

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**ВАЛИЕВ ШУХРАТ НАСИМОВИЧ**

**АКУШЕРЛИҚДА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА ОПТИМАЛ  
ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИНИ ТАНЛАШ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

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

**Самарқанд – 2024**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of phylosophy (PhD)**

**Валиев Шухрат Насимович**

Акушерликда шошилинич холатларда

оптимал жаррохлик йулни

танлаш..... 3

**Валиев Шухрат Насимович**

Выбор оптимального хирургического доступа

при неотложных состояниях

в акушерстве..... 27

**Valiev Shukhrat Nasimovich**

Choosing the optimal surgical approach

for emergency conditions

in obstetrics..... 51

**Список опубликованных работ**

Эълон қилинган ишлар рўйхати

List of published scientific works ..... 55

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**ВАЛИЕВ ШУХРАТ НАСИМОВИЧ**

**АКУШЕРЛИҚДА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА ОПТИМАЛ  
ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИНИ ТАНЛАШ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

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

**Самарқанд – 2024**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар Вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2PhD/Tib1851 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) ва «Ziyonet» Ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар**

**Негмаджанов Баходир Болтаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар**

**Зокирова Нодира Исламовна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Туксанова Дилбар Исмаиловна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот**

**Республика ихтисослаштирилган Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш илмий-амалий тиббиёт маркази**

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги DSc..04/30.12.2019.Tib.102.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ кунини соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтди (Манзил: Самарқанд шаҳри, М.Улуғбек кўчаси, 70А-уй, СамДТУ ихтисослашган болалар хирургик клиникаси), Тел/факс: 0(366)-233-58-92,233-79-03,e-mail: [shodikulovagulandom@mail.ru](mailto:shodikulovagulandom@mail.ru)).

Диссертация Самарқанд Давлат тиббиёт университети Ахборот-ресурс маркази томонидан топширилган (\_\_\_\_ - олинган рўйхат рақами). Манзил: Амир Темур Кўчаси, 18, Самарқанд, 140100. Телеграмма / факс: (+99866) 233-30-34.

Диссертация автореферати 2024 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ кунини тарқатилди.

(2024 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.М. Шамсиев**

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

**Г.З. Шодикулова**

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

**Ж.О. Атакулов**

Илмий даражалар бериш бўйича илмий кенгаш  
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт  
фанлари доктори, профессор

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

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти.** Бугунги кунда акушерлик амалиётида кесарча кесиш операциялари сони ҳар йили ортиб бормоқда. 2019 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан «...137 давлатда кесарча кесиш операцияларининг даражаси таҳлил қилиниб, ҳар йили дунёда тахминан 18,5 миллион аёлларда абдоминал тугруқлар ўтказилиши аниқланган. Мамлакатларнинг 40 фоизида кесарча кесиш даражаси 10 фоиздан кам (ўртача 5,8%), 50 фоизида 15 фоиздан юқори (ўртача 27,9%) ва 10 фоизида 10-15 фоизни ташкил этади...»<sup>1</sup>. Халқаро тавсияларга кўра, кесарча кесиш операциялари даражаси 15 фоиздан ошмаслиги керак, чунки абдоминал туғруқ сонининг ортиши перинатал кўрсаткичларнинг салбий булишига олиб келади. Бироқ кесарча кесиш операциялари сонининг ўсиши акушерлик соҳасида янги муаммоларга сабаб бўлмоқда. Улар орасида энг аҳамиятлиси туғруқдан кейинги йирингли-септик асоратлар ва қон кетиш ҳолатларининг кўпайиши ҳисобланади. Айни пайтда, абдоминал тугруқнинг аёлнинг организмига таъсирини баҳолаш, жаарохлик амалиётига курсатма ва қарши курсатма қайта куриб чиқиш, кесар кесиш учун оптимал жаррохлик йулини танлаш ва операциядан олдин, операция пайти ва ундан кейин олиб бориш принципларини такомиллаштириш ва ўтказилган комплекс чора-тадбирлар натижаларини баҳолаш акушерлик амалиётида ечими топилиши зарур бўлган муаммо ҳисобланади.

Жаҳонда кесарча кесиш опеарциясини оптимал йулини танлаш, ундан кейин келиб чиқадиган асоратларни олдини олиш, жаррохлик амалиети утказилган аёллар организмидаги узгаришларни урганиш ва уни келтириб чиқарувчи хавф омилларини бартараф этишга қаратилган қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Жумладан, абдоминал тугруқ утказилган аёлларнинг тиббий-ижтимоий хусусиятларини аниқлаш, уларда кейинги ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги ва неонатал даврларни ўрганиш, таъсир қилувчи омилларни аниқлаш ва перинатал асоратларни башорат қилиш ва энг макбул жаррохлик йулини танлаш усулларини ишлаб чиқиш илмий-тадқиқотларнинг устувор йўналиши бўлиб қолмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизими олдига аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини ошириш ҳамда жаҳон андозаларига мослаштириш, жумладан, абдоминал тугруқ утказилган аёлларнинг тиббий-ижтимоий хусусиятларини аниқлаш, уларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича чора-тадбирлар кенг амалга оширилиб, муайян ижобий натижаларга эришилмоқда. Бу борада; «...Оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматдан фойдаланишларини кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-

---

<sup>1</sup>World Health Organization. (2019). Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. ВОЗ, Всемирная Ассамблея Здравоохранения, 63-я сессия. Мат., п. 11.7, А63/10, 1/У-2010, 9 с.

тадбирларни янада кенгроқ амалга ошириш...»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, интра- ва операциядан кейинги асоратларни эрта аниқлаш, уларни камайтириш, операциядан олдин ҳомиладорларда гемостаз тизимидаги узгаришларни аниқлаш, энг макбул операция йулини танлаш ва уни самарадорлигини баҳолаш орқали хасталик натижасида юзага келадиган асоратларни, она ва бола ўлим кўрсаткичларини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон “2022—2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”<sup>3</sup>, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги фармонлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 8 ноябрдаги ПҚ-4513-сонли “Репродуктив ёшдаги аёллар, ҳомиладор аёллар ва болаларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини ошириш ва қамровини янада кенгайтириш тўғрисида”ги, 2021 йил 29 июлдаги ПҚ-5199-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарорлари ҳамда мазкур соҳага тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотларнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантириш устувор йўналишларига мувофиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологияларни ривожлантиришнинг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида амалга оширилди.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Халқаро ҳамжамиятнинг (ЖССТ, 2015) туғруқни бошқариш тизими хулосасига кўра, кесарча кесиш операцияси кўрсаткичи (10-15%)дан оширилиши перинатал натижаларнинг пропорционал яхшиланишига олиб келмайди ва она ҳамда янги туғилган чақалоқ саломатлигига салбий таъсир қилади. Абдоминал туғруқ (11%дан 29%гача) интраоперацион (қон кетиши, қўшни аъзоларнинг жароҳатланиши, амниотик суюқлик эмболияси, ўпка артериясининг тромбоемболияси, анестезиологик асоратлар) ва операциядан кейинги (эндометрит, яра инфекцияси, перитонит, сепсис) асоратлар хавфи билан боғлиқ (Радзинский В.Е., 2020; Костин И.Н., 2021; Князева С.А., 2005).

Ривожланган мамлакатларда кесарча кесиш операциясидан кейинги туғруқлар бачадон ёрилишининг асосий хавф омили ҳисобланади ва бу кўрсаткич 0,1% дан 0,5% гача ташкил қилади. Биринчи туғувчи аёлларда режали кесарча кесишда 0,24%, шошилинич кесарча кесишда 0,16%, бачадонда битта чандик мавжуд бўлганда эса 0,2% дан 0,8% гача хавф кузатилади. (Francone P. и соавт., 2020; Paul R., Miller D., 2015). Турли туғруқ усулларининг эҳтимолий хавфлари ва афзалликларини, эрта ва кеч асоратларини таҳлил

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги “2022 — 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида” ги ПФ-60-сонли Фармони.  
www.lex.uz

қилиш кесарча кесиш операциялар сони кўпайиши билан она касалланишининг ортиши ва муваффақиятли туғруқлар сони камайишига олиб келиши кўрсатди. (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 2017). Кесарча кесиш операциясининг асоратлари туғруқлар билан солиштирганда кўпроқ: эрта асоратлар – 56%га, анестезиологик асоратлар – 12 баравар, туғруқдан кейинги инфекциялар – 2,98 баравар, сийдик йўллари инфекцияси – 79%га, оғрик синдроми – 2,4 баравар, бош оғриғи – 6,2 баравар кўпроқ. Режали кесарча кесиш операциясидан кейинги қон кетиш хавфи (нисбий хавф, OR=2,5) ва шошилич кесарча кесиш операцияси (OR=2,0), инфекциялар (OR=2,6), қон қуйиш ва реанимация бўлимига ётқизиш хавфи туғруқларга нисбатан юқорироқ. Кесарча кесиш операциясидан кейин яра инфекцияси хавфи 3-15%ни ташкил этади, операция вақти узайиши (45 дақиқадан ортиқ) ва стационарда ётиш вақти ортади. (Suomio S., Hutter M., 2019). Туғруқдан кейинги септик асоратларини олдини олиш зарурияти эндометритнинг юқори учрашув жиҳати билан асосланади. Операциядан кейинги эндометрит ҳолатлари кўпроқ учрайди (15%, диапазон 2–54,3%), бу ўз-ўзидан туғишдан кейинги ҳолатларга нисбатан юқорироқ (ўртача 5%). Оғирликка мойил аёлларда инфекция хавфи ошади, бу ҳам эндометрит ҳолатларининг кўпайиши билан боғлиқ. (Miller D., 2015; Kristensen M. ва бош., 2020).

Америка акушер-гинекологлар коллежи ва Канада акушер-гинекологлар жамиятининг тавсиялари йирингли-септик инфекциялар хавфи юқори бўлган гуруҳларга нисбатан антибиотикопрофилактикани мажбурий қўллашни таклиф этади. Экспертлар жарроҳлик аралашувидан бир соат олдин ёки шошилич кесарча кесишда 30 дақиқа олдин антибиотикни томир ичига юборишнинг аҳамиятини. Ушбу чора-тадбирнинг перинатал натижаларга салбий таъсири йўқлигини тасдиқлаган. (Hutter M., 2019; Harlow B. и соавт., 2019).

Кесарча кесиш операцияси кўрсатмалари кенгайиши она ўлими кўрсаткичларининг табиий туғруқларга нисбатан ортишига, шунингдек, юқори малакали тиббий ёрдамга муҳтож бўлган бачадонда операция ўтказилган ҳомиладор аёллар тоифасининг пайдо бўлишига олиб келди. (Блошанский Ю.М. и др., 2019; Сидорова И.С. и др., 2018; Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., 2018). Аввалги кесарча кесиш операцияси плацента ушиб кириши ва олдинда жойлашиши, қон қуйиш, гистерэктомия ва ҳомиладор аёллардаги касалланиш хавфи билан боғлиқ. Қайта абдоминал туғруқни камайтириш захираларини қидиришга куйидагиларни жамланмаси ердан беради: аёл хоҳишига кўра еки нисбий курсатмалар билан килинган операциялар, огирлашган ҳомиладорлик, илгарги оператив туғруқлар, аёлларнинг ортиқча вазни, туғруқдаги асоратлар.

Ўзбекистонлик олимлар: Ф.М. Аюпова (2017), М.Х. Қаттахожаева (2018), У.М. Юсупова (2019), М.Т. Хамдамова (2020) ва бошқаларнинг диагностика ва хирургик кесмани оптимал усулини ишлаб чиқиш муаммоси билан шуғулланган тадқиқотлари диққатга сазовор, аммо кесарча кесиш операциясининг интраоперацион ва операциядан кейинги асоратларининг

олдини олишга қаратилган шошилиш акушерлик ҳолатларда оптимал оператив кесма йўлини танлашга бағишланган тадқиқотлар мавжуд эмас.

Ушбу муаммоларни ҳал қилиш соғлиқни сақлашнинг асосий вазифаларидан бири бўлиб, она ва бола ўлими даражасини камайтиришга ёрдам беради. Юқорида айтилганлардан келиб чиқиб, шошилиш акушерлик ҳолатларида аёлларда кесарча кесиш операциясини жарроҳлик оптималлаштиришнинг янги усуллари ишлаб чиқишга қаратилган илмий тадқиқотларни ўтказиш шунингдек, ушбу муаммоларнинг ечимини топиш замонавий акушерлик фанининг долзарб вазифалари ҳисобланади.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация иши Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг илмий-тадқиқот ишларига мувофиқ № ПЗ-2018-090921394 «Она ва бола саломатлигини ҳимоя қилиш бўйича диагностик, даволаш ва профилактика чора-тадбирларини ҳудудий хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқиш» (2019-2023 йй) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** шошилиш ҳолатларда кесарча кесиш жарроҳлик амалиётининг натижаларини яхшилаш учун энг оптимал операция кесимини танлашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

шошилиш кесарча кесиш операциясига кўрсатмага эга аёлларда турли хил жарроҳлик кесмасининг интра- ва операциядан кейинги асоратлар ривожланиши хавфини аниқлаш учун омилларни белгилаш;

шошилиш кесарча кесиш операциясида қорин бўшлиғига кириш усулига боғлиқ ҳолда гемостазнинг айрим кўрсаткичларини ўрганиш;

қорин бўшлиғига турли хил жарроҳлик кириш усулларида шошилиш абдоминал туғруқнинг она ва перинатал натижаларини ўрганиш;

клиник амалиётга шошилиш акушерлик ҳолатларида хирургик кесма усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Самарқанд шаҳрининг 3-сонли туғруқ мажмуаси, Тайлоқ туман ва Самарқанд туман тиббиёт бирлашмалари акушерлик бўлимларида 2019–2023 йилларда шошилиш акушерлик кўрсатмалари билан кесарча кесиш операцияси ўтказилган 258 нафар аёллар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети**ни умумий клиник, лаборатор ва биокимёвий тадқиқотлар учун аёлларнинг веноз қони ва пешоби ташкил этган.

