 7,6 раз выше, чем в возрастной категории 20-24 лет (OR 7.678; 95% CI 5.209-11.316). По паритету большинство умерших были повторнородящими (171-73,7%) (OR 7.858; 95% CI 5.198-11.881). Нерациональная регионализация способствовала МС, риск МС от АК в учреждениях 1 уровня в 5 раз выше, чем в учреждениях 3 уровня (OR 5.348; 95% CI 3,313-8.632*). Определено, большинство (146-62,9%) умерших от АК родоразрешены путем КС, выявлено, что риск МС от АК достоверно возрастает при КС в 10 раз (OR 10.158; 95% CI 6.780-15.220*). Интенсивный показатель МС от АК при КС на 100 000 родов в 2018-2019гг. увеличился по сравнению с 2013-2015гг. (было 14,7, стало 21,8). Основной операцией для остановки кровотечения остается гистерэктомия, которая выполнена в 63,7%-84,3% случаях МС от АК, при этом релапаротомия проведена в 48,2% случаях, органосохраняющие операции – в 12,2%-28,9%. Вростание плаценты явилось причиной МС от АК в 34(14,7%) случаях, при этом в 27(79,4%) не была антенатально диагностирована, в 32(91,1%) случаях не было необходимой предоперационной подготовки. Основные предотвратимые факторы, способствовавшие МС при АК: запоздалый хирургический гемостаз (54,5%-88,3%); недостаточное применение органосохраняющих методов (35,5%-39,9%); недооценка кровопотери (31,6%-55,8%); задержка с гемотрансфузией (38,3%-42,6%); недостаточное качество антенатальной помощи (38,9%-45,3%); недостаточная организация неотложной акушерской помощи (28,7%-36,2%). При оценке предотвратимости МС от кровотечений выявлено, что в 77,3%-67,1% случаев были МС предотвратимыми, в 19,6%-29,4% - условно предотвратимыми.

Преэклампсия (ПЭ) в структуре причин МС ПЭ составила 22,3%. Интенсивный показатель МС от ПЭ на 100 000 родов имеет тенденцию к снижению: в 2013-2015гг. составил 4,03, в 2018-2019гг.- 3,7. Аудит 204 случаев ПЭ показал, печеночная недостаточность (ОЖГБ/HELLP) в 30,2%, церебральные осложнения – в 28,0%, острая почечная недостаточность – в 21,0%, отек легких – в 20,0% привели к МС. КС было проведено в 79,4% случаях, риск МС от ПЭ при родоразрешении путем КС в 30 раз выше, чем при вагинальных родах (OR 30.892. CI 95% 17.621-54.161*). Основными предотвратимыми факторами, которые оказали значительное влияние на летальный исход при ПЭ, были: ненадлежащий антенатальный уход (72,0%-41,8%); нерациональная регионализация (31,4%-23,6%); ненадлежащие

магнезиальная (55,8%-30,9%) и антигипертензивная терапия (38,3%-44,4%); нерациональное родоразрешение (12,7%-23,6%); ненадлежащий мониторинг (40,6%-50,9%); недостаточная организация неотложной акушерской помощи (55,9%-45,7%). При оценке предотвратимости МС от ПЭ определено, что 66,3%-54,5% случаев были предотвратимыми, 30,2%-29,1% - условно предотвратимыми.

Конфиденциальный анализ 116 случаев МС от генитального сепсиса выявил, интенсивный показатель МС от ГС на 100 000 родов имеет тенденцию к снижению: в 2013-2015гг составил 2,62, в 2018-2019гг.- 2,08. Выявлено, что большинство женщин были родоразрешены путем операции КС (66,3%)(OR 16.184; 95% CI 6.843-38.275*), выявлено, что интенсивный показатель МС от ГС при КС имеет тенденцию к снижению: было 14,5, стало 7,5; но риск МС от септических осложнений после КС достоверно в 14 раз выше, чем после вагинальных родов (OR 14.929; 95% CI 5.995-37.176*). Запоздалая диагностика (57,1%-79,3%) сепсиса приводит к запоздалой интенсивной терапии сепсиса, что повышает риск летального исхода. Ненадлежащий мониторинг за состоянием матери (57,1%-79,3%) привело к задержке с удалением очага инфекции – матки (64,3%-79,3%), который повысил риск летального исхода. В 60,7%-67,7% случаях МС от сепсиса были выявлены первостепенные факторы ненадлежащего ухода, которые повлияли на трагический исход, и эти случаи МС были предотвратимыми, в 22,5%-28,5% случаях МС была условно предотвратима. Обобщая неиспользованные возможности при оказании помощи при АК, ПЭ, ГС, мы определили следующие факторы, которые повлияли на МС: проблемы персонала 82,4% (знания, навыки, диагностика, лечение, профилактика, использования клинических протоколов и стандартов и др.), проблемы организации экстренной помощи (62,6%), проблемы обеспечения оборудования и лекарств (29,8%), проблемы антенатального ухода, которая включает нерациональную регионализацию (33,7%) и проблемы пациентки (32,4%). Главным отличием КИСМС от традиционного метода анализа случаев МС является конфиденциальность и анонимность. К преимуществам данного подхода можно отнести предоставление более полной картины МС, чем обычно содержится в медицинских документах; создание мотивации и энтузиазма у персонала, благодаря которым нами выявлены неиспользованные возможности, что привело к научной разработке и внедрению положительных технологий в практику. В результате КИСМС предоставление обоснованных фактов дало нам возможность составления рекомендаций, пересмотра руководств, стандартов, протоколов на республиканском/региональном уровне по вопросам клинической практики, а также для разработки и внедрения программ охраны материнского здоровья. Широкое внедрение метода КИСМС в стране с охватом всех случаев летальных исходов матерей, совершенствование оказания качественной специализированной помощи беременным, роженицам и родильницам при основных причинах МС: АК, ПЭ и ГС являются фундаментальным резервом снижения МС в республике.

В четвертой главе «Резервы снижения материнской смертности при кровотечениях – кровосберегающие технологии» в первом разделе представлены результаты использования метода управляемой баллонной тампонады (УБТ) матки при ПРК. В основной группе 50 родильниц с ПРК (40 - после вагинальных родов и 10 - после КС) помимо стандартных мероприятий была проведена УБТ матки, в группе сравнения – 50 женщин без УБТ. Исследование показало, что в группе, где кроме стандартного комплексного лечения ПРК применялась УБТ матки, общий объем кровопотери был достоверно ниже ($998,6 \pm 142$ мл при вагинальных родах $p=0.047563^*$) и $1297,5 \pm 244$ мл при КС $p=0.039463^*$), чем в группе без баллонной тампонады матки ($1498,2 \pm 202$ мл при вагинальных родах $p=0.047563^*$ и 1988 ± 226 мл при КС $p=0.039463$. рис.5). Было определено, что УБТ матки позволила остановить ПРК в диапазоне 750-999 мл и 1000-1499 мл у большей части родильниц - 27,5% и 52,5% случаев, тогда как этот показатель в группе сравнения составил 20% и 30% случаев соответственно (OR 1.517; 95% CI 1.536-4.293* и OR 2.579; 95% CI 1.030-6.457*), доля массивных кровотечений в основной группе достоверно на 90% ниже, чем в группе без УБТ: ни одного случая в диапазоне 1500 мл и выше, тогда как в сравниваемой контрольной группе - 11 (27,5%) случаев в диапазоне 1500 мл и выше (OR 0.077; 95% CI 0.009-0.635*).

Таблица №1.

Частота по объему кровопотери в основной (1,3 группах) и группах сравнения (2,4 группах)

Объем кровопотери мл	1 группа		2 группа		OR	95% CI	3 группа		4 группа		OR	95% CI
	n=4	%	n=4	%			n=10	%	n=10	%		
500-749	8	20	9	22,5	0.861	0.295-2.518	1	10	0	0	1.000	0.054-18.575
750-999	11	27,5	8	20	1.517	1.536-4.293*	1	10	1	10	1.000	0.054-18.575
1000-1499	21	52,5	12	30	2.579	1.030-6.457*	3	30	1	10	0.259	0.022-3.063
1500-1999	0	0	10	25	0.077	0.009-0.635*	3	30	4	40	1.556	0.244-9.913
2000-2999	0	0	1	2,5	0.487	0.042-5.599	2	20	4	40	2.667	0.361-19.712
3000-3999	0	0	0	0	0		0	0	0	0		

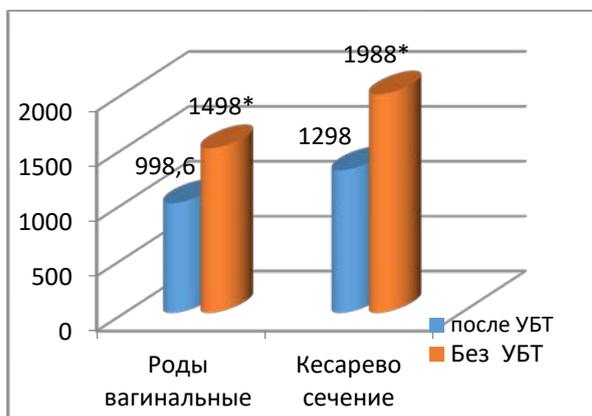


Рис.5. Объем кровопотери в группе с УБТ и без УБТ, мл

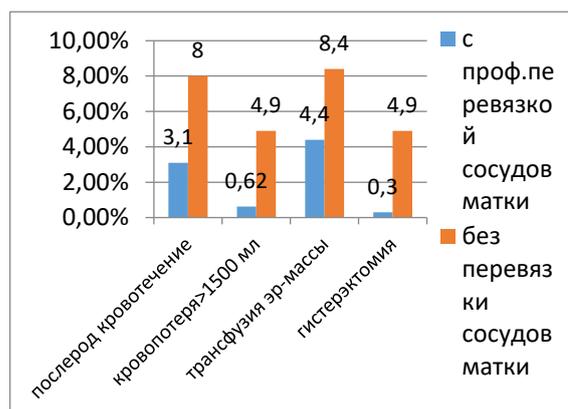


Рис.6. Частота послеродового кровотечения и гистерэктомии после превентивной перевязки сосудов во время кесарева сечения (%)