**Тадқиқот усуллари.** Тадқиқотда умумклиник, лаборатор, махсус акушерлик текшируви, инструментал ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** куйидагилардан иборат:

шошилиш кесарча кесиш операцияси ўтказилган аёлларда интраоперацион (мушаклар ва томирлар шикастланиши) ва операциядан кейинги (апоневроз ости гематомалар, ичак парези, гипертермия) асоратлар частотаси 16,8% ни ташкил этгани аниқланган;

шошилинч кесарча кесиш операциясидан олдин ҳомиладорларда гемостаз тизимидаги дастлабки бузилишлар билан асоратлар ривожланиши ўртасида тўғри корреляцион боғлиқлик аниқланган;

илк бор шошилинч кесарча кесиш операцияларида апоневроз ости гематомаларнинг олдини олиш мақсадида а. epigastrica profunda inferiorни боғлаш орқали лапаротомия жарроҳлик амалиёти такомиллаштирилган;

шошилинч кесарча кесиш операциясида қўлланилган жарроҳлик амалиётларининг юқори самарадорлиги интра- ва операциядан кейинги асоратлар сонини 9,5 марта камайиши билан асосланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

тавсия этилган жарроҳлик кесмаси қўлланилганда операцияни тез ва минимал қон йўқотиш билан яқунланиши аниқланган;

қўлланилган жарроҳлик амалиётидан кейин апоневроз ости гематомалар ҳосил бўлиш хавфи камайган, шунингдек туққан аёлларнинг операциядан кейинги даврда тез тикланишига имкон берган;

таклиф этилган усул қорин девори тўғри мушаклари шикастланишида жарроҳлик тактикасини индивидуаллаштириш имконини берган, бу эса интраоперацион жароҳатларни тўлиқ тузатишга, асоратлар частотасини камайтиришга ва даволаш самарадорлигини оширишга олиб келган;

такомиллаштирилган жарроҳлик тактикасини қўллаш буйича тавсиялар ишлаб чиқилган ва амалиётга тадбиқ этилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усулларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сони етарли даражада танланганлиги, замонавий морфологик, морфометрик, гистохимик, биохимик, функционал усулларни қўллаш натижалари статистик ишлаб чиқилгани, уларнинг бири иккинчисини тўлдирувчи клиник-лаборатор, инструментал, гинекологик ва статистик тадқиқот усуллари асосида, шошилинч кесарча кесиш операциясини такомиллаштиришга қаратилган чора-тадбирларнинг ўзига хослиги, халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шошилинч акушерлик ҳолатларида ҳомиладорларда ўтказилган турли жарроҳлик аралашувларнинг интра- ва операциядан кейинги натижаларини баҳолаш, асоратларни олдини олиш ва даволаш самарадорлигини ошириш, энг макбул операция кесмасини танлаш натижасида акушерлик ва перинатал асоратларни башорат қилиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти интра- ва операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш, кесарча кесиш операциясида ҳомилани олиш вақтини 1,9 баравар қисқартириш, қон йўқотиш ҳажмини сезиларли даражада камайтириш ва такомиллаштирилган жарроҳлик усули қўлланилганда беморларнинг операциядан кейинги тикланиш муддатини икки баравар қисқартириши билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларини жорий қилиш.** Илмий тадқиқот натижалари Самарқанд шаҳар 2-сонли туғруқ мажмуасининг 2023 йил 9 декабрдаги 962-сонли буйруғи ва Самарқанд вилоят перинатал марказининг 2022 йил 25 декабрдаги 543У-сонли буйруғи билан клиник амалиётига жорий этилган.

Шошилинич кесарча кесиш операцияси ўтказилган аёлларда интраоперацион (мушаклар ва томирлар шикастланиши) ва операциядан кейинги (апоневроз ости гематомалар, ичак парези, гипертермия, бачадон субинволюцияси) асоратлар частотаси, гемостаз тизимининг дастлабки бузилишлари, жарроҳлик амалиёти турлари каби аҳамиятли бўлган прогностик хавф омилларининг асоратлар ривожланишидаги аҳамияти ўрганилган. Бу жарроҳлик амалиётларини такомиллаштириш орқали асоратларни камайтиришга, ўз вақтида тўғри ташхис қўйишга ва аёлларнинг тезроқ тикланишига имкон берган. Тадқиқотда шошилинич кесарча кесиш операциясида қўлланилган турли жарроҳлик амалиётларнинг самарадорлиги ва гемостаз тизимидаги ўзгаришларнинг патогенетик аҳамияти аниқланган. Гемостаз тизими кўрсаткичларини баҳолаш ташхис қўйишнинг тўғри усули ҳисобланиб, кейинги даволаш самарадорлигини баҳолаш учун асос бўлиб хизмат қилади. Апоневроз ости гематомаларнинг олдини олиш мақсадида а. epigastrica profunda inferior ни боғлаш орқали лапаротомия жарроҳлик амалиёти такомиллаштирилиши асоратларни камайтиришда муҳим аҳамиятга эга бўлган.

Шошилинич кесарча кесиш операциясида қўлланилган такомиллаштирилган жарроҳлик амалиётлари натижасида қон қуйиш эҳтиёжи 2 мартага камайган, 443 000 сўм давлат бюджети маблағлари тежалган. Операциядан кейинги асоратларни эрта ташхислаш натижасида даволаш ётоқ кунлари 3 кунга қисқартирилиб, ҳар бир бемор учун 519 000 сўм давлат бюджети маблағлари тежалган.

“Акушерликда шошилинич ҳолатларда оптимал жарроҳлик йўлни танлаш” мавзусидаги илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг 2024 йил 25 сентябрдаги 6/85-сонли хулосаси билан тасдиқланган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан, 3 та халқаро ва 2 та республика конференцияларида муҳокамадан утказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш нашр этилган, шу жумладан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, улардан 4 таси республика ва 2 таси халқаро журналларда эълон қилинган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, тўрт боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Киришда** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва талаблари, мақсад ва вазифалар, тадқиқот объекти ва предмети хусусиятлари асослаб берилган; диссертациянинг республикада фан ва технологияларни ривожлантириш устувор йўналишларига мувофиқлиги асослаб берилган, ушбу иш натижаларининг илмий янгилиги ва амалий аҳамияти баён қилинган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш бўйича маълумотлар, шунингдек, илмий иш натижаларини чоп этиш тўғрисидаги маълумотлар ва диссертациянинг тузилиши ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **биринчи боби «Кесарча кесиш операцияларининг замонавий муаммолари. Шошилиш акушерликда кўндаланг ва буйлама кесмаларни қиёсий баҳолаш. Адабиётлар шарҳи»**да кесарча кесиш операцияси муаммолари бўйича сўнгги маълумотлар, операциядан кейинги асоратларнинг олдини олишнинг замонавий усуллари келтирилган, шунингдек, турли жарроҳлик усуллари афзалликлари ва камчиликлари ҳақида маълумот берилган. Чет эл ва маҳаллий адабиётларда шошилиш абдоминал туғруқ билан боғлиқ интра- ва операциядан кейинги асоратларнинг замонавий даволаш усуллари тўғрисидаги маълумотлар берилган.

Диссертациянинг **иккинчи боби «Клиник материаллар ва тадқиқот усуллари умумий тавсифи»**да асосий гуруҳнинг характеристикалари ёритилган. Тадқиқот Самарқанд шаҳрининг № 3 туғруқ мажмуаси, Тайлоқ ва Самарқанд тиббиёт бирлашмалари базасида ўтказилиб, 2019–2023 йиллар давомида шошилиш кесарча кесиш операциялари ҳолатлари ўрганилди. Тадқиқот даврида 7 800 дан ортиқ шошилиш кесарча кесиш операциялари ўтказилган бўлиб, улар биз учун асосий таҳлил базасини ташкил этади. Деталлаштирилган ўрганиш учун 258 та ҳолат танлаб олинган, чунки айнан улар тадқиқот мезонларига мос келувчи энг оғир клиник ҳолатларни ифодалайди. Бундай ёндашув турли жарроҳлик усуллари самарадорлиги ва хавфсизлигини таҳлил қилишда алоҳида эътибор талаб қилувчи мураккаб ҳолатларга эътибор қаратиш имконини берди.

### 1-жадвал

#### 2019-2023 йилларда туғилишлар, режали ва шошилиш кесарча кесиш операциялар сони

Йил	Туғилишлар сони	Кесарча кесиш операциялари сони	Режали кесарча кесиш	Шошилиш кесарча кесиш
2019	4564	1444 (31,6%)	185 (12,8%)	1259 (87,2%)
2020	3523	1119(31,7%)	381 (34%)	738 (66%)
2021	4704	1703 (36,2%)	237 (13,9%)	1466 (86,1%)
2022	6725	2711 (40,3%)	683 (25,1%)	2028 (74,9%)
2023	8424	3223 (38,2%)	821 (25,4%)	2402 (74,6%)
<b>Жами</b>	27940	10200	2307	7893

1-жадвалга кўра, 2019–2023 йиллар давомида умумий туғилишлар сони 27 940 тани ташкил этди, шуларнинг 36,5% (10 200) кесарча кесиш операцияси

билан яқунланган. Қайд этиш жоизки, уларнинг 77,4% шошилинч (7 893) бўлиб, режали кесарча кесишлар фақатгина 22,6% (2 307) ни ташкил этган.

Йиллар бўйича динамикада, 2019 йилда 4 564 та туғилишдан 31,6% (1 444) кесарча кесиш операцияси билан яқунланган бўлиб, уларнинг 87,2% шошилинч (1 259) бўлган. 2020 йилда кесарча кесишлар улуши 31,7% (1 119 та 3 523 туғилишдан) даражасида қолган, аммо шошилинч операциялар 66% (738) ни ташкил этган. 2021 йилда туғилишлар сони 4 704 тага ошган ва 36,2% (1 703) кесарча кесиш операцияси билан яқунланган, шуларнинг 86,1% (1 466) шошилинч бўлган. 2022 йилда туғилишлар сони 6 725 тага етиб, кесарча кесишлар улуши 40,3% (2 711) ни ташкил этган, шуларнинг 74,9% (2 028) шошилинч кесарча кесишлар бўлган. 2023 йилда 8 424 та туғилиш қайд этилган, шуларнинг 38,2% (3 223) кесарча кесиш операцияси билан яқунланган ва уларнинг 74,6% (2 402) шошилинч бўлган.

## 2-жадвал

### Шошилинч кесарча кесиш операциясида операциядан кейинги асоратлар ривожланиши хавф омиллари

Хавф омили	Тавсифи	Асоратлар частотаси	AUC (ROC-таҳлил)
кечиккан госпитализация	Аёлларни стационарга кечиктириб йўналтириш – бу етарли даражадаги маршрутизациянинг мавжуд эмаслиги ёки транспорт ресурсларининг етишмаслиги сабабли юз беради.	40%	0,72
кечиккан қарор қабул қилиш	Операцияни бошлашнинг кечиктирилиши – бу ресурсларнинг етишмаслиги ёки ташхис учун зарур маълумотларнинг мавжуд эмаслиги сабабли юз беради.	35%	0,68
анамнезда массив қон йўқотишлар	Худудий шифохоналар шароитида қон ҳажмини шошилинч тиклаш имкониятининг йўқлиги.	27%	0,74
плацентанинг олдинда етиши	Плацентанинг тўлиқ олдинда ёки паст жойлашуви, жарроҳлик аралашувини қийинлаштиради.	30%	0,77
олдинги кесарча кесиш операциялари	Бачадондаги чанчик, асоратлар билан кечади.	25%	0,71

2-жадвалда шошилинч кесарча кесиш операцияларида операциядан кейинги асоратлар ривожланишига таъсир этувчи асосий клиник ва ташкилий хавф омиллари, уларнинг ROC-таҳлили орқали тасдиқланган аҳамияти кўрсатилган. Маршрутлаштиришнинг етарли эмаслиги ёки транспорт ресурслари етишмаслиги туфайли кечиккан госпитализация беморларда гипертермиянинг уч кундан ортиқ давом этиши билан 40% ҳолатларда боғлиқ (AUC 0,72). Операция бошланиши бўйича қарор қабул қилишнинг кечикиши, ташхис қўйишга тайёргарлик ва ресурслар етишмаслиги, шунингдек, шошма-

шошарлик ҳамда қорин деворининг олд томонидаги мушакларнинг дағал силжитилиши 35% беморларда (AUC 0,68) апоневроз ости гематомаларнинг юзага келишига олиб келади.

Анамнездаги катта қон йўқотиш, қон ҳажмини тиклашнинг аниқ режаси мавжуд бўлмаган ҳолатларда, беморларнинг 27% ида ичак парезининг уч кундан ортиқ давом этиши хавфини оширади (AUC 0,74). Плацентанинг олдинда ётиши хавф омили сифатида энг юқори прогностик аҳамиятга эга бўлиб (AUC 0,77), аёлларнинг 30% ида апоневроз ости гематомаларнинг ривожланиши билан боғлиқ. Аввалги кесарча кесиш операциялари 25% ҳолатларда оғриқ синдроми ва ичак парези каби асоратлар билан кечади (AUC 0,71). Тиббий ёрдам даражалари орасида беморларни нотўғри йўналтириш билан боғлиқ маршрутлаштиришдаги хатолар, операция вақтининг узайиши ва 33% аёлларда гипертермия хавфини оширади (AUC 0,70). Бу маълумотлар ташхис ва даволашни ташкиллаштиришга ёндашувларни яхшилаш зарурлигини ҳамда оғир асоратлар сонини камайтириш аҳамиятини таъкидлайди.

Тадқиқот учта босқичдан иборат бўлиб, шошилиш кесарча кесиш операцияларининг частотасини ва самарадорлигини ўрганишга қаратилган (расм 1):



*1 расм Тадқиқот дизайни*

Биринчи босқичда шошилинич акушерлик кўрсатмалари бўлган аёлларда кесарча кесиш операциялари сони таҳлил қилинди. Бу босқич ёрдамида туғруқхоналарда шошилинич жарроҳлик аралашувларига бўлган умумий эҳтиёж аниқланди.

Иккинчи босқич шошилинич кесарча кесишнинг икки хил жарроҳлик кесимининг самарадорлигини баҳолашга бағишланган: куйи ўрта лапаротомия (буйлама лапаротомия, I гуруҳ, 120 бемор) ва Джоэль-Коэн усулидаги кўндаланг кесма (II гуруҳ, 138 бемор). Беморлар операциянинг бирламчи ёки такрорий хусусиятига қараб кичик гуруҳларга бўлинган, бу эса ҳар бир усулнинг самарадорлигини аниқ баҳолашга ёрдам берди.

Учинчи босқичда олинган маълумотлар асосида асоратларни камайтириш ва она ҳамда бола учун натижаларни яхшилашга қаратилган шошилинич кесарча кесиш операциясининг энг мақбул усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилди.

Ҳар бир тадқиқот босқичи яхшиланган даволаш протоколларини ишлаб чиқишда асосий ўрин тутуди ва акушерлик соҳасидаги кейинги проспектив тадқиқотлар учун асос бўлиб хизмат қилиши мумкин. Олинган натижалар кесарча кесиш усулини илмий асосланган ҳолда танлаш, хавфларни камайтириш ва ҳомиладор аёллар учун натижаларни яхшилашга ёрдам беради.

Тадқиқотдаги аёллар ёши 18 ёшдан 45 ёшгача бўлган. Тадқиқотга кўшиш мезонлари шошилинич кесарча кесиш операцияси учун кўрсатмаларга эга бўлган ҳомиладор аёлларни ўз ичига олди (НЖЙМОК, плацентанинг олдинда ётиши, оғир даражадаги преэклампсия, эклампсия ва бачадон ёрилишлари).

Операция учун энг мақбул кесмани танлаш, болани эҳтиёткорлик билан чиқариш ва бачадоннинг пастги сегментини тиклаш операциянинг муваффақиятли яқунланиши учун асосий омиллар ҳисобланган. Операциядан кейинги асоратларни камайтиришга қаратилган янги усуллар ишлаб чиқилган. Асосий оғриқсизлантириш усули умумий эндотрахеал наркоз бўлган.

Даволаш самарадорлиги уч баллик тизим бўйича баҳоланган:

- Яхши натижа — 3 кундан ортиқ бўлмаган беморнинг тана ҳарорати нормал даражада бўлиши, оғриқлар йўқлиги, яра бирламчи битиши, асоратларсиз ва инфилтратсиз ҳолатлар ҳисобланган. Бу жарроҳлик аралашувининг ижобий натижаси ва тез тикланишни кўрсатган;

- Қониқарли натижалар — тана ҳарорати 3 кундан ортиқ юқори бўлиши ва оғриқлар 3 кундан ортиқ давом этиш ҳоллар киритилган. Бундай натижалар кўшимча кузатув ва даволашни талаб қилган, аммо доимо ҳам катта асоратларга олиб келмаган;

- Қониқарсиз натижаларда беморда гематомалар ёки яра йиринглаши каби асоратлар ривожланган бўлиб, улар жиддий тиббий аралашувни ва такрорий жарроҳлик манипуляцияларни талаб қилган. Бундай ҳолатларда операция натижаси салбий деб баҳоланган ва беморнинг ҳолатини тузатиш учун фаол чоралар кўрилган.

Клиник кўрсаткичлар операция давомийлиги, қон йўқотиш ҳажми ва янги туғилган чақалоқлар ҳолатини ўз ичига олган. Лаборатория текширувлари ва

беморларни динамик кузатуви хавфсизлик даражасини ошириш ва натижаларни яхшилаш имконини берган.

Диссертациянинг учинчи боби «Джоэль-Коэн усулидаги кўндаланг жарроҳлик кесмаси орқали шошилинч кесарча кесиш натижаларини таҳлил қилиш» деб номланиб, шошилинч кесарча кесишнинг мазкур усули билан операция қилинган барча аёллар чуқур ўрганилган. Уларнинг ёши, туғруқ тарихи, шикоятлари, ҳамроҳ касалликлари, ўтказилган жарроҳлик аралашуви, операциядан кейинги жараён, интра- ва операциядан кейинги асоратлар таҳлил қилинган. Беморлар икки кичик гуруҳга бўлинган: II А ва II Б. II А кичик гуруҳига биринчи марта кесарча кесиш операцияси ўтказилган беморлар киритилган бўлса, II Б кичик гуруҳидан такрорий кесарча кесиш операциясини бошдан кечирган аёллар ташкил этган.

II гуруҳда (n = 138) 65,2% (90 бемор) биринчи марта операция қилинган (II А гуруҳ), 34,8% (48 бемор) эса олдинги операциядан кейинги чандикқа эга бўлган (II Б гуруҳ).

Айтиш жоизки, бу гуруҳда апоневроз ости гематомалар тез-тезлиги 15,2% (n = 21) ни ташкил этган. 12 ҳолатда беморларга консерватив даволаш ўтказилган, гемостатик воситалар (транексам кислотаси 10 мл + 250 мл натрий хлориди венага 2 марта/кун) ва гематоманинг ўлчамини ҳар куни ультратовушли мониторинг қилиш тайинланган. Гематоманинг ўлчами ва локализациясини аниқлаш учун 5 беморга КТ текшируви ўтказилган.

### 3-жадвал

#### Апоневроз ости гематома бўлган аёлларда операциядан кейинги даврда қайта лапаротомия ҳажми.

Операция ҳажми	II гуруҳ (n=138)	
	n	%
релапаротомия, гематомани бартараф қилиш, а. epigastrica profunda inferiorни боғлаш	3	2,17%
релапаротомия, гематомани бартараф қилиш	4	2,8%
релапаротомия, гематомани бартараф қилиш, тотал гистерэктомия	2	1,4%
<b>Жами</b>	9	6,5%

3 жадвалда, II гуруҳда (n = 138) 6,5% беморларда (9 ҳолат) релапаротомия талаб қилинган. Улардан 2,17% (3 бемор) да а. epigastrica profunda inferior ни боғлаш амалга оширилган, 2,8% (4 бемор) да гематомани бартараф этиш, ва 1,4% (2 бемор) да гематомани бартараф этишидан сўнг тўлиқ гистерэктомия бажарилган ортиklarсиз (ДВС-синдром).

Гематомани бартараф этиш ва гемостазни таъминлаш учун қуйидаги операция босқичлари бажарилди:

1. Босқич: гематомани ликвидацияси, гемостаз — қон оқувчи томирларни боғлаш;
2. Босқич: қорин бўшлиғи ва унинг аъзоларини ревизия қилиш;
3. Босқич: қорин бўшлиғини санация қилиш;
4. Босқич: контрол гемостаз ва қорин бўшлиғини дренажлаш.



*2-расм. Туққан аёл К.М. Тайлоқ туман шифохонаси. Туғруқ тарихи № 779/283/245/212. Дžoэл-Коэн усулида лапаротомия. НЖЙМОК огир даражаси туфайли операция қилинган. Кесарча кесиш операциясидан кейинги 6-кун.*

4 та ҳолатда, гематомаларнинг ҳажми ва уларнинг қорин олди девори мушаклари орасида тарқалганини ҳисобга олган ҳолда, кўндаланг кесим мукамал гемостазни таъминлаш ва гематома қолдиқларини олиб ташлаш учун буйлама кесим билан тўлдирилди.

Диссертациянинг **тўртинчи боби «Қуйи ўрта буйлама кесим орқали шошилич кесарча кесиш натижалари»** деб номланган бўлиб, қуйи ўрта жарроҳлик кесмасидан фойдаланган ҳолда 120 та шошилич кесарча кесиш ҳолатлари таҳлил қилинган. Беморларнинг чуқурроқ таҳлили учун улар икки кичик гуруҳга бўлинган: IА ва IБ. IА кичик гуруҳига кесарча кесиш операцияси биринчи марта ўтказилган беморлар киритилган бўлса, IБ кичик гуруҳидан такрорий кесарча кесиш операциясини бошдан кечирган аёллар ташкил этган.

IА кичик гуруҳида ( $n = 80$ ) аёлларнинг 66,6% биринчи марта операция қилинган. IБ кичик гуруҳи ( $n = 40$ ) эса икки ёки ундан ортиқ операциялар тарихига эга бўлган 33,4% беморларни ўз ичига олган.

Олд қорин девори мушакларининг шикастланиши кўпинча қайта кесарча кесиш операцияларида кузатилади. Кўпчилик акушер-гинекологлар хатоси шундаки, улар мушаклар ва қорин пардасини тикишади (стандартлардан четга чиқиш), бу эса қайта кесарча кесиш операцияларида киришни янада қийинлаштиради. Яхши кесманинг мезони мушакларнинг яхлитлигидир. Бу қоидаларга риоя қилинмаганда, мушакларнинг шикастланиши — ёрилиши, йиртилиши ва олд қорин девори тугри мушакларининг узилиш ҳолатлари содир бўлади.

Айниқса, ҳаёт учун хавфли асоратларнинг олдини олиш мақсадида тезкор ва кенг имконият яратувчи қуйи ўрта буйлама лапаротомияни танлаш йўлдошнинг олдинда ётишида жуда муҳимдир (2 расм).

Шундай қилиб, эски чандиқ бўлишига қарамасдан, жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган ҳолатларда қуйи ўрта буйлама кесим, айниқса

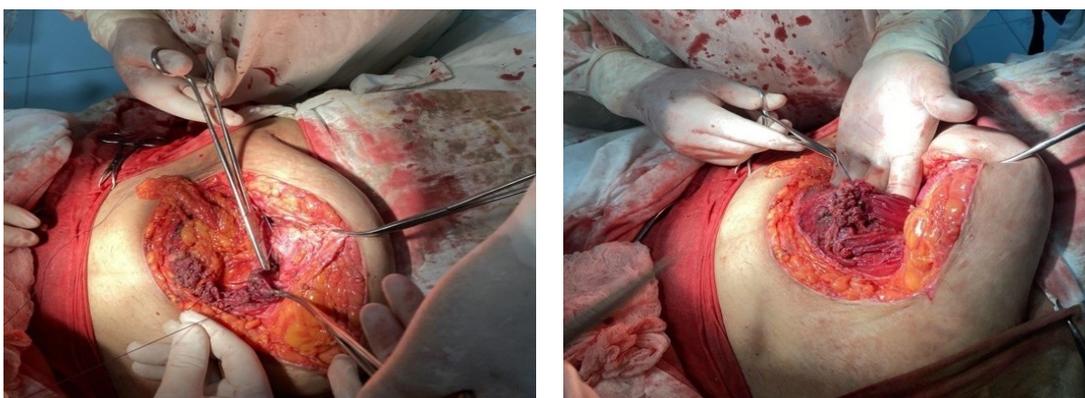
юқори хавфли омиллар мавжуд бўлган ҳолларда, хавфсизроқ танлов ҳисобланади.

Мушакларнинг ёрилиши ҳолатида коагуляция йўли билан гемостаз ўтказиш тавсия этилади, бу қон кетишларнинг олдини олиш учун етарли. Мушакларнинг йиртилиши ҳолатида коагуляция ва *a. epigastrica profunda inferior* ни боғлаш тавсия этилади (3 расм).

Мушакларнинг узилиши ҳолатида, *a. epigastrica profunda inferior* ни боғлаш билан бир қаторда, мушакларнинг яхлитлигини тиклаш амалга оширилади (4 расм).



*3 расм. a. epigastrica profunda inferior боғлаш*

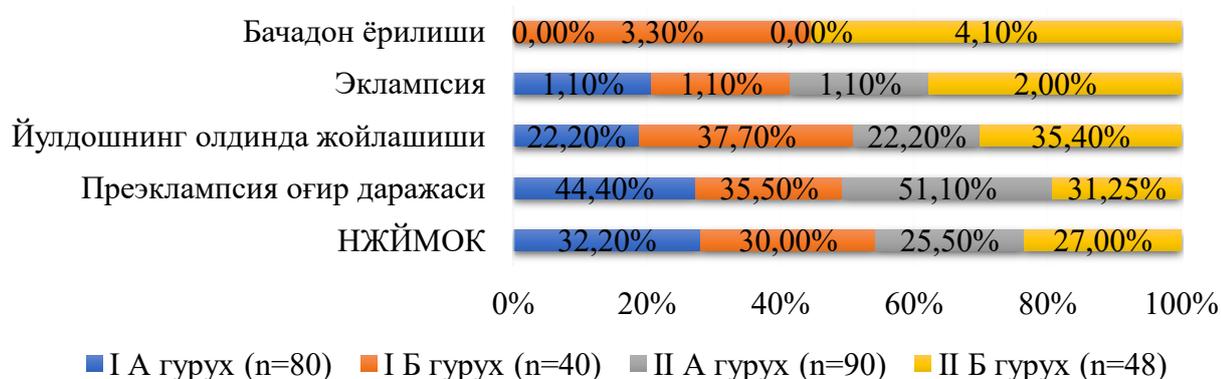


*4 расм. Тўғри мушакларнинг узилган жойларини тикиш*

Диссертациянинг бешинчи боби «Шошинч кесарча кесиш операциясида кўндаланг ва буйлама кесимларни қиёсий баҳолаш» деб номланган бўлиб, икки асосий жарроҳлик ёндашувининг самарадорлиги таҳлили натижалари келтирилган. Интраоперацион ва операциядан кейинги асоратлар, шу жумладан, қон йўқотиш, операция давомийлиги, инфекцион асоратлар хавфи ва тикланиш даври кўрсаткичлари қиёсий баҳоланган. Олинган маълумотлар асосида ҳар бир усулнинг афзалликлари ва камчиликлари баҳоланган, бу эса шошинч акушерлик ёрдами шароитида энг мақбул жарроҳлик кесмасини аниқлаш имконини беради.