Эритроцитарная масса в основной группе перелита 43% женщинам, а в контрольной - 68%, при этом средний объем перелитой эр-массы в основной группе ($167,77 \pm 87,56$ мл) в 3 раза достоверно меньше, чем в группе сравнения ($512,64 \pm 102,22$ мл) ($p=0.012350^*$). Свежезамороженная плазма в основной группе перелита 22% роженицам, а в контрольной - 51%. Уровень Hb после кровотечения имел четко выраженную обратную связь с объемом кровопотери. Разница между исходным уровнем Hb и уровнем Hb после кровотечения в основной группе ($14,22 \pm 3,17$ г/л) была в 2 раза достоверно ниже, чем в контрольной группе ($27,45 \pm 4,15$ г/л) ($p=0.013328^*$). Число пациенток, находившихся в стационаре 8 и более суток в основной группе более чем в 3 раза меньше, чем в контрольной (5% и 16,8% соответственно). Диагностический «Тампонадный тест» при послеродовых кровотечениях способствовал своевременному определению отсутствия эффекта от консервативных мер и к более раннему переходу к лапаротомии и хирургическому гемостазу, что в 2,9 раз повышает эффективность органосохраняющих операций и увеличивает частоту женщин с сохраненной репродуктивной функцией. Гистерэктомия вследствие кровотечения в основной группе проведена у 1 (2,0%) роженицы, а в группе сравнения - у 5 (10,0%) (OR 0.184; 95% CI 1.021-6.133*), что свидетельствует о том, что риск органосохраняющих операций снижается на 92%. Эффективность УБТ матки составила 88% (44/50). Простота и безопасность применения УБТ матки свидетельствует о возможности более широкого распространения данной технологии в родовспомогательных учреждениях республики, что может способствовать снижению неблагоприятных исходов при послеродовых кровотечениях.

Согласно национальным акушерским стандартам, перевязка маточных артерий применяется при кровотечении вследствие атонии матки, т.е. когда кровотечение продолжается и при неэффективности консервативных мероприятий. Мы решили проводить превентивную перевязку маточных сосудов во время КС для уменьшения кровопотери и предупреждения массивного послеродового кровотечения в группе риска. Предварительно

нами определены факторы риска на тяжелое массивное кровотечение в 2 группах: основная, включила 122 случая МС, где было КС с кровопотерей 1500 мл или более в первые 24 часа или женщине была проведена гемотрансфузия 2 и более доз в течение первых 48 часов после КС. В контрольную группу вошли - 950 случаев КС без тяжелого ПРК. Определено, что статистически значимый высокий риск на тяжелые кровотечения во время и после КС имеют беременные с тяжелой ПЭ (риск повышается в 3.2 раза - OR 3.224; 95% CI 1.449-5.161*), ОЖГБ/HELLP (риск повышается в 7.8 раз - OR 7.816; 95% CI 3.870-15.782*), с ПОНРП (риск повышается в 2.7 раз - OR 2.734; 95% CI 1.449-5.161*), предлежанием плаценты (риск повышается 2.6 раз-OR 2.623; 95% CI 1.207-5.698*), тазово-головной диспропорцией (риск повышается 1.6 раз- OR 1.681; 95% CI 1.915-3.09*), с многоплодием (риск повышается в 2.2. раза - OR 2.02; 95% CI 1.949-4.307*), у женщин с тяжелой анемией во время беременности (риск повышается в 2 раза - OR 2.285; 95% CI 1.063-4.910*), особенно высокий риск при ПОНРП+антенатальная гибель плода (риск повышается 30 раз - OR 31.65; 95% CI 15.466-64.778*). Риск достоверно возрастал у беременных в возрасте 35 лет и выше в сочетании с вышеуказанными состояниями. Для определения эффективности превентивной перевязки сосудов матки во время КС в группах риска, проведено проспективное когортное исследование, где в основную группу вошли 318 беременных с определенными нами факторами риска на тяжелое кровотечение, которым проведена профилактическая перевязка маточных сосудов во время операции КС. В группу сравнения вошли 224 беременные с вышеуказанными факторами риска на тяжелое кровотечение, которым не проведена профилактическая перевязка маточных сосудов во время КС. В основной группе, где использовалась превентивная перевязка 2 пар сосудов (маточной артерии, вен и круглых связок) во время КС, отмечено достоверное снижение интраоперационной кровопотери в 1,4 раза (569,4±175,2мл и 815,8±152,4) и послеоперационной - в 1,9 раз (249,8±184,4 мл и 463,6±141,8мл) (p<0,05), достоверное снижение тяжелой послеродовой кровопотери (более 1500мл) в 7,9 раз (p<0,05), снижение переливаемого объема эритроцитарной массы в 3 раза (p<0,05), и достоверное уменьшение гистерэктомий по поводу массивных послеродовых кровотечений: в основной группе экстирпация матки по поводу кровотечения произведена у 0,3% (1) женщин, а в группе сравнения - у 4,9% (11) (p<0.05) (рис.6). В РПЦ за 2011 и 2014-2019гг проведены 13159 операций КС, из них профилактическая перевязка маточных сосудов в группе высокого риска проведена в 2014-2019гг. в количестве 1604, и это привело к уменьшению количества массивных тяжелых кровотечений в 3 раза и снижению количества гистеректомий, проведенных по причине кровотечений на 50%. Превентивная перевязка магистральных сосудов матки во время КС в группах риска эффективна по снижению тяжелой кровопотери (более 1500мл) на 95% (224/223), является несложной операцией, может способствовать снижению МС от ПРК.

В акушерской практике вращение плаценты (ВП), обуславливающее

массивное кровотечение, было крайне редкой патологией 3 периода родов, однако за последние 10 лет отмечается рост этой патологии во всем мире, что связывают с увеличением частоты абдоминального родоразрешения [Латышкевич, О. А, 2019, Вуколова В.А.,2018]. По данным Fonseca A, Ayres de Campos D.(2021г.), ВП увеличивает материнскую заболеваемость в 18 раз, обильное кровотечение после попытки удаления плаценты является наиболее частым осложнением и может привести к серьезным материнским заболеваниям и, в конечном итоге, к МС. Для определения факторов риска ВП нами сопоставлены основная группа – 56 женщин с ВП и контрольная группа - 5361 женщина без ВП. Определено, что женщин с ВП в возрастной категории 30-34 лет в 2.4 раза (OR 2.411; 95% CI 1.398-4.158*), в 35 лет и старше 2.2 раза (OR 2,261; 95% CI 1.134-4.508*) достоверно больше, чем в группе без ВП. Достоверно чаще ВП встречается у повторнородящих – в группе с ВП их было 92,86%, а первородящих-7,14%, когда в группе контроля первородящих было 37,2%, повторнородящих 62,8%, по паритету – третьи и более роды достоверно чаще встречается в группе с ВП. Изучение факторов риска ВП показало, что самый высокий риск на ВП имеется при предлежании плаценты (OR 381.362; 95% CI 7.994-24.063*) и рубце на матке – 17 раз повышен риск (OR 17.016; CI 9.572-30.249*). Дважды рубец на матке повышал риск ВП в 8 раз (OR 8.562; CI 4.605-15.922*), трижды рубец – в 9 раз (OR 9.443; 2.166-41.157*). Аборты в анамнезе также показали повышенный риск (OR 13,869; CI 7.994-24.063*), при этом, даже 1 аборт в анамнезе имел такой же риск, как и 2 и более аборт в анамнезе. Далее представлены результаты применения и оценка эффективности органосохраняющей технологии при вращении плаценты у 35 беременных (основная группа), у которых во время КС осуществлена органосохраняющая операция, модифицированная нами методика J. M. Palacios Jaraquemada et al.(2004). Группу сравнения, составили 14 женщин с вращением плаценты, которым проведена гистерэктомия без попытки сохранения органа. Техника модифицированной нами операции José M. Palacios Jaraquemada по одномоментной хирургической органосохраняющей методике при ВП: профилактически вводим антибиотик цефалоспорин 1г. в\в за 30 мин-60 мин до операции; вводим 1г. Транексамовой кислоты в\в медленно до лапаротомии; нижнесрединная лапаротомия предпочтительна, лапаротомия по Джоель Коену - при диагностированных умеренных инвазиях плаценты; между круглыми связками рассекаем и спускаем вниз пузырно-маточную складку острым и тупым путем, при этом кровоточащие сосуды прижигаются электрокоагулятором или лигируются; делаем поперечный разрез по передней стенке матки, выше верхнего края плаценты; извлекаем плод; вводится в\в Окситоцин 5 ед медленно или Карбетоцин 100 мкг; матка выводится из брюшной полости; не отделяя плаценту, проводим билатеральное лигирование быстрорассасывающейся синтетической нитью (полиглактин 370) маточных артерий и вен вместе с круглой связкой в одной лигатуре (иглой ниже разреза входим спереди матки захватив около 2 см ткани матки и выходим сзади, далее выходим в широкую связку матки в

бессосудистую зону, при этом следить чтобы в лигатуру вошла и круглая связка матки) с обеих сторон; проводим лигирование хромированным кетгутом или быстрорассасывающейся синтетической нитью яичниково-маточных артерий с обеих сторон; при ВП в переднюю стенку в нижний сегмент матки проводим резекцию инвазированной ткани миометрия вместе со всей приращенной плацентой, остальные не приращенные части плаценты – отделяем от стенки матки и удаляем рукой; накладываем «П» и «Z» образные или квадратные и оборочные гемостатические швы на кровоточащие участки миометрия; при частичном ВП в заднюю стенку или боковую стенки матки плаценту отделяем и удаляем не приращенные части, а приращенный участок иссекаем (состригаем) скальпелем или ножницами, на кровоточащие участки (ложе плаценты) накладываем «П» и «Z» образные или квадратные и оборочные гемостатические гемостатические швы, при этом возможно оставление небольших участков матки с инвазией плаценты менее 3,0x3,0 см, главное – остановить кровотечение с места ВП и иссечения плаценты; гемостатические швы при необходимости накладываем как со стороны эндометрия (изнутри матки), так и со стороны периметрия; проводим реконструкцию матки (метропластика), накладываем 2-х рядный непрерывный шов на разрез матки с перитонизацией пузырно маточной складкой или накладываем 1-й ряд узловый вертикальный «П» образный шов, 2-й ряд - непрерывный шов рассасывающейся синтетической нитью; при продолжающемся кровотечении из нижнего сегмента накладываем гемостатические «П» или «Z» образные на нижний сегмент или компрессионные швы Перейра, Cho; погружаем матку в брюшную полость; осушаем, проводим ревизию брюшной полости; дренируем брюшную полость (для контроля кровотечения); ушиваем переднюю брюшную стенку послойно. Операция проводится под региональной анестезией (спинальной анестезией), при возросшей кровопотере, при наличии показаний проводится общий эндотрахеальный наркоз. Перед операцией необходимо подготовить одногруппную эр-массу 3 дозы и 6 доз СЗП, во время операции проводим гемотрансфузию и плазматрансфузию в зависимости от степени кровопотери. При профузном кровотечении или кровотечении свыше 2500 - 3000 мл, органосохраняющая операция прекращается и проводится гистерэктомия. В таблице №2 представлены данные по кровопотере и гемотрансфузии в исследуемых группах. Эффективность предложенного нами модифицированного метода одноэтапной хирургической органосохраняющей методологии составила 94,2% (33/35), гистерэктомия произведена у 2 (5,7%). У 4 (11,4%) больных основной группы на 4-18 сутки была субинволюция матки и задержка лохий, 2 (5,7%) больным проведено выскабливание полости матки, 2 (5,7%) больным проведена гистерорезектоскопия, удален некротизированный участок плаценты.

Таблица № 2.

Сравнение обследуемых групп по кровопотере и гемотрансфузии.

	Группа 1	Группа №2 n=14	t-критерия Стьюдента
--	----------	----------------	----------------------

	n=35				p
Средняя кровопотеря	1650±158мл		2340±172мл		p=0.004925*
Гемотрансфузия	29	82,9%	14	100%	p=0.65874
Эр-масса, ед.	1,7±0,9 ед		4,8±1,2 ед		p=0.031474*
СЗП ед.	2,2±0,8		6,7±1,8		p=0.027002*

Всем больным проведена антибактериальная терапия. Все пациентки выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Объем кровопотери, объем трансфузии препаратов крови в группе, где проведена органосохраняющая методика, достоверно ниже, чем в группе гистерэктомии. Проведенный нами анализ свидетельствует о возможности и целесообразности органосохраняющих операций при патологическом прикреплении плаценты к измененному миометрию. Подводя итоги использованных нами методов: применение УБТ при гипотонических кровотечениях, превентивной перевязки магистральных сосудов матки во время КС, органосохраняющих технологий при приращении плаценты, можно заключить, что они являются эффективными методами минимизации риска МС от острой массивной кровопотери и могут найти широкое применение в акушерской практике нашей республики.

В пятой главе «**Материнские и перинатальные исходы при ранней и поздней преэклампсии. Сравнительный анализ выжидательной и активной тактики ведения ранней и поздней преэклампсии**» подробно представлен сравнительный анализ исхода беременности при ранней (РПЭ) и поздней ПЭ (ППЭ). В 1 группу вошли 244 пациентов с РПЭ, во 2 группу - 423 пациентов с ППЭ. Было определено, что беременные с РПЭ и ППЭ по таким акушерским осложнениям, как эклампсия, ОЖГБ и HELLP синдром, статистически значимо не различались, но такие осложнения, как отек легких (2,9% - OR 6.217; 95% CI 1.281-30.171*), печеночная (4,9%- OR 3.074; 95% CI 1.194-7.916*) и почечная (6,5%- OR 3.640; 95% CI 1.534-8.637*) недостаточность, ПОНРП (15,5% OR 2.706; 95% CI 1.606-4.557*), послеродовые кровотечения (11,8% OR 1.147; 95% CI 1.227-3.759*), в группе с РПЭ встречались достоверно чаще. Среди соматической патологии, у беременных с РПЭ достоверно чаще, чем при ППЭ были выявлены АФС (4,5% OR 3.281; 95% CI 1.198-8.987*), гломерулонефрит (4,9% OR 3.595; 95% CI 1.332-9.704*), тяжелая анемия (6,5% OR 2.628; 95% CI 1.199-5.760*), тромбоцитопения (19,6% OR 3.097; 95% CI 1.910-5.020*), хроническая гипертензия (59,4% OR 3.452; 95% CI 2.483-4.801*). У беременных с ППЭ чаще, чем у беременных с РПЭ были выявлены ожирение (15,1% OR 0.698; 95% CI 0.432-1.128*), ИМТ(31,4% OR 0.695; 95% CI 0.486-0.995*). Синдром отставания роста плода (СОРП) и критическое нарушение плодово-плацентарного кровотока достоверно в 3 раза чаще определены у беременных с РПЭ, чем у беременных с ППЭ (OR 3.815; 95% CI 2.684-5.424*). Установлено отрицательное влияние РПЭ на перинатальные исходы: гестационный срок при рождении (22-33нед) в сочетании с тяжестью течения ПЭ обусловили крайне неблагоприятные показатели состояния

новорожденных при рождении и в раннем неонатальном периоде, что привело к значимому росту перинатальной смертности: антенатальная гибель плода, ранняя неонатальная смерть и перинатальная смертность достоверно в 9 раз чаще имело место у плодов и новорожденных, родившихся в группе РПЭ (OR 9.504; 95% CI 4.963-18.199*). В группе с РПЭ у новорожденных асфиксия определена в 3 раза чаще (OR 3.0991; 95% CI 945-4.936*), РДС новорожденного 4.8 раз чаще (OR 4.850; 95% CI 3.207-7.332*) чем в группе с ППЭ. Также, достоверно чаще в группе с РПЭ рождались новорожденные с оценкой по Апгар менее 7 баллов на 1 и 5 минуте (OR 7.997; 95% CI 5.370-11.908*), менее 3 баллов на 5 минуте (OR 6.187; 95% CI 2.754-13.897*). В группе с РПЭ достоверно 8 раз больше родились новорожденные с малым гестационному сроку весом (OR 8.773; 95% CI 6.031-12.761*), перевод новорожденных в ОАРИТ наблюдался чаще (84,8%), чем в группе с ППЭ (13,0%). Далее проведен сравнительный анализ выжидательной и активной тактики ведения у 134 женщин с РПЭ в гестационном сроке с 26 недель по 33 недель 6 дней и у 158 женщин с ППЭ в гестационном сроке 34-36 недель 6 дней. Из исследования были исключены все случаи, когда необходимо было экстренное вмешательство (кровотечение, шок, эклампсия, дистресс плода, разрыв матки, неконтролируемая гипертензия, ОПН и др.). Было выявлено, что выжидательная тактика дает больше возможностей родоразрешения через естественные родовые пути, так как в этих группах проведена индукция родов, и в группе РПЭ с выжидательной тактикой у 25 (33,1%) женщин (OR 0.038; 95% CI 0.005-0.289), в группе ППЭ у 29(40,8%) женщин произошли вагинальные роды (OR 0.552; 95% CI 0.283-1.075), тогда как в группе активного ведения у женщин с РПЭ все роды были путем КС(OR 26.41; 95% CI 3.456-201.893), у женщин с ППЭ у 59,2% (OR 1.813; 95% CI 0.930-3.532). В группе РПЭ и ППЭ у матерей при выжидательной тактике имело место некоторое увеличение печеночной и почечной дисфункции (в группе ППЭ 47%), неконтролируемой гипертензии (в группе ППЭ на 40%), отека легких (20%), ПОНРП (30% и 47%), хотя эти данные были статистически не значимы. В группах с выжидательной тактикой отмечено ухудшения состояния плода по данным доплерометрии (48% и 31%) и возможно это привело к некоторому увеличению мертворождения в группе выжидательной тактики РПЭ (на 31% OR 0.691; 95% CI 0.061-7.812), хотя эти данные статистически не значимы, но они показывают, что при выжидательной тактике преэклампсии, необходим тщательный мониторинг за состоянием матери и плода. В группе с РПЭ с выжидательной тактикой достоверно в 2.3 раза снизилось количество новорожденных с РДС(OR 2.343; 95% CI 0.005-0.289*), что привело к снижению в потребности в O₂ или вентиляции в 3.6 раз (OR 3.9692; 95% CI 1.667-8.176*), в переводе новорожденных в ОАРИТ в 2.3 раза (OR 2.342; 95% CI 1.055-5.226*). Ранняя неонатальная смертность в группе с активной тактикой была в 2.2 раза выше, чем в группе с выжидательной тактикой, хотя результат был статистически не значим из за возможно малого количества случаев смертности (OR 2.298; 95% CI 0.768-6.879). В группе ППЭ достоверных отличий по заболеваемости

новорожденных между группами с выжидательной и активной тактикой ведения беременности выявлено не было.