5 расмга кўра энг кўп учрайдиган кўрсатма оғир даражадаги презклампсия бўлиб, у энг кўп II А гуруҳида (51,10%) ва энг кам II Б гуруҳида (31,25%) учраган. Плацентанинг олдинда жойлашиши кўрсатмалар орасида иккинчи ўринни эгаллаган ва I А ҳамда II А гуруҳларида 22,20% ҳолатларда, шунингдек, I Б (37,70%) ва II Б (35,40%) гуруҳларда кўпроқ учраган. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан олдин кучиши (НЖЙМОК) II А гуруҳида

25,50% дан I A гуруҳида 32,20% гача ўзгарган. Эклампсия камдан-кам учрайдиган кўрсатма бўлиб, 1,10% дан 2,00% гача бўлган ҳолларда қайд этилган, энг кўп II Б гуруҳида учраган. Бачадон ёрилиши фақат такрорий кесарча кесишдан ўтказилаётган аёлларда кузатилган бўлиб, унинг частотаси I Б гуруҳида (3,30%) га нисбатан II Б гуруҳида юқори (4,10%) бўлган.



**5-расм** Шошилиш кесарча кесиш операциясида асосий кўрсатмалар (%)

Шошилиш кесарча кесиш операциялари ҳар бир босқичда вақтни минималлаштиришни талаб қилади, бу натижаларни яхшилашга ёрдам беради. I гуруҳда ҳомилани олиш вақти анча қисқа бўлган — 4,1 дақиқага нисбатан II гуруҳда 8,1 дақиқа ( $p < 0,01$ ). Бачадонни тикиш ҳам I гуруҳда тезроқ амалга оширилган (14,8 дақиқага нисбатан 16,8 дақиқа), шунингдек, кичик чанок аъзоларини қайта ревизия қилиш I гуруҳда 2,7 дақиқа, II гуруҳда эса 5,8 дақиқа ( $p < 0,05$ ) бўлган. Операция давомийлигидаги асосий фарқлар аралашувнинг эртароқ босқичларида, айниқса, чандиқлар мавжуд бўлган ҳолларда кузатилади (4 жадвал).

**4-жадвал**

**Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида кесарча кесиш операциясининг айрим босқичлари давомийлиги (дақ)**

Операция босқичи	I гуруҳ	II гуруҳ
хомилани олиш вақти	4,1±0,5	8,1±0,4**
бачадонни тикиш	14,8±0,6	16,8±0,5
кичик чанок аъзоларини ревизияси	2,7±0,3	5,8±0,4*
апоневрозни тикиш	14,5±0,2	14,6±0,3
терини тикиш	7,6±0,4	7,6±0,4

**Изоҳ:** \* – I гуруҳ маълумотларига нисбатан фарқлар муҳим ( $*-p < 0,05$ ,  $** - p < 0,01$ ).

5 жадвалда, I гуруҳдаги беморларда протромбин вақти  $12,1 \pm 1,1$  секунддан  $13,4 \pm 1,3$  секундгача кўпайган ( $r = +0,64$ ,  $p < 0,05$ ), бу қон ивиш жараёнида минимал ўзгаришларни акс эттиради. Иккинчи гуруҳда эса протромбин вақти анча юқори кўпайиб,  $12,5 \pm 1,2$  секунддан  $15,2 \pm 1,5$  секундгача етган ( $r = +0,79$ ,  $p < 0,01$ ), бу гипокоагуляция ривожланиши ва қон кетиш хавфини оширишини билдиради.

Фибриноген даражаси ҳам икки гуруҳда пасайган, аммо II гуруҳда ўзгаришлар кўпроқ намоён бўлган:  $4,0 \pm 0,6$  г/л дан  $2,9 \pm 0,7$  г/л гача ( $r = -0,75$ ,  $p < 0,001$ ) I гуруҳдаги  $3,8 \pm 0,5$  г/л дан  $3,2 \pm 0,6$  г/л га нисбатан ( $r = -0,61$ ,  $p < 0,05$ ). Фибриноген пасайиши, айниқса, кўндаланг лапаротомияда, қон ивиш тизимининг фаолияти етишмаслигини тасдиқлайди.

### 5 жадвал

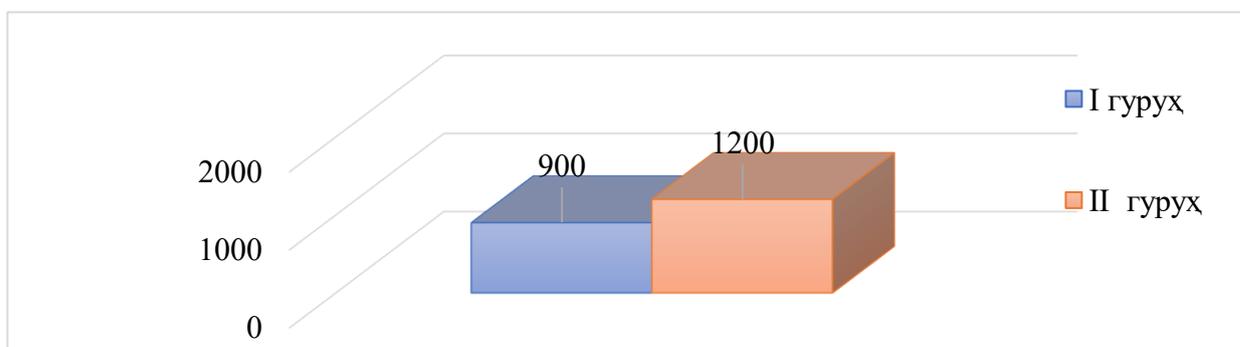
#### Турли хил жарроҳлик лапаротомия турлари қўлланилган беморларда операциягача ва операциядан кейинги гемостаз кўрсаткичлари динамикаси

Гемостаз кўрсаткичлари	Гуруҳ	Операциядан олдин	Операциядан кейин	Корреляция коэффициенти (r)	Мўҳимлик даражаси (p) *
протромбин вақти (сек)	I	$12.1 \pm 1.1$	$13.4 \pm 1.3$	+0.64	< 0.05
	II	$12.5 \pm 1.2$	$15.2 \pm 1.5$	+0.79	< 0.01
фибриноген (г/л)	I	$3.8 \pm 0.5$	$3.2 \pm 0.6$	-0.61	< 0.05
	II	$4.0 \pm 0.6$	$2.9 \pm 0.7$	-0.75	< 0.001
D-димерлар (нг/мл)	I	$470 \pm 110$	$680 \pm 150$	+0.72	< 0.001
	II	$520 \pm 130$	$950 \pm 200$	+0.88	< 0.001
АЧТВ (сек)	I	$30.4 \pm 2.5$	$32.5 \pm 2.7$	+0.65	< 0.01
	II	$30.0 \pm 2.9$	$36.8 \pm 3.5$	+0.82	< 0.001
тромбоцитлар ( $10^9$ /л)	I	$210 \pm 20$	$190 \pm 25$	-0.58	< 0.01
	II	$220 \pm 30$	$170 \pm 40$	-0.71	< 0.001

*Изоҳ:* \* – жарроҳлик амалиетидан олдин ва кейинги ўзгаришлар мўҳимийлиги.

D-димерлар даражаси тромбларнинг фаол парчаланиши ва ивиш мувозанатининг бузилишини кўрсатиб, I гуруҳда  $470 \pm 110$  нг/мл дан  $680 \pm 150$  нг/мл гача кўпайган ( $r = +0,72$ ,  $p < 0,001$ ), II гуруҳда эса  $520 \pm 130$  нг/мл дан  $950 \pm 200$  нг/мл га етган ( $r = +0,88$ ,  $p < 0,001$ ). Бу ўзгаришлар қон кетишининг кучайиши ва апонеевроз ости гематомалар шаклланиши билан боғлиқ.

Фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ) ҳам икки гуруҳда узайган, аммо II гуруҳда ўзгаришлар кўпроқ кузатилган:  $30,0 \pm 2,9$  секунддан  $36,8 \pm 3,5$  секундгача ( $r = +0,82$ ,  $p < 0,001$ ) I гуруҳдаги  $30,4 \pm 2,5$  секунддан  $32,5 \pm 2,7$  секундга нисбатан ( $r = +0,65$ ,  $p < 0,01$ ). АЧТВ узайиши қон ивиш тизимининг пасайишини билдиради.



**6-расм** Гуруҳларда кесарча кесиш операциясидаги қон йўқотиш ҳажми (мл).

Тромбоцитлар сони II гуруҳда сезиларли даражада пасайиб,  $220 \pm 30$  дан  $170 \pm 40 \times 10^9$ /л га тушган ( $r = -0,71$ ,  $p < 0,001$ ), I гуруҳда эса  $210 \pm 20$  дан

190 ± 25 × 10<sup>9</sup>/л га тушган (r = -0,58, p < 0,01). Бу гипокоагуляцияни кўшимча тасдиқлайди.

Шошилинич акушерлик ҳолатларида интраоперацион қон йўқотиш ҳажмининг таҳлили операция давомийлиги (r = +0,489) ва жарроҳлик аралашуви усули билан аниқ боғлиқлигини кўрсатди. 6-расмда кўрсатилганидек, қуйи ўрта кесимда қон йўқотиш ўртача 900,03 ± 135 мл ни ташкил этган. II Б гуруҳида эса операция вақтида энг юқори қон йўқотиш қайд этилган бўлиб, у 1 200 ± 117 мл ни ташкил этган (p < 0,01).

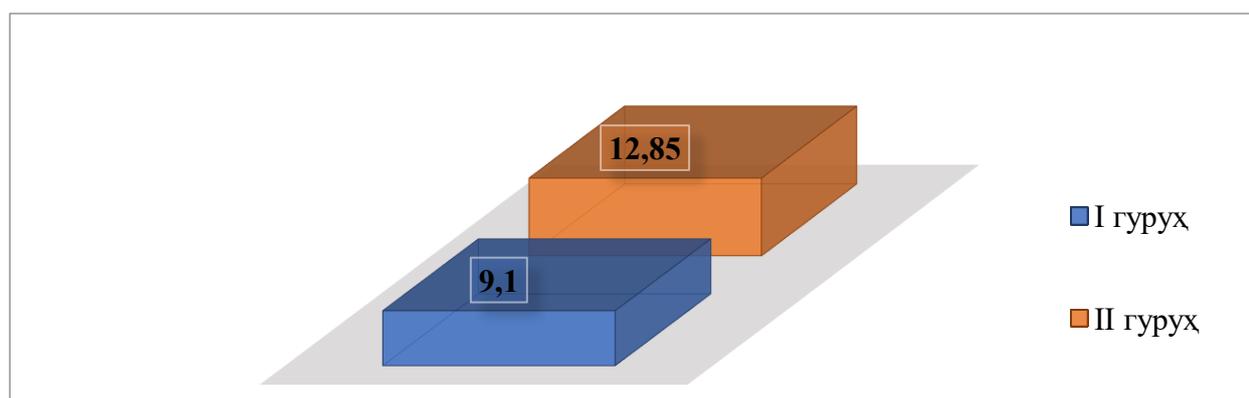
#### 6-жадвал

#### Лапаротом кесмасига қараб операциядан кейинги асоратлар (%)

Осложнения	I гуруҳ (n=120)		II гуруҳ (n=138)	
	Абс.	%	Абс.	%
бачадон субинволюцияси	25	20,8%	33	23,9%
лохиометра	25	20,8%	31	22,4%
эндометрит	25	20,8%	32	23,1%
тромбофлебит	4	3,3%	5	3,6%
сийдик чиқариш тизими инфекцияси	22	18,3%	28	20,2%
ичак парези 3 кун давомида	28	23,3%	38	27,5%
гипертермия (3 кундан ортиқ)	27	22,5%	40	28,9%
жарохат серомаси	18	15%	30	21,7%
антибиотикларни терапевтик қўллаш	43	35,8%	52	37,6%
апоневроз ости гематома	2	1,6%	21	15,2%

6-жадвалга қараб, лапаротомия кесмасига қараб операциядан кейинги асоратлар гуруҳлар орасида сезиларли даражада фарқ қилган. 120 бемордан иборат I гуруҳида бачадон субинволюцияси 25 (20,8%) аёлларда кузатилган, II гуруҳида (n = 138) эса бу асорат 33 (23,9%) беморларда қайд этилган. Лохиометра I гуруҳида 25 (20,8%) беморда ва II гуруҳида 31 (22,4%) беморда кузатилган. Эндометритнинг частотаси ҳам II гуруҳида юқори бўлган — 32 ҳолат (23,1%), I гуруҳида эса 25 ҳолат (20,8%). Сийдик чиқариш тизими инфекцияси I гуруҳида 22 (18,3%) аёлларда ва II гуруҳида 28 (20,2%) аёлларда қайд этилган.

Уч кун давомида ичак парези I гуруҳида 28 (23,3%) аёлларда ва II гуруҳида 38 (27,5%) аёлларда кузатилган, фарқлар муҳим. Уч кундан ортиқ гипертермия I гуруҳида 27 (22,5%) беморларда ва II гуруҳида 40 (28,9%) беморларда қайд этилган. Чок серомаси II гуруҳида кўпроқ учраган — 30 ҳолат (21,7%), I гуруҳида эса 18 ҳолат (15%).



7-расм Операциядан кейин шифохонада ётиш давомийлиги (ётоқ-қуни).

Антибиотиклардан фойдаланиш I гуруҳдаги 43 (35,8%) аёлларга ва II гуруҳдаги 52 (37,6%) аёлларга талаб қилинган. Энг катта фарқлар апоневроз ости гематомаларнинг учрашида кузатилган: I гуруҳда бундай ҳолатлар 1,6% (2 аёл) ни ташкил қилган, II гуруҳда эса бу кўрсаткич анча юқори бўлган — 21 ҳолат (15,2%).

Гуруҳлар бўйича ўртача операциядан кейинги ётоқ-куни мос равишда  $9,1 \pm 0,5$  ва  $12,85 \pm 0,7$  ни ташкил этган (7-расм).