«Резервы снижения материнской смертности при перипартальной инфекции» обоснованы в шестой главе. Как нами определено выше, одним из важных факторов риска МС от ГС является КС, и что у большинство умерших (64,5%-66%) был сепсис после КС. По данным литературы, ожидается тенденция к росту перипартальной инфекции с увеличением частоты КС во всем мире (Bakhtawar, S., Sheikh, 2020], и это тенденция ожидается и в нашей стране в связи с непрерывным ростом КС. Основными факторами, способствовавшими летальному исходу в нашей стране, были запоздалая диагностика ГС и задержка с удалением очага инфекции. Для своевременной диагностики ГС и лечения после КС мы предлагаем использовать современные возможности эндовизуальной гинекологии и органосохраняющие методы. Данное исследование проведено в отделении гинекологии РПЦ совместно с заведующим отделением Гафуровым Д.М. Всего в нашем исследовании в основной группе были 43, в сравниваемой 22 женщин с перипартальной инфекцией после КС. Показаниями к КС в основной и сравниваемой группах были тазово-головная диспропорция (9-20,9%; 7-31,8%), острый дистресс плода (5-11,6%; 3-13,6%), тяжелая ПЭ (5-11,6%;3-13,6%;), рубец на матке (5-11,6%; 3-13,6%), тазовое предлежание плода (3-6,9%;2-9%), ПОНРП (4-9,3%-29%;1-4,5%), предлежание плаценты (4-9,3% в осн.), поперечное положение плода (3-6,9%;1-4,5%), двойня (3-6,9%;1-4,5%), заболевания ССЗ (1-2,3% в осн.) и миопия высокой степени (2-9% в контр.) соответственно. на 6-37 сутки послеродового периода, в среднем $12,88 \pm 6,87$ сутки, в группе контроля в 6-27 сутки, в среднем на $11,23 \pm 4,55$ сутки, группы по возрасту, по паритету, по сроку поступления и по времени диагностики ГВЗ статистически не отличались. Всем 22 больным группы сравнения проводилось традиционное лечение (комбинированная антибактериальная, инфузионная, посиндромная терапия, выскабливание/вакуум аспирация полости матки) согласно национальным клиническим протоколам, в случае отсутствия эффекта проводилась релапаротомия и гистерэктомия. Основная группа больных была проведена по разработанному нами алгоритму диагностики и лечения при послеродовой гнойно-септических заболеваниях после кесарева сечения, которая представлена в Рис.7. В таблице №2 представлены проведенные вмешательства в основной группе и таблице №3 результаты лечения. На 2-4 сутки от поступления, 31 (72%) больным проведена диагностическая гистероскопия (ГСК), у всех больных были выявлены признаки эндометрита.

Таблица №2.

Проведенные вмешательства в основной группе больных.

Операции	Осн. группа n=43	
Релапаротомия + тотальная гистерэктомия	4	9,3%
ГСК+ЛС+релапаротомия+ тотальная гистерэктомия	2	4,6%
ГСК+ЛС	3	6,9%
ГСК+релапаротомия+метропластика	5	11,6%

ГСК	12	27,9%
ГСК+ЛС+релапаротомия+метропластика	9	20,9%
Релапаротомия+метропластика	8	18,6%
Всего	43	100%

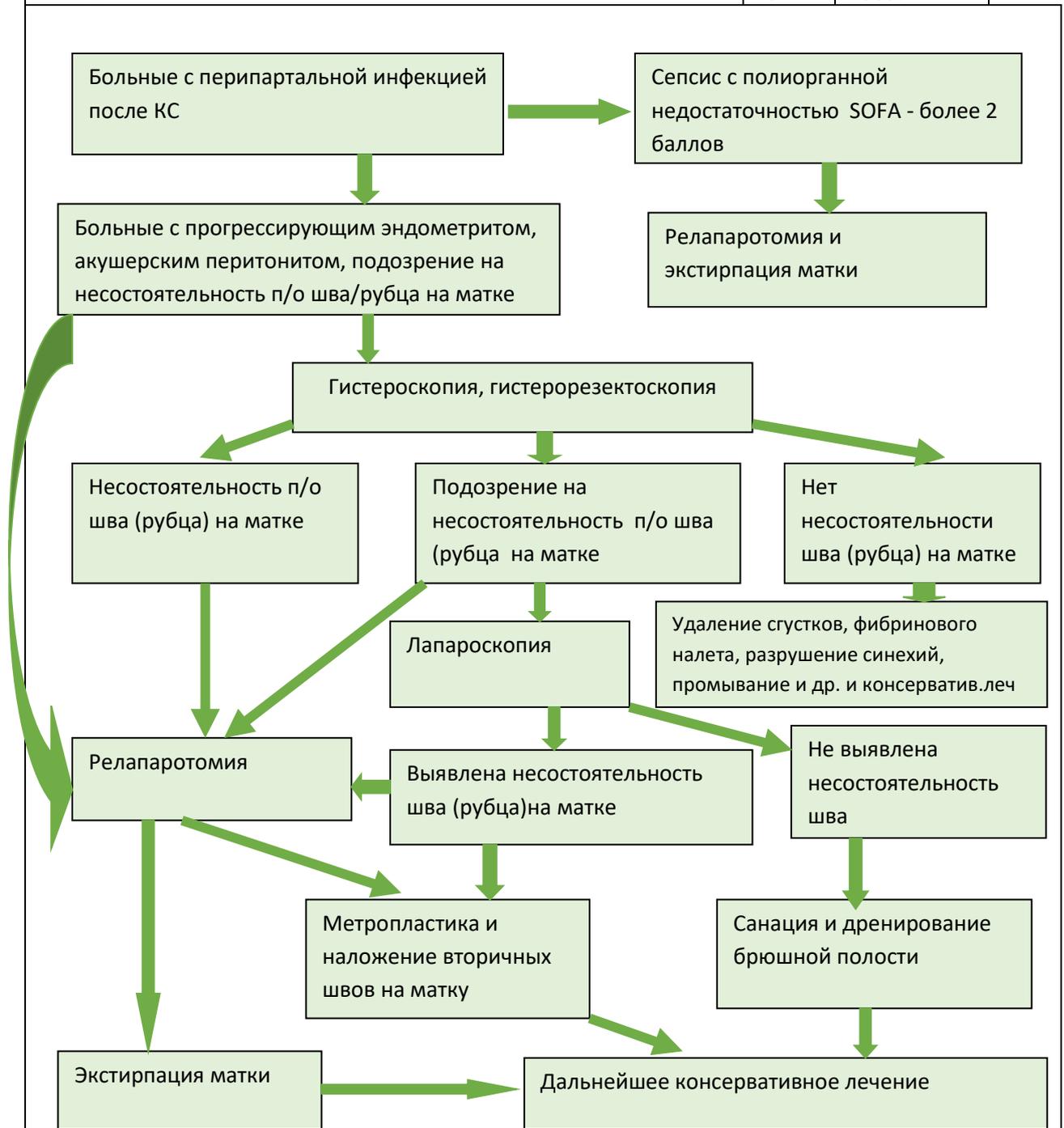


Рис.7. Алгоритм диагностики и лечения при послеродовой гнойно-септических заболеваниях после кесарева сечения.

У 5(16%) определены явные признаки НПШ на матке и у 14(45,1%) выявлено подозрение на несостоятельность послеоперационного шва/рубца на матке. У 12(38,7%) больных признаков НПШ не выявлено, им и 9 больным из группы с подозрением на НПШ проведена хирургическая ГСК. 12 (38,7%) больным, у которых не было НПШ, после хирургической ГСК

продолжена консервативная терапия эндометрита. У 14(45,1%) было подозрение на НППШ и им выполнена лапароскопия (ЛС). При ЛС у 2 больных признаков НППШ не выявлено, им проведена санация и дренирование полости брюшины.

Таблица №3. Результаты лечения основной и сравниваемой групп.