7-жадвал

**Шошилич кесарча кесишда гуруҳлар орасида перинатал натижалар**

Кўрсаткич	I гуруҳ	II гуруҳ
апгар баҳолаш (1 дақиқа)	7,5±1,2	6,0±1,4 *
апгар баҳолаш (5 дақиқа)	8,5±1,0	7,2±1,3 *
реанимация бўлимига ўтказиш (%)	22% (n = 21)	54% (n = 60)
неонатал ўлим (%)	2,0% (n = 3)	10,0% (n = 15)
респиратор бузилишлар (%)	14% (n = 17)	20% (n = 25)
реанимация чораларига эҳтиёж (%)	10% (n = 12)	32% (n = 35)

*Изоҳ:* \* – I гуруҳ маълумотларига нисбатан фарқлар муҳим (\*- $p < 0,05$ ).

7 жадвалда Апгар шкаласи бўйича 1 ва 5 дақиқадаги баҳолар I гуруҳда II гуруҳга нисбатан сезиларли даражада юқори бўлиб, мос равишда  $7,5 \pm 1,2$  ва  $8,5 \pm 1,0$  ни ташкил қилди, II гуруҳда эса бу кўрсаткич  $6,0 \pm 1,4$  ва  $7,2 \pm 1,3$  ( $p < 0,05$ ). Янги туғилган чақалоқларни реанимация бўлимига ётқизиш II гуруҳда 54% ҳолларда талаб қилинди, бу I гуруҳдаги кўрсаткичдан (22%), анча юқори. Неонатал ўлим даражаси II гуруҳда юқори бўлиб, 10,0% ни ташкил қилди, I гуруҳда эса 2,0%. Реанимация чораларига эҳтиёж II гуруҳда 32%, I гуруҳда эса 10% ни ташкил қилди. Респиратор бузилишлар I гуруҳда 14% ҳолларда қайд этилган бўлса, II гуруҳда бу кўрсаткич 20% ни ташкил қилди.

8-жадвал

**Шошилич ҳолатларда операция кесимига қараб кесарча кесиш операцияларининг самарадорлиги**

Текширилган гуруҳлар	Натижалар			Жами
	Яхши	Қониқарли	Қониқарсиз	
I гуруҳ	107 (89,1%)	11 (9,3%)	2 (1,6%)	120 (100%)
II гуруҳ	91 (65,9%)	26 (18,8%)	21 (15,2%)	138 (100%)
Жами	198 (76,7%)	37 (14,3%)	23 (8,9%)	258 (100%)

Шошилич ҳолатларда операция кесмасига қараб кесарча кесиш операцияларининг самарадорлиги уч баллик тизим асосида баҳоланган бўлиб, бу операция кесмасининг даволаш натижаларига таъсирини тўлиқроқ тасаввур этиш имконини беради (8 жадвал). 120 бемордан иборат I гуруҳда 89,1% аёлларда (107 бемор) яхши натижалар, 9,3% (11 бемор) да қониқарли натижалар ва фақат 1,6% (2 бемор) да қониқарсиз натижалар кузатилган. Бу кўрсаткичлар ушбу ёндашувнинг юқори самарадорлигини кўрсатади.

138 бемордан иборат II гуруҳда яхши натижалар 65,9% (91 бемор) да кузатилган бўлиб, I гуруҳга нисбатан сезиларли даражада пастроқ. Қониқарли натижалар 18,8% (26 бемор) да, қониқарсиз натижалар эса 15,2% (21 бемор) да қайд этилган, бу эса асоратларнинг юқори тез-тезлигини кўрсатади. Умумий

258 бемор орасида яхши натижалар 76,7% (198 бемор) да, қониқарли натижалар 14,3% (37 бемор) да ва қониқарсиз натижалар 8,9% (23 бемор) да кузатилган.

**Жадвал 9.**

**Шошилинч кесарча кесиш операциясида интра- ва операциядан кейинги асоратлар ривожланиш хавфи омилларини баҳолаш**

Тахминий омил	Фактор мавжудлиги	Баллар
Эклампсия, оғир даражадаги преэклампсия медикаментоз терапиясининг эффе́кссизлиги, Бачадон ёрилиши хавфи ёки юз берган ёрилиш	Бор Йўқ	12 -1
Йулдошнинг муддатидан олдин кучиши	Бор Йўқ	9 0
Плацента олдинда етиши	Бор Йўқ	8 0
Тромбоцитар ва/ёки коагулопатик компонентлардаги патологик ўзгаришлар	Бор Йўқ	6 0
Чанок аъзоларидаги қайта операциялар	Бор Йўқ	6 -1
Анемия II-III даражаси	Бор Йўқ	6 0
Туғруқ фаолияти аномалияси	Бор Йўқ	5 -3
Ҳомиладорлик давомида вазни минимал ошиши ёки умуман ошмаслиги	Бор Йўқ	4 -1
Қорин бўшлиғида олдинги операциялар мавжудлиги	Бор Йўқ	4 0
Веноз етишмовчилик билан боғлиқ варикоз касаллиги	Бор Йўқ	3 -1
Оғир акушерлик анамнези бўлган биринчи туғувчилар	Бор Йўқ	3 -1
II-III даражадаги ёғ алмашинувининг бузилиши	Бор Йўқ	3 -1
Ҳомила тушиш хавфи (2 ёки ундан кўп госпитализациялар)	Бор Йўқ	3 -1
Ҳомиладорликда бошланғич вазн етишмовчилиги (50 кг ва ундан кам)	Бор Йўқ	2 -1
Исходный дефицит массы тела (50 кг и ниже)	Бор Йўқ	2 -1
Ҳайз кўриш циклининг бузилиши	Бор Йўқ	2 -1

**Изоҳ:** Баллар суммаси +13 ва ундан юқори бўлган беморлар юқори хавф гуруҳига, -13 дан +13 гача бўлганлар ўрта хавф гуруҳига, -13 ва ундан кам бўлганлар эса паст хавф гуруҳига киритилади.

Бу маълумотлар шошилинч кесарча кесиш операцияларида оператив кесма танлови натижаларга жиддий таъсир кўрсатишини тасдиқлайди. I гуруҳдаги юқори фоизли яхши натижалар ушбу усулнинг шошилинч акушерлик ҳолатларда афзалликларини кўрсатади, бу ерда жарроҳлик

аралашувининг сифати ва тезлиги муваффақиятли натижа учун ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Тадқиқот давомида олинган маълумотларнинг таҳлили шошилиш кесарча кесиш операцияларида операциядан кейинги асоратлар хавфини башорат қилиш учун баҳолаш шкаласини ишлаб чиқиш имконини берди (жадвал 9).

Ишлаб чиқилган хавфлар жадвали прогностик аҳамиятга эга бўлган минимал омилларга асосланган бўлиб, бу асоратлар ривожланиш хавф даражасига кўра беморларни фарқлаш имконини беради, қарор қабул қилишда индивидуал ёндашишни таъминлайди ва қониқарсиз натижалар эҳтимолини минималлаштиради.



**8 расм. Баҳолаш модели самарадорлиги**

Диагностик тестнинг сезувчанлиги унинг асоратларни аниқлашда қанчалик самарали эканлигини, яъни ёлғон манфий натижаларни минимал даражада камайтириш қобилиятини кўрсатади. Махсуслик эса тестнинг асоратларнинг йўқлигини тўғри аниқлаш қобилиятини акс эттириб, ёлғон ижобий натижалар сонини камайтиради. Ушбу кўрсаткичларнинг юқори қийматлари диагностика усулининг ишончлилиги ва аниқлигини кафолатлайди (8-расм).

Усулнинг сезувчанлиги қуйидаги формула бўйича аниқланди:

$$Se = \frac{Ps}{S} \times 100\%,$$

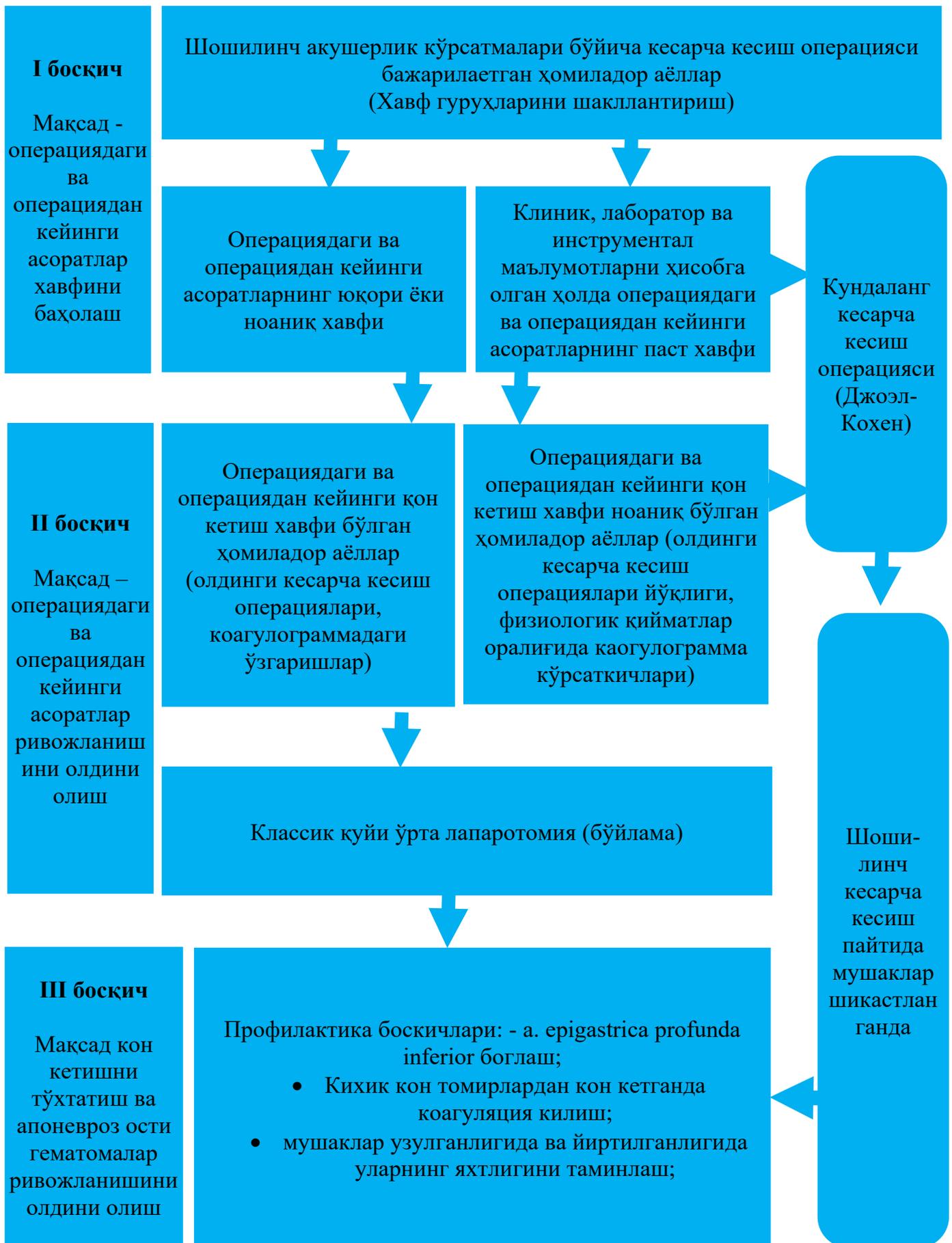
бу ерда: Se — усулнинг сезувчанлиги; Ps – усул билан аниқланган тўғри ижобий натижалар; S – текширилган беморлар сони;

Усулнинг спецификлиги қуйидаги формула бўйича аниқланди:

$$Sp = \frac{NH}{S} \times 100\%,$$

бу ерда: Sp — усулнинг спецификлиги; NH – усул билан аниқланган тўғри манфий натижалар; S – текширилган беморлар сони.

Туғруқ тарихларини таҳлил қилиш ва шошилиш кесарча кесиш операцияси ўтказилган ҳомиладор аёллар гуруҳларининг таққослаш таҳлили асосида шошилиш акушерлик ҳолатларида жарроҳлик кесмасини танлаш алгоритми ишлаб чиқилди (9-расм).