Вмешательства	Основн. Группа n=43		Контр. Группа n=22		ОШ	95%ДИ
	абс	%	абс	%		
Релапаротомия	28	65,1%	10	45,4%	2.240	0.786-6.386
Тотальная гистерэктомия	6	13,9%	10	45,4%	0.195	0.058-0.648*

У 1 больной было частичное расхождение левого угла шва, проведено иссечение шва и наложение вторичного шва на матку лапароскопически. При ЛС проводилась ревизия брюшной полости и области нижнего сегмента матки и параметриев, выявляются гнойные поражения малого таза и брюшной полости, осматриваются шов на матке, выявляются дефекты послеоперационного шва, некротические изменения шва, гематомы и др. 11(78,6%) больным из группы ЛС (14 больных), проведена релапаротомия. При релапаротомии 22 больным с НППШ проведена метропластика и наложены вторичные швы. В 4 случаях в основной группе после ГСК и ЛС, при релапаротомии был обнаружен разлитой перитонит, полное расхождение послеоперационного шва на матке, межпетлевые абсцессы, в связи с тяжелым поражением, была проведена гистерэктомия. Таким образом, в основной группе проведено 6 (13,9%) тотальных гистерэктомий, в группе контроля 10(45,4%), что показывает об эффективности нового алгоритма диагностики и лечения НППШ после КС по сохранению репродуктивной функции матери на 91% (ОШ 0.1950. 95% ДИ 058-0.648*). Поздняя диагностика НППШ, когда имеются тяжелые осложнения, как разлитой перитонит, сепсис с полиорганной недостаточностью, не позволяет провести органосохраняющие операции на матке при НППШ, так как для спасения жизни матери необходимо удалить очаг инфекции – матку. Определено, что ГСК и ЛС при перипаратальных инфекциях после КС является эффективным методом в своевременной диагностики послеродовых осложнений, а прицельное опорожнение и санация матки, брбшной полости является надежной и эффективной мерой профилактики генерализации послеродовой инфекции, способствует более быстрому купированию воспалительного процесса, заживлению раны и проведению органосохраняющей операции при НППШ.

В седьмой главе «**Эффективность аудита критических случаев в акушерской практике по повышению качества перинатальной помощи**» представлена оценка эффективности аудита критических случаев (АКС) в повышении качества оказываемой помощи. Проанализированы цикл аудита 95 критических случаев «near miss» в РПЦ за 2011-2019гг. Методология цикла аудита проведена согласно приказу МЗ №428 от 2007г. и приказа

МЗ№313а от 2019г. Из 95 случаев цикла аудита, 40 (42,1%) были проведены по критическому случаю «кровотечение», 35(36,9%) по «преэклампсия», 18(18,9%) по «сепсис», 2(2,1%) по разрыву матки. Выявленные упущения при оказании медицинской помощи беременной, роженице и родильнице по категориям представлены в таблице №4.

Таблица 4.

Выявленные упущения при ведении пациентки

Категории	годы	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Среднее значение
Поступление в РПЦ		11%	9%	8%	7%	9%	11%	5%	7%	9%	8,5%
Постановка диагноза		15%	19%	21%	18%	11%	9%	20%	22%	21%	17,3%
Разработка тактики ведения и лечение		17%	21%	18%	21%	24%	12%	11%	20%	25%	18,8%
Мониторинг и дальнейшее лечение		24%	22%	17%	25%	26%	32%	35%	28%	26%	26,1%
Выписка из стационара		18%	14%	27%	23%	22%	19%	11%	9%	8%	16,7%
Ведение медицинской документации		13%	15%	9%	6%	6%	15%	18%	14%	11%	11,9%
Другое		2%	0	1%	1%	2%	2%	0	0	0	0,8%

При АКС, чаще всего были определены недостаточный мониторинг за состоянием пациентки во время беременности, родов и послеродовом периоде, что привело к задержке диагностики осложнений и задержке оказания неотложной или плановой помощи в 26,1% случаях, проблемы с разработкой акушерской тактики и нерациональное родоразрешение, приведшие к дальнейшим осложнениям, выявлено в 18,8% случаях, нерациональное обследование и упущения в диагностике соматической патологии и осложнений беременности/родов и послеродового периода определено в 17,3%, нерациональное ведение медицинской документации выявлено в 11,9% случаях, недостаточное обследование при выписке и недостаточные рекомендации по дальнейшему ведению пациентки обнаружены в 16,7% случаях. Наибольшее влияние на качество медицинской помощи, оказали проблемы с персоналом -28,1%, это недостаточный навык врачей и акушерок при оказании неотложной помощи при кровотечениях, преэклампсии /эклампсии, проблемы по коммуникации между врачами и акушерками, недостаточная командная работа при оказании неотложной акушерской помощи, недостаточные знания персонала по постановке диагноза и разработке акушерской тактики и др. Следующей важной проблемой были несоблюдение существующих клинических протоколов, недостаточные знания персоналом имеющихся клинических протоколов и стандартов, отсутствие разработанных протоколов ведения пациенток с

соматической патологией, недостаточный контроль за соблюдением протоколов и др. – 22,2%. Дефекты по организации медицинской помощи (задержка гемотрансфузии из-за проблем с доставкой препаратов крови в ночное время, проблемы с мониторингом пациентки из-за нехватки персонала в ночное время, проблемы с переводом пациентки в ОАРИТ в связи с нехваткой коек, проблемы с лабораторной службой в ночное время, проблемы с привлечением консультантов и специалистов, недостаточный контроль ответственных дежурных врачей за дежурными врачами-ординаторами, дефекты по организации работы акушерок и медсестер и др.) выявлены в 21,6%. Недостаточное обеспечение лекарственными средствами и оборудованием определено в 11,2% и 8,8% случаях. На основании выявленных упущений, для их устранения и улучшения текущей практики были разработаны и внедрены 208 рекомендаций за 9 лет: рекомендации по обучению врачей, акушерок, медсестер для повышения их знаний и навыков, по совершенствованию командной работы при неотложных состояниях в акушерстве – 65 (31,3%), по обеспечению лекарствами или оборудованием – 13 (6,3%), по разработке новых, обновлению имеющихся и мониторингу внедрения клинических протоколов в практику – 59 (28,4%), по улучшению организации и администрирования медицинской помощи женщинам – 49 (23,6%), по эмоциональной поддержке и эффективной коммуникации с пациенткой – 5 (2,4%). Для изучения эффективности аудита критических случаев по повышению качества акушерской помощи были использованы индикаторы «Инструмента для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным» ВОЗ. (2009г.) и «Инструмента для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным. ВОЗ. Вторая редакция (2014)». Каждый индикатор оценивался по 4-х балльной системе: 3 балла – помощь оказывается в соответствии с клиническим протоколом или международным стандартом; 2 балла – субоптимальный уровень оказания помощи, но отсутствует существенный риск для здоровья пациентов, права пациентов в основном соблюдаются (необходимы некоторые улучшения, чтобы достичь качества, соответствующего стандартам); 1 балл – неадекватный уровень оказания помощи, имеются значительные риски для здоровья пациентов, серьезные нарушения прав женщин и новорожденных. Требуются существенные улучшения, чтобы достичь качества, соответствующего стандартам; 0 баллов – помощь крайне низкого качества, выявлены систематические и серьезные риски для здоровья пациентов. Текущая практика нуждается в значительном улучшении. Приемлимым считается 2.5 баллов (хорошее качество) и выше. В рис. 8. представлены оценка оказания помощи по индикаторам в 2011, 2015, 2017 и 2019 гг.

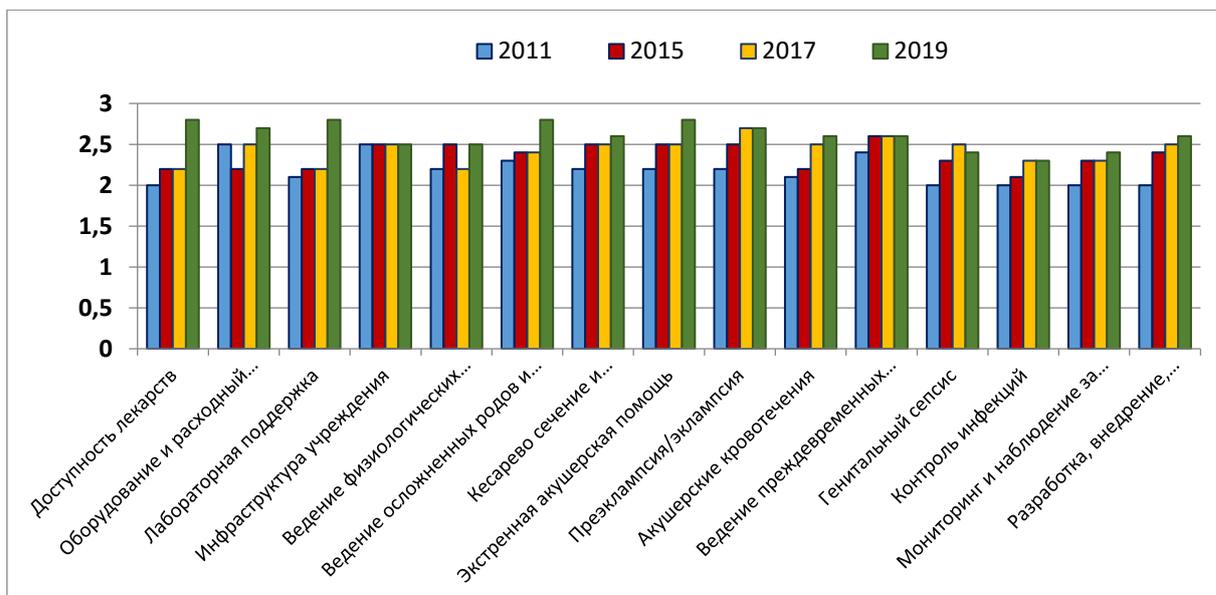


Рис. 8. Оценка оказанной помощи по индикаторам «Инструмента для оценки качества больничной помощи матерям и новорожденным» (ВОЗ, 2007,2014).

Результаты мониторинга оказания помощи по индикаторам инструментов оценки ВОЗ показали, что с 2011г. по 2019г, хороший прирост баллов для достижения хорошего качества оказания помощи (2.5 баллов и выше) были в следующих категориях: ведение осложненных родов (на 66%), оказание экстренной помощи (на 47%), ведение преэклампсии (на 82%), акушерских кровотечений (на 55%), ведение преждевременных родов (на 40%), генитальный сепсис (на 44%) и разработка и внедрение клинических протоколов (на 47%). Таким образом, цикл аудита критических случаев способствовал более детальной оценке качества оказания помощи беременной/ роженице/родильнице с критическим состоянием, выявлению упущенных возможностей, разработке и последующему внедрению рекомендаций по устранению выявленных проблем при оказании помощи, и это привело к повышению качества при ведении осложнений беременности, в организации экстренной акушерской помощи и улучшению в разработке и внедрении клинических протоколов и стандартов.

Таким образом, в работе доказано, что конфиденциальный аудит материнской смертности и критических случаев в акушерской практике позволяет определить наиболее уязвимые точки практического здравоохранения и наметить пути решения задач по профилактике и снижению МС. Проведенное научное исследование об усовершенствовании методов диагностики, дифференцированного подхода к лечению основных неотложных состояний в акушерской практике - АК, ПЭ, ГС, показало правомерность внедрения инновационных практических и организационных технологий.

Экономическая эффективность.

Медицинская и экономическая эффективность разработанных методов и технологий включает снижение частоты массивных кровотечений на 90%,

частоту гемотрансфузий в 3 раза гистерэктомии на 92%, снижает пребывание в ОАРИТ в 2 раза (при УБТ), снижение интраоперационной и послеоперационной кровопотери в 1,9 раз, снижение частоту массивных кровотечений в 7,9 раз и объема гемотрансфузий в 3 раза (при ППС матки). Дифференцированный подход при ведении преэклампсии привело к уменьшению количества операции КС на 40% и снижению количества новорожденных, переведенных в ОАРИТ в 2 раза. Внедрение нового метода при вращении плаценты привело к снижению гемотрансфузий в 3 раза и сохранению матки у 94,2% родильниц. Предлагаемый алгоритм ведения при генитальном сепсисе позволяет раньше и с высокой степенью достоверности поставить диагноз, позволяющий своевременно избрать эффективную, включая органосохраняющую, тактику, в 3,3 раза сократить пребывание больной в ОАРИТ, улучшить качество жизни женщин, путем сохранения менструальной и детородной функций у 82% женщин, минимизировать риск материнской смертности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Коэффициент материнской смертности в стране за последние 25 лет снизился в 3,5 раза, но в последнее десятилетие темпы снижения материнской смертности замедлились. Установлено, что основные причины МС в стране – это прямые акушерские причины (76,4%), и среди прямых причин почти каждая третья женщина умирает от акушерского кровотечения (34,7%) или преэклампсии (29,2%), а каждая шестая женщина умирает от перипартального сепсиса (16,6%).

2. Риск МС по возрастным категориям в диаграмме имеет «J»-образную форму, которая характерна для развитых стран. Самый низкий риск в возрастных категориях 20-29 лет. Начиная с возраста 30 лет, риск МС достоверно повышается, причем, чем выше возраст, тем выше риск: в возрасте 30-34 лет риск МС 2,4 раз выше (OR 2,458; 95% CI 2,059-2,933*), в возрасте 35-39 лет - 5,7 раз выше (OR 5,772; 95% CI 4,613-7,097*), в возрасте 40 лет и выше - на 13,5 раз выше (OR 13,469; 95% CI 9,323-19,459*), чем в возрасте 25-29 лет. Рост частоты КС приводит к росту МС: установлено, что шансы МС после КС в 10 раз выше (OR 10,819; 95% CI 9.387-12.469*) по сравнению с родами через естественные родовые пути.

3. Интенсивный показатель МС от акушерских кровотечений повысился с 4,5 на 5,7 на 100 000 родов за 2013-2019гг. Риск МС от АК на 7,6 раз выше у женщин в возрасте 35 лет и старше (OR 7.678; 95% CI 5.209-11.316*) и в 10 раз выше у женщин родоразрешенных путем КС (OR 10.158; 95% CI 6.780-15.220*). В учреждениях 1 уровня риск МС от АК в 5 раз выше, чем в учреждениях 3 уровня (OR 5,348; 95% CI 3.313-8.632*). Основными предотвратимыми факторами, способствовавшими МС при АК: запоздалый хирургический гемостаз (54,5%-88%); недостаточное применение органосохраняющих технологий (35,5%-39,9%); недооценка кровопотери (31,6%-55,8%); недостаточный антенатальный уход (38,9%-45,3%); проблемы

с организацией неотложной акушерской помощи (28,7%-36,2%). Предотвратимость МС от АК – 77,3%-67,1%.

4. Интенсивный показатель МС от преэклампсий уменьшился с 4,3 до 3,7 на 100 000 родов за 2013-2019гг. Причинами МС при ПЭ были: печеночная недостаточность (ОЖГБ/HELLP) - 30,2%, церебральные осложнения - 28,0%, острая почечная недостаточность - 21,0%, отёк легких – 20,0%. Риск МС от ПЭ при родоразрешении путем КС в 30 раз выше, чем при вагинальных родах (OR 30.892; CI 95% 17.621-54.161). Основными предотвратимыми факторами, которые оказали влияние на летальный исход при ПЭ: ненадлежащий антенатальный уход (72,0-41,8%), нерациональная регионализация (31,4%-23,6%), ненадлежащие магниезальная (55,8%-30,9%) и антигипертензивная терапия (38,3%-44,4%), нерациональное родоразрешение (12,7%-23,6), ненадлежащий мониторинг (40,6%-50,9%), проблемы с организацией неотложной акушерской помощи (55,9%-45,7%). Предотвратимость МС от ПЭ 66,3%-54,5%.

5. Интенсивный показатель МС от генитального сепсиса уменьшился с 2,62 до 2,08 на 100 000 родов за 2013-2019гг. Риск МС от септических осложнений после КС в 14 раз выше, чем после вагинальных родов (OR 14.929; 95% CI 5.995-37.176*), отмечается тенденция к уменьшению интенсивного показателя МС от ГС при КС с 14,5 до 7,5. Основные предотвратимые факторы, способствовавшие МС от ГС: запоздалая диагностика (57,1%-79,3%), ненадлежащий мониторинг (55,4%-72,4%), задержка с удалением очага инфекции (64,3%-79,3%). Предотвратимость МС от ГС 60,7%-67,7%.

6. Эффективность баллонной тампонады матки по остановке ПРК составила 88% (44/50). Применение баллонной тампонады матки, а также использование диагностического «тампонадного теста» снижает частоту массивных кровотечений на 90% (OR 0.077; 95% CI 0.009-0.635), частоту гемотрансфузий в 3 раза ($p=0.012350^*$), снижает риск гистерэктомии на 92%. (OR 0.184; 95% CI 1.021-6.133*).

7. Определено, что высокий риск на тяжелые кровотечения во время и после КС имеют беременные с тяжелой ПЭ (риск повышается в 3.2 раза - OR 3.224. 95% CI 1.449-5.161*), ОЖГБ/HELLP (риск повышается в 7.8 раз - OR 7.816. 95% CI 3.870-15.782*), с ПОНРП (риск повышается в 2.7 раз - OR 2.734. 95% CI 1.449-5.161*), предлежанием плаценты (риск повышается 2.6 раз-OR 2.623. 95% CI 1.207-5.698*), тазово-головной диспропорцией (риск повышается 1.6 раз- OR 1.681. 95% CI 1.915-3.09*), с многоплодием (риск повышается в 2.2. раза - OR 2.02. 95% CI 1.949-4.307*), у женщин с тяжелой анемией во время беременности (риск повышается в 2 раза - OR 2.285. 95% CI 1.063-4.910*), особенно высокий риск при ПОНРП+антенатальная гибель плода (риск повышается 30 раз - OR 31.65. 95% CI 15.466-64.778*). Превентивная перевязка сосудов матки в группе риска снижает интраоперационную и послеоперационную кровопотерю в 1,9 раз ($p<0,05$), снижает частоту массивных кровотечений в 7,9 раз ($p<0,05$), снижает объем

гемотрансфузий в 3 раза ($p < 0,05$), снижает количество гистерэктомий 10 раз ($p < 0,05$).

8. Установлено, что факторами риска на ВП являются: предлежание плаценты (OR 381.362; 95% CI 7.994-24.063*) и рубец на матке: 17 раз повышен риск (OR 17.016; CI 9.572-30.249*), при этом, дважды рубец на матке повышает риск в 8 раз (OR 8.562; CI 4.605-15.922*), трижды рубец – в 9 раз (OR 9.443; 2.166-41.157*), аборт в анамнезе также имеют риск (OR 13,869; CI 7.994-24.063*). Эффективность модифицированного нами метода J. M. Palacios Jaraquemada et al. (2004) по одноэтапной хирургической органосохраняющей методологии при ВП составила 94,2% (33/35).