*9-расм акушерликда шошилинч ҳолатларда жарроҳлик кесмасни танлаш алгоритми*

## ХУЛОСАЛАР

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича «**Акушерликда шошилинч ҳолатларда оптимал жаррохлик йулини танлаш**» мавзусида бажарилган тадқиқот натижаларига асосан қуйидаги хулосалар шакиллантирилди:

1. 2019–2023 йиллар давомида Самарқанд шаҳридаги №3 туғруқ мажмуаси, Тайлоқ ва Самарқанд тиббиёт бирлашмалари акушерлик бўлимлари ҳужжатлари таҳлилига кўра, 27 940 та туғруқ қайд этилган, шундан 10 200 таси (36,5%) кесарча кесиш операцияси билан яқунланган, уларнинг 77,4% шошилинч ҳолларда ўтказилган. Шошилинч кесарча кесиш операцияси асоратларининг энг муҳим хавф омили сифатида қуйидаги омиллар қайд этилди: кечиктирилган госпитализация (40% гипертермия, AUC 0,72), операция ҳақида қарор қабул қилишдаги кечиктиришлар (35% апоневроз ости гематомалар, AUC 0,68) ва беморларни йўналтиришдаги хатолар (33% гипертермия, AUC 0,70);

2. Операциядан кейинги гемостаз ўзгаришлари II гуруҳда I гуруҳга нисбатан сезиларли даражада кўпроқ бўлган. Протромбин вақти II гуруҳда сезиларли даражада узайган ( $r = +0,79$ ,  $p < 0,01$ ), бу кўрсаткич I гуруҳга нисбатан ( $r = +0,64$ ,  $p < 0,05$ ) анча юқори бўлган. Фибриноген даражасининг пасайиши ҳам II гуруҳда аниқроқ кузатилган ( $r = -0,75$ ,  $p < 0,001$ ), I гуруҳга нисбатан эса ( $r = -0,61$ ,  $p < 0,05$ ) камроқ бўлган. D-димерлар ўсиши II гуруҳда анча кучлироқ бўлган ( $r = +0,88$ ,  $p < 0,001$ ), I гуруҳга нисбатан эса ( $r = +0,72$ ,  $p < 0,01$ ) камроқ бўлган. АЧТВ узайиши ва тромбоцитлар сонининг камайиши ҳам II гуруҳда сезиларли бўлиб, бу ушбу гуруҳда гемостазнинг жиддий бузилишидан далолат беради;

3. Джоэль-Коэн усули бўйича кўндаланг лапаротомияда операция вақти узаяди ( $54,6 \pm 0,25$  дақиқа,  $p < 0,05$ ), қон йўқотиш ҳажми кўпаяди ( $1\,200 \pm 117$  мл,  $p < 0,01$ ), гематомалар, жумладан, апоневроз ости гематомаларнинг шаклланиши (15,2%) ва ҳомила олишининг қийинлашиши (ҳомила чиқариш вақти 8,1 дақиқа,  $p < 0,01$ ) кўп учрайди. Шунингдек, операциядан кейинги даврда кучли оғриқ синдроми кузатилади (биринчи кун давомида аёлларнинг 56% ида анальгетиклар талаб этилади) ва иситма (гипертермия) давомийлиги ҳамда частотасининг ошиши (3 кундан ортиқ гипертермия 28,57%) қайд этилган;

4. Қуйи ўрта буйлама лапаротомиянинг афзаллиги операция бошланишидан ҳомила чиқарилгунигача қадар бўлган вақтнинг қисқариши — ўртача 4,1 дақиқа ( $p < 0,01$ ) бўлиб, бу бачадонга тез ва хавфсиз кириш имконини беради, ҳомилани назоратли равишда чиқаришга ва перинатал натижаларни яхшилашга ёрдам беради (Апгар шкаласи бўйича 5 дақиқадан кейинги баҳолар юқорироқ ( $8,5 \pm 1,0$  қарши  $7,2 \pm 1,3$ ;  $p < 0,05$ ), реанимация бўлимига госпитализация (22% қарши 54%), неонатал ўлим ҳолатлари (2,0% қарши 10,0%). перация вақти қисқаради —  $48,1 \pm 4,0$  дақиқа ( $p < 0,05$ ), қон йўқотиш ҳажми камаёди —  $900,03 \pm 135$  мл ( $p < 0,01$ ), гематомалар кузатилмайди (0%), оғриқ синдроми паст (фақатгина 14,5% анальгетикларга

муҳтож), узоқ муддатли гипертермия ҳолатлари кам учрайди (13,33%), бу эса операциядан кейинги даврнинг яхшиланишига ва унинг натижалари оптималлашувига ёрдам беради;

5. Шошилиш кесарча кесиш операцияларида қуйи ўрта кесимдан фойдаланиш операция натижаларини сезиларли даражада яхшилади. I гуруҳда яхши натижалар частотаси 89,1% га етган бўлса, II гуруҳда бу кўрсаткич фақатгина 65,9% ни ташкил этган. Қониқарли натижалар сони II гуруҳда 18,8% дан I гуруҳда 9,3% га тушган, қониқарсиз натижалар эса деярли 10 марта камайиб, 15,2% дан 1,6% га пасайган. Шифохонада ётиш муддати ҳам қуйи ўрта лапаротомияда қисқароқ бўлган —  $9,1 \pm 0,5$  кун, кўндаланг лапаротомияда эса  $12,85 \pm 0,7$  кун;

6. Ишлаб чиқилган алгоритм юқори сезгирлик (89%) ва аниқлик (84%) кўрсатган бўлиб, бу интра- ва операциядан кейинги асоратлар хавфини самарали камайтириш ҳамда она ва бола учун натижаларни яхшилашга ёрдам беради, шу билан бирга ҳар бир

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ  
DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01 ПРИ САМАРКАНДСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**ВАЛИЕВ ШУХРАТ НАСИМОВИЧ**

**ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ  
НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ**

**14.00.01 – Акушерство и гинекология**

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

**Самарканд – 2024**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за №B2021.2PhD/Tib1851.**

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трех языках (русский, узбекский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

<b>Научный руководитель</b>	<b>Негмаджанов Баходур Болтаевич</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Официальные оппоненты</b>	<b>Зокирова Нодири Исламовна</b> Доктор медицинских наук, профессор <b>Туксанова Дилбар Исмаевна</b> Доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущее учреждение</b>	<b>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья Матери и ребенка</b>

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01 при Самаркандском Государственном медицинском университете (Адрес: 140100, г. Самарканд, ул. М.Улугбека, дом 70А, Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ). Тел./факс: 0(66)233-58-92, 233-79-03; e-mail: shodikulovagulandom@mail.ru.

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского Государственного медицинского университета (зарегистрирована за № \_\_\_). Адрес: 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, дом 18. Тел.: (+99866) 233-30-34.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года.

(реестр протокола рассылки № «\_\_\_» от \_\_\_\_\_ 2024 года).

**А.М. Шамсиев**

председатель Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Г.З. Шодикулова**

ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Д.О. Атакулов**

председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

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

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** На сегодняшний день количество операций кесарева сечения в акушерской практике ежегодно увеличивается. По данным Всемирной Организации Здравоохранения за 2019 год «...анализ уровня операций кесарева сечения в 137 странах показал, что ежегодно в мире выполняется примерно 18,5 миллиона абдоминальных родоразрешений. В 40% стран уровень кесарева сечения составляет менее 10% (в среднем 5,8%), в 50% — более 15% (в среднем 27,9%), и в 10% — от 10% до 15%...»<sup>1</sup>. Согласно международным рекомендациям, уровень операций кесарева сечения не должен превышать 15%, поскольку увеличение количества абдоминальных родоразрешений приводит к негативным перинатальным показателям. Однако рост числа операций кесарева сечения вызывает новые проблемы в области акушерства. Среди них наиболее значимыми являются увеличение случаев послеродовых гнойно-септических осложнений и кровотечений. В настоящее время оценка воздействия абдоминального родоразрешения на организм женщины, пересмотр показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству, выбор оптимального хирургического доступа для кесарева сечения, совершенствование принципов ведения до, во время и после операции, а также оценка результатов проведенных комплексных мероприятий являются проблемами, требующими решения в акушерской практике.

В мире проводятся многочисленные научные исследования, направленные на выбор оптимального метода операции кесарева сечения, предотвращение последующих осложнений, изучение изменений в организме женщин, перенесших хирургическое вмешательство, и устранение факторов риска, способствующих их возникновению. В частности, определение медико-социальных характеристик женщин, перенесших абдоминальное родоразрешение, изучение их последующей беременности, родов, послеродового и неонатального периодов, выявление влияющих факторов и прогнозирование перинатальных осложнений, а также разработка методов выбора наиболее оптимального хирургического доступа остаются приоритетными направлениями научных исследований.

В нашей стране повышение качества оказываемой медицинской помощи населению со стороны системы здравоохранения и соответствие мировым стандартам, в частности, выбор оптимального хирургического доступа среди беременных женщин, широкое применение мер по оказанию специализированной медицинской помощи позволило добиться значительных положительных результатов. В этой связи, определены задачи по «...Расширение доступа матерей и детей к качественным медицинским услугам, предоставление им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, более широкая реализация комплексных мер по

---

<sup>1</sup> World Health Organization. (2019). Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. ВОЗ, Всемирная Ассамблея Здравоохранения, 63-я сессия. Мат., п. 11.7, A63/10, 1/1У-2010, 9 с

снижению смертности новорожденных и детей...»<sup>2</sup>. Исходя из этих задач, раннее выявление интра- и послеоперационных осложнений, их снижение, определение изменений в системе гемостаза у беременных перед операцией, выбор наиболее оптимального хирургического доступа и оценка его эффективности позволяют уменьшить осложнения, возникающие в результате абдоминального родоразрешения, и показатели смертности матери и ребенка.

Научное исследование способствует реализации целей, изложенных в целом ряде постановлений и других директивных документах Президента и правительства, в частности Указе Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 — 2026 годы»; Указе Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах коренного совершенствования системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлении Президента Республики Узбекистан от 8 ноября 2019 года № ПП-4513 «О повышении качества и дальнейшем расширении охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям»; Постановлением Президента Республики Узбекистан, от 28 июля 2021 года № ПП-5199 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы оказания специализированной медицинской помощи в сфере здравоохранения».

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологии республики.** Данное исследование выполнено в рамках приоритетного направления развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Согласно заключению системы управления родами международного сообщества (ВОЗ, 2015), повышение показателя операций кесарева сечения (свыше 10–15%) не приводит к пропорциональному улучшению перинатальных исходов и негативно влияет на здоровье матери и новорождённого. Абдоминальные родоразрешения (от 11% до 29%) связаны с риском интраоперационных (кровотечение, повреждение соседних органов, эмболия околоплодными водами, тромбоэмболия лёгочной артерии, анестезиологические осложнения) и послеоперационных (эндометрит, инфекция раны, перитонит, сепсис) осложнений (Радзинский В.Е., 2020; Костин И.Н., 2021; Князева С.А., 2005).

В развитых странах роды после операции кесарева сечения являются основным фактором риска разрыва матки, и этот показатель составляет от 0,1% до 0,5%. У первородящих женщин при плановом кесаревом сечении риск разрыва матки составляет 0,24%, при экстренном кесаревом сечении — 0,16%, а при наличии одного рубца на матке риск возрастает от 0,2% до 0,8% (Francone P. и соавт., 2020; Paul R., Miller D., 2015). Анализ потенциальных рисков и преимуществ различных методов родоразрешения, а также ранних и поздних осложнений показал, что увеличение числа операций кесарева сечения

---

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы».

www.lex.uz

приводит к росту материнской заболеваемости и уменьшению числа успешных родов (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 2017). Осложнения после кесарева сечения встречаются чаще по сравнению с естественными родами: ранние осложнения — на 56% больше, анестезиологические осложнения — в 12 раз чаще, послеродовые инфекции — в 2,98 раза чаще, инфекции мочевыводящих путей — на 79% больше, болевой синдром — в 2,4 раза чаще, головная боль — в 6,2 раза чаще. Риск кровотечения после планового кесарева сечения (относительный риск, OR=2,5) и экстренного кесарева сечения (OR=2,0), инфекций (OR=2,6), необходимости переливания крови и госпитализации в отделение реанимации выше по сравнению с естественными родами. Риск инфекции раны после кесарева сечения составляет 3–15%; увеличивается продолжительность операции (более 45 минут) и время пребывания в стационаре (Suomio S., Hutter M., 2019). Необходимость предотвращения послеродовых септических осложнений обусловлена высокой частотой возникновения эндометрита. Случаи послеоперационного эндометрита встречаются чаще (15%, диапазон 2–54,3%), что выше по сравнению со случаями после естественных родов (в среднем 5%). У женщин, склонных к избыточному весу, риск инфекции повышается, что также связано с увеличением случаев эндометрита (Miller D., 2015; Kristensen M. и соавт., 2020).

Рекомендации Американского колледжа акушеров и гинекологов и Канадского общества акушеров и гинекологов предлагают обязательное применение антибиотикопрофилактики в группах с высоким риском гнойно-септических инфекций. Эксперты подтвердили важность внутривенного введения антибиотика за один час до хирургического вмешательства или за 30 минут до экстренного кесарева сечения. Они доказали, что эта мера не оказывает негативного влияния на перинатальные исходы (Hutter M., 2019; Harlow B. и соавт., 2019).

Расширение показаний к операции кесарева сечения привело к увеличению показателей материнской смертности по сравнению с естественными родами, а также к появлению категории беременных женщин с оперированной маткой, нуждающихся в высококвалифицированной медицинской помощи (Блошанский Ю.М. и др., 2019; Сидорова И.С. и др., 2018; Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., 2018). Предыдущее кесарево сечение связано с риском вставания и предлежания плаценты, необходимостью переливания крови, гистерэктомии и повышенной заболеваемостью у беременных женщин. Сокращению числа повторных абдоминальных родоразрешений способствует совокупность следующих факторов: операции, выполненные по желанию женщины или по относительным показаниям, осложнённая беременность, предыдущие оперативные роды, избыточный вес женщин, осложнения в родах.

Заслуживают внимания исследования узбекских учёных: Ф.М. Аюповой (2017), М.Х. Каттаходжаевой (2018), У.М. Юсуповой (2019), М.Т. Хамдамовой (2020) и других, занимающихся проблемой разработки оптимального метода диагностики и хирургического доступа. Однако исследований, посвящённых выбору оптимального оперативного доступа при экстренных акушерских

ситуациях для предотвращения интраоперационных и послеоперационных осложнений кесарева сечения, не проводилось.

Решение этих проблем является одной из основных задач здравоохранения и способствует снижению уровня материнской и детской смертности. Исходя из вышеизложенного, проведение научных исследований, направленных на разработку новых методов хирургической оптимизации операции кесарева сечения у женщин в экстренных акушерских ситуациях, и решение этих проблем являются актуальными задачами современной акушерской науки.

**Связь темы диссертации с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета № ПЗ-2018-090921394 в рамках темы «Разработка диагностических, лечебных и профилактических мероприятий по защите здоровья матери и ребенка с учетом региональных особенностей» (2019–2023 гг).

**Цель исследования:** улучшение результатов операции кесарево сечения при неотложных состояниях путем выбора оптимального хирургического доступа.

**Задачи исследования:**

определить факторы риска развития интра- и послеоперационных осложнений при различных видах хирургического доступа у женщин с экстренными показаниями к операции кесарево сечения;

изучить некоторые параметры гемостаза при экстренной операции кесарево сечения в зависимости от доступа к брюшной полости;

изучить результаты материнских и перинатальных исходов экстренного абдоминального родоразрешения при различных видах хирургического доступа;

разработать и внедрить в клиническую практику алгоритм выбора рационального хирургического доступа при неотложных акушерских состояниях.

**Объектом исследования** послужили: 258 беременных женщин, которым было выполнена операция кесарево сечение по экстренным акушерским показаниям с 2019-2023 гг. в родильном комплексе №3 города Самарканда, акушерских отделениях Тайлякского и Самаркандского районных медицинских объединений.

**Предмет исследования:** Предметом исследования являлись венозная кровь и моча женщин для общеклинических, лабораторных и биохимических исследований.

**Методы исследования:** В исследовании использовались общеклинические, лабораторные, специальные акушерские обследования, инструментальные и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

установлено, что частота интраоперационных (повреждения мышц и сосудов) и послеоперационных (подапоневротические гематомы, парез

кишечника, гипертермия) осложнений у женщин, перенесших экстренное кесарево сечение, составила 16,8%;

выявлена прямая корреляционная связь между развитием осложнений и первоначальными нарушениями в системе гемостаза у беременных до операции экстренного кесарева сечения;

впервые усовершенствован метод лапаротомии при экстренных операциях кесарева сечения путем перевязки а. epigastrica profunda inferior с целью остановки кровотечения и предотвращения подапоневротических гематом;

обоснована высокая эффективность примененных хирургических методов при экстренном кесаревом сечении путем снижения числа интра- и послеоперационных осложнений в 9,5 раза.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определено, что рекомендуемый хирургический доступ позволяет быстро и с минимальной кровопотерей завершить операцию;

выявлено, что применяемый хирургический метод снижает риск образования подапоневротических гематом, а также способствует быстрому восстановлению родильниц в послеоперационном периоде;

установлено, что предложенный метод позволяет индивидуализировать хирургическую тактику при повреждениях прямых мышц живота, что способствует полноценной коррекции интраоперационных травм, снижению частоты осложнений и повышению эффективности лечения;

разработаны и внедрены в практику рекомендации по применению усовершенствованной хирургической тактики.

**Достоверность результатов исследования** обеспечивается соответствием использованных апробированных подходов и методов, теоретических данных, корректности исследований методологически, достаточным объемом выборки пациенток, статистической обработкой результатов использования современных методов морфологических, морфометрических, гистохимических, биохимических, функциональных исследований. Проведено сопоставление полученных данных с результатами зарубежных и отечественных исследований, выводы вытекают из полученных собственных данных, обоснованы и подтверждены.

**Научная и практическая значимость.** Научная значимость результатов исследования заключается в оценке интра- и послеоперационных исходов различных хирургических вмешательств у беременных в экстренных акушерских ситуациях, повышении эффективности профилактики и лечения осложнений, а также в прогнозировании акушерских и перинатальных осложнений путем выбора наиболее оптимального оперативного доступа.

Практическая значимость исследования заключается в предотвращении интра- и послеоперационных осложнений, сокращении времени извлечения плода при операции кесарева сечения в 1,9 раза, значительном уменьшении объема кровопотери, а также в двукратном сокращении сроков послеоперационного восстановления пациентов при применении усовершенствованного хирургического метода.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты научного исследования были внедрены в клиническую практику приказом № 962 от 9 декабря 2023 года Родильного комплекса № 2 города Самарканда и приказом № 543У от 25 декабря 2022 года Самаркандского областного перинатального центра (РСНПМЦМДСФ).

Изучена значимость существенных прогностических факторов риска развития осложнений у женщин, перенесших экстренное кесарево сечение, таких как частота интраоперационных (повреждения мышц и сосудов) и послеоперационных осложнений (подапоневротические гематомы, парез кишечника, гипертермия, субинволюция матки), начальные нарушения системы гемостаза и виды хирургических вмешательств. Усовершенствование этих хирургических вмешательств позволило снизить количество осложнений, обеспечить своевременную и точную диагностику и ускорить восстановление пациенток.

В ходе исследования выявлена эффективность различных хирургических методов, применяемых при экстренном кесаревом сечении, и патогенетическое значение изменений в системе гемостаза. Оценка показателей системы гемостаза является корректным методом диагностики и служит основой для оценки эффективности последующего лечения. С целью предотвращения подапоневротических гематом была усовершенствована лапаротомия посредством лигирования *a. epigastrica profunda inferior*, что имело важное значение в снижении осложнений.

В результате применения усовершенствованных хирургических методов при экстренном кесаревом сечении потребность в переливании крови снизилась в 2 раза, что сэкономило государственному бюджету 443 000 сумов. Благодаря ранней диагностике послеоперационных осложнений срок госпитализации сократился на 3 дня, что позволило сэкономить государственному бюджету 519 000 сумов на каждого пациента.

Внедрение научных новшеств по теме «Выбор оптимального хирургического доступа при неотложных состояниях в акушерстве» в другие учреждения здравоохранения было утверждено заключением № 6/85 от 25 сентября 2024 года Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения.

**Апробация результатов исследования.** Результаты диссертационной работы были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе на 3 международных и 2 республиканских.

**Публикации по результатам исследования.** По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 6 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для опубликования основных научных результатов диссертаций, из них 4 – в республиканских, 2-зарубежном научных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновывается актуальность и необходимость проведения исследования, цель и задачи, характеристика предмета и объекта исследования; обосновано соответствие диссертации приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, охарактеризована научная новизна и практическая значимость результатов данной работы, приведены сведения о внедрении в практику полученных результатов исследования, а также о публикации результатов научной работы и данные о структуре диссертации.

**В первой главе диссертации «Современные проблемы кесарева сечения. Сравнительная оценка поперечного и продольного доступа в экстренном акушерстве. Обзор литературы»** представлены последние сведения о проблемах кесарева сечения, современные методы профилактики послеоперационных осложнений, также дана информация о преимуществах и недостатках различных доступов. Описываются данные зарубежной и отечественной литературы о современных методах лечения интра- и послеоперационных осложнений, связанных с экстренными абдоминальными родами.

**Во второй главе диссертации «Общая характеристика клинических материалов и методов исследования»** освещены основные характеристики группы. В исследовании, проведенном на базе родильного комплекса № 3 города Самарканда, Тайлякского и Самаркандского медицинских объединений, изучались случаи экстренного кесарева сечения за период с 2019 по 2023 годы. За исследуемый период было проведено более 7800 экстренных операций кесарева сечения, что составляет основную базу для анализа. Для детального изучения были отобраны 258 случаев, поскольку именно они представляли собой наиболее тяжёлые клинические ситуации, соответствующие критериям исследования. Такой подход позволил сосредоточиться на сложных случаях, требующих особого внимания при анализе эффективности и безопасности различных методов хирургического доступа.

**Таблица 1**

**Количество родов, плановых и экстренных кесаревых сечений за период 2019-2023 гг.**

Год	Количество родов	Количество кесаревых сечений	Плановые кесарево сечения	Экстренные кесарево сечения
2019	4564	1444 (31,6%)	185 (12,8%)	1259 (87,2%)
2020	3523	1119(31,7%)	381 (34%)	738 (66%)
2021	4704	1703 (36,2%)	237 (13,9%)	1466 (86,1%)
2022	6725	2711 (40,3%)	683 (25,1%)	2028 (74,9%)
2023	8424	3223 (38,2%)	821 (25,4%)	2402 (74,6%)
<b>Всего</b>	27940	10200	2307	7893

Согласно таблице 1, общее количество родов за период с 2019 по 2023 годы составило 27 940, из них 36,5% (10 200) завершились кесаревым сечением. Примечательно, что 77,4% из них были экстренными (7 893), а плановые составили лишь 22,6% (2 307).

В динамике по годам: в 2019 году из 4 564 родов кесаревым сечением завершилось 31,6% (1 444), из которых 87,2% были экстренными (1 259), в 2020 году доля кесаревых сечений осталась на уровне 31,7% (1 119 из 3 523 родов), однако экстренные операции составили 66,0% (738), в 2021 году количество родов увеличилось до 4 704, и 36,2% (1 703) завершились кесаревым сечением, из которых 86,1% (1 466) были экстренными, в 2022 году наблюдался рост родов до 6 725, и доля кесаревых сечений составила 40,3% (2 711), причём экстренные операции достигли 74,9% (2 028), в 2023 году было зафиксировано 8 424 родов, из которых 38,2% (3 223) завершились кесаревым сечением, а 74,6% из них были экстренными (2 402).

**Таблица 2**

**Факторы риска развития послеоперационных осложнений при экстренном кесаревом сечении**

<b>Фактор риска</b>	<b>Описание</b>	<b>Частота осложнений</b>	<b>AUC (ROC-анализ)</b>
запоздалая госпитализация	Позднее направление пациенток в стационар из-за недостаточной маршрутизации или нехватки транспортных ресурсов.	40%	0,72
запоздалое принятие решения	Задержка начала операции из-за отсутствия ресурсов или диагностических данных.	35%	0,68
массивная кровопотеря в анамнезе	Отсутствие планирования экстренного восполнения объема крови в условиях регионарных больниц.	27%	0,74
предлежание плаценты	Центральное или низкое прикрепление плаценты, осложняющее оперативное вмешательство.	30%	0,77
предыдущие кесарево сечения	Наличие рубца на матке, сопровождающееся осложнениями.	25%	0,71

Таблица 2 представляет собой основные клинические и организационные факторы риска, влияющие на развитие послеоперационных осложнений при экстренном кесаревом сечении, с указанием их значимости, подтвержденной ROC-анализом. Запоздалая госпитализация, обусловленная недостаточной маршрутизацией или нехваткой транспортных ресурсов, ассоциируется с гипертермией более трёх суток у 40% пациенток (AUC 0,72). Задержка принятия решения о начале операции, связанная с отсутствием диагностической готовности и ресурсов, а также торопливость и грубое раздвижение мышц передней брюшной стенки приводят к подапоневротическим гематомам у 35% пациенток (AUC 0,68).

Массивная кровопотеря в анамнезе при отсутствии чёткого планирования восполнения объёма крови повышает риск пареза кишечника более трёх дней у 27% пациенток (AUC 0,74). Предлежание плаценты как фактор риска имеет наибольшую предсказательную значимость (AUC 0,77), ассоциируется с

подапоневротическими гематомами у 30% пациенток. Предыдущие операции кесарева сечения сопровождаются осложнениями в виде болевого синдрома и пареза кишечника более трёх дней в 25% случаев (AUC 0,71). Ошибки маршрутизации пациенток, связанные с неправильным направлением между уровнями медицинской помощи, увеличивают время операции и риск гипертермии у 33% пациенток (AUC 0,70). Эти данные подчёркивают необходимость улучшения организационных подходов к диагностике и лечению для снижения частоты тяжёлых осложнений.

Исследование включало три этапа, направленных на изучение частоты и эффективности экстренных кесаревых сечений (рис. 1):



*Рисунок 1 Дизайн исследования*

На первом этапе анализировалась частота операций кесарева сечения у женщин с экстренными акушерскими показаниями. Это позволило выявить общий уровень потребности в экстренных вмешательствах в родовспомогательных учреждениях.

Второй этап посвящён оценке эффективности двух методов оперативного доступа: нижнесрединной лапаротомии (продольный доступ, I группа, 120

пациенток) и поперечной лапаротомии по методу Джоэль-Коэна (II группа, 138 пациенток). Беременные были также разделены на подгруппы в зависимости от первичного или повторного характера операции, что позволило более точно оценить эффективность каждого метода.

Третий этап: на основе полученных данных был разработан алгоритм выбора оптимального метода экстренного кесарева сечения, направленный на снижение частоты осложнений и улучшение исходов для матери и плода.

Каждый этап исследования играет ключевую роль в разработке улучшения протоколов лечения и может служить основой для дальнейших проспективных исследований в области акушерства. Полученные результаты способствуют научно обоснованному выбору хирургического доступа, снижая риски и улучшая исходы для беременных женщин.

Возраст женщин исследования варьировал от 18 до 45 лет. Критерии включения охватывали беременных женщин с экстренными показаниями для кесарева сечения (ПОНРП, предлежание плаценты, преэклампсия тяжёлой степени, эклампсия и разрывы матки).

Выбор оптимального операционного доступа, аккуратное извлечение плода и восстановление нижнего сегмента матки являлись ключевыми факторами успешного исхода операции. Были разработаны новые методики, направленные на снижение частоты послеоперационных осложнений.

Основным методом обезболивания служил эндотрахеальный наркоз.

Эффективность лечения оценивалась по трёхбалльной системе:

- Хорошим результатом считалось состояние, при котором после трёх дней температура тела пациентки оставалась в пределах нормы, отсутствовали жалобы на боль, а рана заживала первичным натяжением, без признаков осложнений и без инфильтрата, что указывало на благоприятный исход хирургического вмешательства и быстрое восстановление.

- Удовлетворительными результатами считались случаи, при которых у пациентки наблюдалось повышение температуры тела более чем на три суток, сохранялся болевой синдром в течение более трёх дней. Подобные результаты требовали дополнительного наблюдения и терапии, однако не всегда приводили к значительным осложнениям.

- Неудовлетворительными результатами считались случаи, когда у пациентки развивались такие осложнения, как гематомы или нагноение раны, требующие серьёзного медицинского вмешательства и возможного проведения повторных хирургических манипуляций. В таких ситуациях исход операции считался неблагоприятным, что требовало активных мер по коррекции состояния пациентки.

Клинические показатели включали продолжительность операции, объём кровопотери и состояние матери и новорождённых. Лабораторные исследования, динамическое наблюдение за пациентками позволили обеспечить высокий уровень безопасности и улучшения перинатальных исходов.

**В третьей главе диссертации, названной «Анализ результатов экстренного кесарева сечения поперечным оперативным доступом по Джоэль-Коэну», тщательно изучены родильницы, которые перенесли**

экстренное кесарево сечение поперечным хирургическим доступом по Джоэль-Коэну. Проведён анализ возраста, историй родов, жалоб, сопутствующих заболеваний, выполненного хирургического вмешательства, послеоперационного течения, наблюдаемых интра- и послеоперационных осложнений. Для более детального анализа родильницы разделены на две подгруппы: II А и II Б. Подгруппа II А включает пациенток, для которых кесарево сечение выполнялось впервые, тогда как подгруппа II Б состоит из женщин, перенёсших повторные операции кесарева сечения.