9. Определено, что отёк легких (2,9% - OR 6.217; 95% CI 1.281-30.171*), печеночная (4,9%- OR 3.074; 95% CI 1.194-7.916*) и почечная (6,5%- OR 3.640; 95% CI 11.534-8.637*) недостаточность, ПОНРП (15,5% OR 2.706; 95% CI 1.606-4.557*), АФС (4,5% OR 3.281; 95% CI 1.198-8.987*), гломерулонефрит (4,9% OR 3.595; 95% CI 1.332-9.704*), тромбоцитопения (19,6% OR 3.097; 95% CI 1.910-5.020*), хроническая гипертензия (59,4% OR 3.452; 95% CI 2.483-4.801*), синдром отставания роста плода (OR 3.815; 95% CI 2.684-5.424*) в группе с РПЭ встречается чаще. Перинатальная смертность в 9 раз выше в группе РПЭ (OR 9.504; 95% CI 4.963-18.199*). Выжидательная тактика при ПЭ увеличивает частоту вагинальных родов при РПЭ (OR 0.038; 95% CI 0.005-0.289*) и ППЭ (OR 0.552; 95% CI 0.283-1.075*) по сравнению с активной тактикой ведения. В группе с РПЭ (28-33 недель 6 дней) с выжидательной тактикой достоверно в 2.3 раза снизилось количество новорожденных с РДС (OR 2.343; 95% CI 0.005-0.289*), и перевод новорожденных в ОАРИТ в 2.3 раза (OR 2.342; 95% CI 1.055-5.226*). В группе ППЭ (в сроке 34-36 недель 6 дней) достоверных отличий по заболеваемости новорожденных между группами с выжидательной и активной тактикой ведения беременности выявлено не было.

10. Обоснована практическая значимость разработанного алгоритма по диагностике и лечению перипаратальной инфекции после КС с использованием методов эндовизуальной гинекологии, который способствует ранней диагностике НППШ, и повышает эффективность проведения органосохраняющей операции по сохранению репродуктивной функции матери на 82% (OR 0.1950; 95% ДИ 058-0.648*).

11. Цикл аудита критических случаев приводит к повышению качества медицинской помощи в следующих категориях: «ведение осложненных родов» (на 66%), «оказание экстренной помощи» (на 47%), «ведение преэклампсии» (на 82%), «неотложная помощь при акушерских кровотечениях» (на 55%), «ведение преждевременных родов» (на 40%), «ведение генитального сепсиса» (на 44%) и «разработка и внедрение клинических протоколов» (на 47%).

12. Внедрение инновационных практических и организационных технологий в диагностике и лечении акушерских кровотечений, преэклампсии, генитального сепсиса – основные резервы снижения материнской смертности в стране.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 ON AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREES AT TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL
INSTITUTE**

TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

BABAZHANOVA SHAKHIDA DADAZHANOVNA

**IMPROVEMENT OF ORGANIZATIONAL, TREATMENT AND
DIAGNOSTIC TECHNOLOGIES TO REDUCE MATERNAL
MORTALITY**

**14.00.33 - Public health. Healthcare management
14.00.01 - Obstetrics and gynecology**

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF SCIENCE (DSc)
OF MEDICINE**

TASHKENT – 2022

The topic of the doctoral dissertation is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under №B2019.4.DSc/Tib266

The doctoral (DSc) dissertation was carried out at the Tashkent pediatric medical institute. The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at www.tashpmi.uz and on the website of “ZiyoNet” Information and Educational Portal at www.ziynet.uz.

Scientific consultants: **Asadov Damin Abdurakhimovich**
Doctor of medical sciences, professor

Djabbarova Yulduz Kasimovna
Doctor of medical sciences, Professor

Official opponents:

Ibragimov Aziz Yuldashevich
Doctor of medical sciences, assistant Professor

Negmadjanov Bahodur Boltaevich
Doctor of medical sciences, Professor

Yuldashev Usman Yuldashevich
Doctor of medical sciences, Professor

Leading organization: **Tashkent Medical Academy**

The defence of the doctoral dissertation will be held on “___” _____ 2022, at _____ at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 at Tashkent Pediatric Medical Institute (Address: 223Bogishamol str., Yunusabad district, 100140, Tashkent city. Tel./Fax: (+998) 71-262-33-14; e-mail: mail@tashpmi.uz).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent Pediatric Medical Institute (registered under No.____). Address: 223Bogishamol str., Yunusabad district, 100140, Tashkent city; Tel./fax: (+998) 71-262-33-14.

The abstract of the dissertation was distributed on “___” _____ 2022year.
(Registry record No. _____ dated “___” _____ 2022year)

A.V. Alimov
Chairman of the Scientific Council on
Award of Scientific Degrees,
Doctor of medical sciences, Professor

K.N. Khaitov
Scientific Secretary of the Scientific
Council on Award of Scientific Degrees,
Doctor of medical sciences, assistant Professor,

D.I. Akhmedova
Cochairman of the Scientific Seminar of the
Scientific Council on Award of Scientific Degrees,
Doctor of medical sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of the DSc dissertation)

The aim of the research Improving the complex of organizational and diagnostic and treatment measures to prevent maternal mortality (MM) and substantiate the reserves for its further reduction.

The object of the research 624 cases of maternal deaths (MD), 95 cases of critical cases in obstetrics, 402 birth histories (main group) and 6734 (control group) were analyzed to determine risk factors; The prospective study included 1048 women (580 in the main group and 468 in the comparison group) hospitalized at the Republican Perinatal Center of MoH of Uzbekistan

Scientific novelty of the research consists of the following:

based on a confidential analysis of MM in Uzbekistan, for the first time, unused opportunities and reserves were identified to improve the quality of care provided in the management of pregnant women, women in childbirth and puerperas with obstetric bleeding, preeclampsia, genital sepsis; for the first time, within the framework of the protocol for combating postpartum hemorrhage, based on the stages of preventive and therapeutic measures, balloon tamponade of the uterus was introduced and its effectiveness was evaluated;

for the first time, risk groups for the development of severe postpartum hemorrhage in CS have been identified and the high efficiency of preventive ligation of uterine vessels during abdominal delivery in these groups has been proven;

improved organ-preserving technology in case of placenta accreta, which allows preventing massive blood loss, preserving reproductive function, health and life of a woman (patent No. FAP 01684);

a scientific comparative analysis of pregnancy complications in early and late preeclampsia was carried out, a differentiated choice of medical tactics in the manifestation of preeclampsia up to 34 weeks and after was justified in order to improve outcomes for mother and child;

the expediency of using endoscopic methods was scientifically substantiated, which made it possible to implement organ-preserving tactics in the complex of therapeutic interventions in case of failure of the suture on the uterus after CS, as well as an assessment of the clinical effectiveness of the developed algorithm for managing patients delivered by CS, complicated by peripartum infection;

for the first time, the effectiveness of the audit of critical cases to improve the quality and optimize the provision of medical care was substantiated

pregnant women, women in childbirth and women in childbirth and a decrease in MD due to the similarity of the factors that led to death

Implementation of the research results. Based on the results, obtained by optimizing organizational and treatment and diagnostic technologies to reduce MM: a patent of Uzbekistan No. FAP 01684 for "A method for preventing massive bleeding and preserving the uterus in case of placenta ingrowth into the lower segment of the uterus during a cesarean section" was obtained. This technology allows to preserve the uterus in case of placenta accreta and reproductive function in 88.0% of women, and also reduces the amount of massive obstetric bleeding, prevents death; methodological recommendations "Method of confidential analysis of critical situations in obstetric practice" were developed and implemented (conclusion No. 8 n-r / 79 of the MoH of Uzbekistan dated 05.03.2019). The introduction of scientific results made it possible to introduce confidential analysis of critical situations into obstetric practice as an innovative tool for the prevention of MD cases; methodological recommendations "Using the method of controlled balloon tamponade to stop postpartum atonic bleeding" were developed and implemented (conclusion No. 8 nr / 78 of the MoH of Uzbekistan dated 05.03.2019). The introduction of scientific results has made it possible to increase the effectiveness of conservative measures to stop hypotonic bleeding up to 88%, reduce the frequency of massive blood loss, organ-removal operations and prevent MD. The obtained results of the study, aimed at identifying and solving medical and organizational aspects to reduce MD, have been introduced into practical healthcare, in particular, into the practice of obstetric departments of the Fergana, Tashkent regional perinatal centers and Republican perinatal center (conclusion of the MoH of Uzbekistan No. 8n-d dated February 3, 2022). The implementation of the obtained scientific results has made it possible to increase economic efficiency by reducing the frequency of massive blood loss by 1.9 times, reducing the volume of transfused blood by 3 times, organ-removing operations by 2 times, which led to a successful outcome of childbirth for women.

The structure and volume of the dissertation. Dissertation written on 200 pages of computer text and consists of an introduction, 7 chapters, conclusions, practical recommendations and a list of references.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

1. Бабажанова Ш.Д., Любчич А.С., Хасанова С.С. Влияние метода родоразрешения на перинатальные исходы у женщин с преэклампсией тяжелой степени // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья».- 2013.- №3-В. – С.48-49. (14.00.00. №14).
2. Джаббарова Ю., Бабажанова Ш.Д., Любчич А.С. Неиспользованные возможности при преэклампсии // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.- 2017.- №3-4.(2).- С.34-36.(14.00.00. №14).
3. A. Vacci, S. Hodorogea, H. Khachatryan, Sh.Bobojonova, M. Jansone, L. Donduc, G. Mataradze, G. Lazdane, M. Lazzerini «What is quality of the maternal near miss case reviews in WHO European Region? Cross sectional study in Armenia, Georgia, Latvia, Republic of Moldova and Uzbekistan» // British Medical Journal Open (BMJ Open).- 2018.- 8:e017696. – P.1-9. DOI:[10.1136/bmjopen-2017-017696](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017696) (14.00.00.№6.), (Scopus).
4. Бабажанова Ш.Д., Султанов С.Н., Ходжимуратова Г.А. Исходы беременности и родов при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.- 2011.- №3.- С.18-20.(14.00.00. №14).
5. Бабажанова Ш.Д., Джаббарова Ю.К., Любчич Н.И., Мухамедова У.Ю. Положительные уроки при анализе случаев акушерских кровотечений, угрожающих жизни женщины // Вестник Ташкентской медицинской академии.- 2018.-№4.- С.119-122. (14.00.00. №13).
6. Бабажанова Ш.Д., Любчич Н.И. Использование баллонной тампонады матки при послеродовых кровотечениях в перинатальном центре // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана.- 2018.-№4.- С.51-55.(14.00.00. №17).
7. Любчич А.С., Бабажанова Ш.Д., Джаббарова Ю.К. Неиспользованные возможности при генитальном сепсисе // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.-2017.- №3-4.(1). – С.78-80. (14.00.00. №14).
8. Бабажанова Ш., Джаббарова Ю.К., Любчич Н.И. Основные причины и структура материнской смертности по данным конфиденциального исследования в Республике Узбекистан // Узбекистон тиббиёт журнали.- 2018.- №6.- С.64-66. (14.00.00. №8).
9. Babazhanova Sh.D., Lyubchich A.S., Khaitova D.A. Outcomes of pregnancies with placenta accrete in the perinatal center // Nazariy va klinik tibbiyot.- 2019.- № 5. – С.27-30. (14.00.00. №3).
10. Гафуров Ж.М., Любчич А.С., Бабажанова Ш.Д., Джаббарова Ю.К., Умарова Н.М. Эффективность использования малоинвазивных методов в диагностике и лечении послеродовых септических осложнений // Журнал теоретической и практической медицины.- 2019.-№5.- С. 38-41. (14.00.00. №3).
11. Бабажанова Ш.Д., Байрамов С.Д. Использование классификации Робсона для анализа возрастающей частоты кесарева сечения в перинатальном

- центре // Журнал теоретической и практической медицины.– 2019.– №5.– С.30-32. (14.00.00. №3).
- 12.Любчич А.С., Бабажанова Ш.Д., Хаитова Д.А., Матякубова С.А. Органосохраняющие методы операции при кесаревом сечении у женщин с предлежанием и приращением плаценты // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.–2017.– №3-4.(1). – С.58-59.(14.00.00. №14).
- 13.Асадов Д.А., Бабажанова Ш.Д., Джаббарова Ю.К. Пути снижения материнской смертности // Проблемы биологии и медицины. – 2021. – №1.1(126).– С.41-43. (14.00.00. №19).
- 14.Бабажанова Ш.Д., Любчич А.С., Хаитова Д.А. Органосохраняющий подход при истинном вращении плаценты // Проблемы биологии и медицины.– 2019.– №3.– С. 13-16. (14.00.00. №19).
- 15.Бабажанова Ш.Д., Любчич А.С., Любчич Н.И. Эффективность использования управляемой баллонной тампонады для остановки послеродового атонического кровотечения // Журнал акушерства и женских болезней. –2022. – Том 71, №1.– С. 5-10. (14.00.00.№47.), (Scopus).

II булим (II часть, II part)

- 16.Бабажанова Ш. Д., Любчич Н.И. Использование метода управляемой баллонной тампонады для остановки послеродового атонического кровотечения: Методические рекомендации.- Ташкент, 2019.– 20 с.
- 17.Бабажанова Ш. Д., Любчич Н.И., Джаббарова Ю.К. Метод конфиденциального анализа критических ситуаций в акушерской практике: Методические рекомендации.– Ташкент, 2019.– 42с.
- 18.Бабажанова Ш.Д., Расулев Б.Х., Абдураимов Т.Ф. и др. Сборник клинических протоколов по акушерству для врачей акушеров-гинекологов – Ташкент, 2019.– 327с.
19. Бабажанова Ш.Д., Любчич А.С., Джаббарова Ю.К. «Способ предотвращения массивного кровотечения и сохранения матки при вращении плаценты в нижний сегмент матки во время операции кесарева сечения». Патент № FAP 01684 // Официальный бюллетень. (19UZ) – 2021. –№9 (245). – С. 116-117.
- 20.Бабажанова Ш.Д., Любчич Н.И., Хасанова С.С. Структура преждевременных родов в зависимости от гестационного срока и весовой категории новорожденных // Материалы 1 международного конгресса по перинатальной медицине. (Москва, 2014, 16-18 июня) – С. 56-57.
- 21.Бабажанова Ш.Д. Опыт аудита критических ситуаций в акушерской практике // Материалы 1 международного конгресса по перинатальной медицине. (Москва, 2014, 16-18июня) – С.56.
- 22.Бабажанова Ш.Д., Любчич Н.И. Резервы снижения материнской смерти от преэклампсий // Сборник тезисов Международного конгресса «Большие акушерские и неонатальные синдромы – патофизиология и клиническая практика» (Санкт Петербург, 2017, 14-16 декабря) – С. 5-6.

23. Бабажанова Ш.Д. Предотвратимые факторы при акушерских кровотечениях // Материалы. XII международный конгресс по репродуктивной медицине. (Москва, 2018, 16-18 января) – С.288-290.
24. Babajanova Sh.D. Tug'ruqdan keyingi qon ketishni to'xtatishda bachadonni balon bilan tamponada qilish samaradorligi: Материалы научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в медицине». (Самарканд, 2018, 30 ноября-1 декабря) // Проблемы биологии и медицины. – 2018. – №2,1 (101). – С.203-204.
25. Бабажанова Ш.Д. Исследование случаев материнской смерти от генитального сепсиса // «Актуальные проблемы, достижения и перспективы охраны здоровья матери и ребенка». Бухара, 2018.– С. 22-23.
26. Бабажанова Ш.Д., Любич А.С., Пахомова Ж.Е. Факторы риска тромбоза легочной артерии по данным конфиденциального анализа случаев материнской смертности // «Гемостаз, тромбоз и репродукция: междисциплинарный подход», Санкт Петербург, 2019 – Журнал Акушерство и гинекология Санкт Петербурга –2019.– №2. – С.19.
27. Бабажанова Ш.Д. Современные подходы при анализе материнской смертности // Материалы. XIII международный конгресс по репродуктивной медицине. (Москва, 2019, 21-24 января) – С. 7-8.
28. Любич А.С., Бабажанова Ш.Д. Опыт внедрения в перинатальном центре органосохраняющих методов при вращении плаценты // «Здоровые дети – будущее страны». Санкт –Петербург – 2019. – Медицина: теория и практика.– Том 4.– С. 324-325.
29. Babazhanova Sh.D., Namidov F.Z. Critical cases in obstetrics – ‘near miss’ in perinatal center // Modern scientific challenges and trends collection of scientific works of the international scientific conference. Warshawa – 2019. – Issue 4 (15).– P. 57-64.
30. Бабажанова Ш.Д. Материнская смертность и возраст женщины: у кого больше риск? // Тезисы VI Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству». (Санкт-Петербург, 2020, 6–8 февраля) – С.13-14.
31. Бабажанова Ш.Д. Во имя спасения жизни матерей. Третий отчет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности (за 2016-2017гг.). / Бабажанова Ш.Д., Любич А.С., Джаббарова Ю.К. [и другие], Ташкент, 2020. MEGA BASIM. – С. 112.
32. Babazhanova Sh.D., Lyubchich A.S., Djabbarova Yu.K. Organ-preserving technologies and their effectiveness in patients with placenta accreta // Obstetrics & Gynecology International Journal. – 2020. –11(5) – P.287–289. DOI: [10.15406/ogij.2020.11.00525](https://doi.org/10.15406/ogij.2020.11.00525)
33. Бабажанова Ш.Д., Любич А.С. Материнская смертность и артериальная гипертензия // Тезисы XVI Всероссийского конгресса «Артериальная гипертензия 2020: наука на службе практического здравоохранения». (г. Ярославль, 2020, 11-12 марта) – С. 55.

34. Бабажанова Ш.Д. Определение факторов риска массивных акушерских кровотечений // Материалы XIII регионального научно-образовательного форума «Мать и Дитя».(Казань, 2020, 29-30 июня) – 2020. – С. 16-17.
35. Бабажанова Ш.Д., Асадов Д.А. Превентивная перевязка сосудов матки при кесаревом сечении для профилактики послеродовых кровотечений.// Материалы IV Национального конгресса с международным участием «Здоровые дети – будущее страны» // Детская медицина Северо – Запада.- 2020.– №1, Том 8.– С. 45-46.
36. Бабажанова Ш.Д., Любчич А.С., Джаббарова Ю.К. Факторы, способствовавшие неблагоприятному исходу при преэклампсии.// Фундаментальная и клиническая медицина. – 2021. –№1., Том 6.– С. 27-31. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2021-6-1-27-31>.
37. Асадов Д.А., Бабажанова Ш.Д. Материнская смертность. Что изменилось в решении проблемы за 7 лет // Организация и управление здравоохранением. – 2021. – №2 (128). – С. 52-55.
38. Асадов Д.А., Бабажанова Ш.Д. Структура материнской смертности в Узбекистане // Материалы. XV международный конгресс по репродуктивной медицине.(Москва, 2021, 19-21 января). – С.4-5.