Во II группе (n=138) 65,2% (90 пациенток) перенесли операцию впервые (группа II А), тогда как 34,8% (48 пациенток) имели рубец после предыдущих операций (группа II Б).

Следует отметить, что удельный вес подпапневротических гематом в данной группе составил 15,2% (n=21). В 12 наблюдениях родильницам проведено консервативное лечение с назначением гемостатических препаратов (транексамовая кислота 10 мл + 250 мл натрия хлорида в/в 2 раза в сутки) с обязательным ежедневным ультразвуковым мониторингом размеров гематомы. Для более точной диагностики размеров и локализации гематомы, 5 пациенткам было выполнено КТ.

В группе II (n=138) релапаротомия потребовалась у 6,5% пациенток (9 случаев). Из них у 2,17% (3 пациентки) выполнено ушивание *a. epigastrica profunda inferior*, у 2,8% (4 пациентки) — удаление гематомы, и у 1,4% (2 пациентки) — удаление гематомы, гистерэктомия без придатков (ДВС-синдром) (таблица 3).

**Таблица 3**

**Объем операции релапаротомии у женщин с подпапневротической гематомой в послеоперационном периоде**

Объем операции	II группа (n=138)	
	n	%
релапаротомия, ликвидация гематомы, перевязка <i>a. epigastrica profunda inferior</i>	3	2,17%
релапаротомия, ликвидация гематомы	4	2,8%
релапаротомия, ликвидация гематомы, тотальная гистерэктомия	2	1,4%
<b>Всего</b>	9	6,5%

Выполнены следующие этапы операции для ликвидации гематомы и обеспечения гемостаза:

1. Этап: ликвидация гематомы, гемостаз — лигирование кровоточащих сосудов;
2. Этап: ревизия органов брюшной полости и малого таза;
3. Этап: санация брюшной полости;
4. Этап: контрольный гемостаз и дренирование малого таза.

В 4 случаях, учитывая размеры гематом и их распространение в влагалище прямых мышц передней стенки живота, поперечный разрез был дополнен продольным для тщательного гемостаза и удаления остатков гематомы.

**В четвертой главе диссертации «Результаты экстренного кесарева сечения нижнесрединным оперативным доступом»** проведён анализ 120 случаев экстренного кесарева сечения с использованием нижнесрединного оперативного доступа. Для более детального анализа беременные были разделены на две подгруппы: I А и I Б. Подгруппа I А включает пациенток, для которых кесарево сечение выполнялось впервые, тогда как подгруппа I Б состоит из женщин, перенёсших повторные операции кесарева сечения.

В подгруппе I А (n=80) 66,6% женщин перенесли операцию впервые. Подгруппа I Б (n=40) включает 33,4% пациенток с историей двух и более операций.

Повреждение мышц передней брюшной стенки часто происходит при повторных операциях кесарева сечения. Ошибкой многих акушеров-гинекологов является ушивание мышц и брюшины при предыдущих операциях, что усугубляет доступ при повторных вмешательствах (отступление от стандартов). Критерием хорошего доступа является целостность мышц. При несоблюдении этих правил происходят повреждения: надрыв, разрыв и отрыв прямых мышц передней брюшной стенки.

Особенно важен выбор нижнесрединной лапаротомии в случаях предлежания плаценты, когда требуется немедленный и широкий доступ к органам малого таза для предотвращения жизнеугрожающих осложнений (рис. 2).

Таким образом, несмотря на наличие старого рубца, в ситуациях, требующих неотложного оперативного вмешательства, нижнесрединный доступ является более безопасным выбором, особенно при наличии факторов высокого риска.



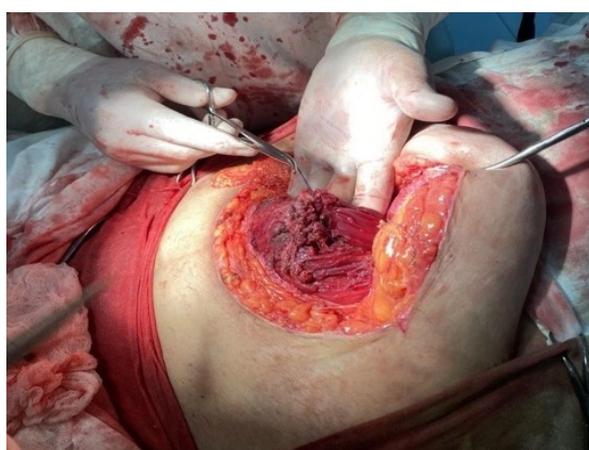
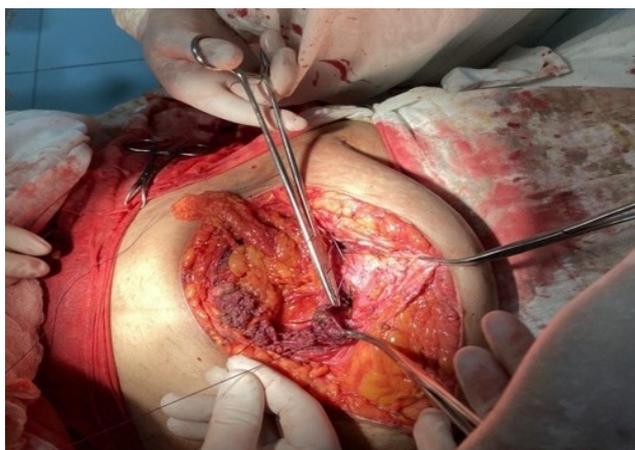
*Рисунок 2. Родильница К.М. Тайлякская ЦРБ. № истории 779/283/245/212 Лапаротомия по Джоэль-Кохену. Оперирована по поводу ПОНРП тяжелой степени. 6-у сутки после ОКС. Подапоневротическая гематома передней стенки живота. ДВС – синдром. ОПН в стадии анурии.*

При надрывах мышц рекомендуется выполнение гемостаза путём коагуляции места надрыва; этого, как показывает опыт, достаточно для остановки кровотечений. При разрывах мышц рекомендованы коагуляция и последующая перевязка а. epigastrica profunda inferior (рис. 3).

При отрывах мышц, наряду с перевязкой а. epigastrica profunda inferior, выполняют восстановление мышц (рис. 4).



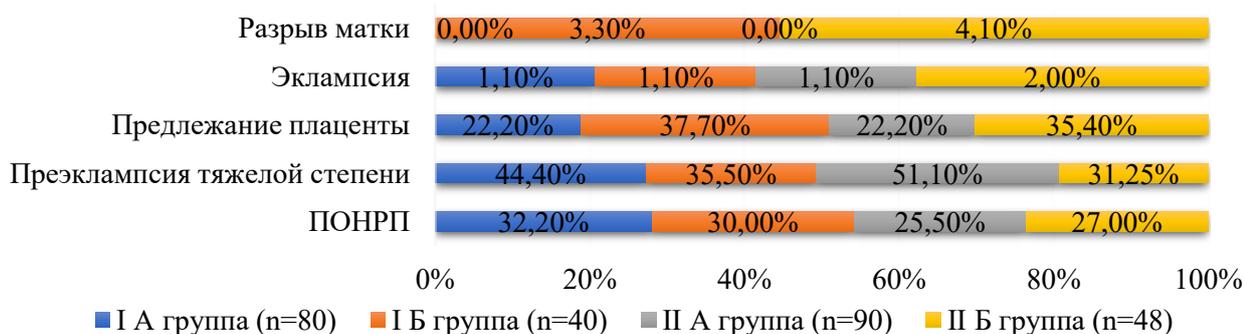
*Рисунок 3 Перевязка а. epigastrica profunda inferior*



*Рисунок 4 Ушивание мышц – восстановление их целостности*

**В пятой главе диссертации, озаглавленной «Сравнительная оценка поперечного и продольного операционного доступа при экстренном кесаревом сечении»,** представлены результаты анализа эффективности двух основных хирургических подходов. Особое внимание уделено сравнению интраоперационных и послеоперационных осложнений, таких как кровопотеря, длительность операции, риск инфекционных осложнений и показатели восстановительного периода. На основании полученных данных дана оценка преимуществ и недостатков каждого из методов, что позволяет выбрать оптимальный хирургический доступ в условиях экстренной акушерской помощи.

Наиболее частым показанием была тяжёлая преэклампсия, встречающаяся с наибольшей частотой в группе II А (51,10%) и с наименьшей — в группе II Б (31,25%). Предлежание плаценты заняло второе место по частоте и регистрировалось у 22,20% пациенток в группах I А и II А, а также у более высокой доли пациенток в группах I Б (37,70%) и II Б (35,40%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) варьировала от 25,50% в группе II А до 32,20% в группе I А. Эклампсия была редким показанием, встречалась с частотой от 1,10% до 2,00%, с наибольшей частотой в группе II Б. Разрыв матки наблюдался только у женщин, перенёсших повторное кесарево сечение, причём его частота была выше в группе II Б (4,10%) по сравнению с группой I Б (3,30%) (рис. 5).



**Рисунок 5** Основные показания к неотложному кесареву сечению в процентах

Экстренное кесарево сечение, проводимое под эндотрахеальным наркозом, требует минимизации времени на каждом этапе для улучшения исходов для матери и плода. В I группе время извлечения плода было значительно короче — 4,1 минуты против 8,1 минуты во II группе ( $p < 0,01$ ). Ушивание матки также выполнялось быстрее в I группе (14,8 минут против 16,8 минут), как и ревизия органов малого таза — 2,7 минуты в сравнении с 5,8 минутами во II группе ( $p < 0,05$ ). Основные различия в длительности операции связаны с ранними этапами вмешательства, особенно при наличии рубцов (таб. 4).

**Таблица 4**

**Продолжительность отдельных этапов операции кесарева сечения в основной группе и группе сравнения (мин)**

Этап операции	I группа	II группа
время извлечения плода	4,1±0,5	8,1±0,4**
ушивание матки	14,8±0,6	16,8±0,5
ревизия органов малого таза	2,7±0,3	5,8±0,4*
ушивание апоневроза	14,5±0,2	14,6±0,3
ушивание кожи	7,6±0,4	7,6±0,4

**Примечание:** \* – различия относительно данных I группы значимы (\* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ ).

**Таблица 5**

**Динамика показателей гемостаза у пациенток с различными видами хирургического доступа до и после операции**

Показатели гемостаза	Группа	До операции	После операции	Коэффициент корреляции (r)	Уровень значимости (p)*
протромбиновое время (сек)	I	12.1 ± 1.1	13.4 ± 1.3	+0.64	< 0.05
	II	12.5 ± 1.2	15.2 ± 1.5	+0.79	< 0.01
фибриноген (г/л)	I	3.8 ± 0.5	3.2 ± 0.6	-0.61	< 0.05
	II	4.0 ± 0.6	2.9 ± 0.7	-0.75	< 0.001
D-димеры (нг/мл)	I	470 ± 110	680 ± 150	+0.72	< 0.001
	II	520 ± 130	950 ± 200	+0.88	< 0.001
АЧТВ (сек)	I	30.4 ± 2.5	32.5 ± 2.7	+0.65	< 0.01
	II	30.0 ± 2.9	36.8 ± 3.5	+0.82	< 0.001
тромбоциты (10 <sup>9</sup> /л)	I	210 ± 20	190 ± 25	-0.58	< 0.01
	II	220 ± 30	170 ± 40	-0.71	< 0.001

**Примечание:** \* – различия относительно групп до и после операции

Таблица 5 демонстрирует динамику изменений показателей гемостаза у двух групп пациенток в зависимости от вида хирургического доступа: нижнесрединной лапаротомии (первая группа) и поперечной лапаротомии (вторая группа). Полученные данные указывают на более выраженные нарушения системы свёртывания крови во второй группе.

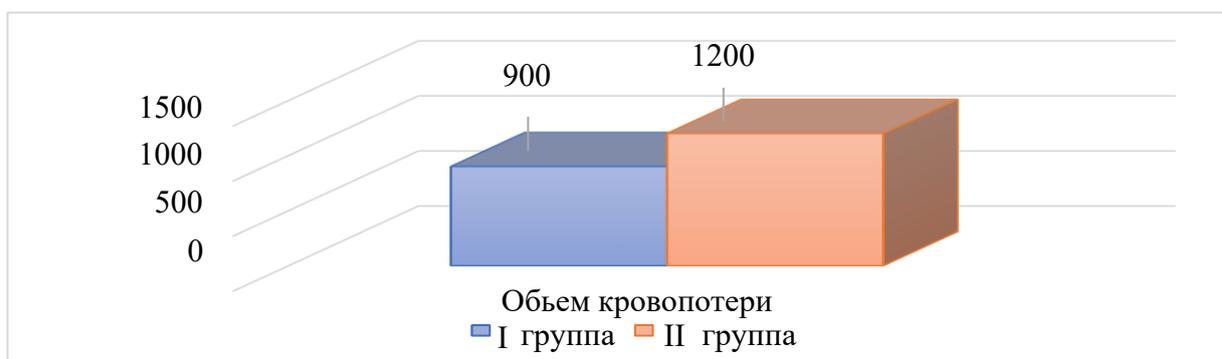
У пациенток первой группы отмечено умеренное удлинение протромбинового времени с  $12,1 \pm 1,1$  до  $13,4 \pm 1,3$  секунд ( $r = +0,64$ ,  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о минимальных изменениях в коагуляционных процессах. Во второй группе протромбиновое время увеличилось значительно больше — с  $12,5 \pm 1,2$  до  $15,2 \pm 1,5$  секунд ( $r = +0,79$ ,  $p < 0,01$ ), что отражает развитие гипокоагуляции и повышение риска кровотечений.

Уровень фибриногена также снизился в обеих группах, однако во второй группе изменения оказались более выраженными: с  $4,0 \pm 0,6$  до  $2,9 \pm 0,7$  г/л ( $r = -0,75$ ,  $p < 0,001$ ) против  $3,8 \pm 0,5$  до  $3,2 \pm 0,6$  г/л в первой группе ( $r = -0,61$ ,  $p < 0,05$ ). Это снижение фибриногена подтверждает недостаточную активность свёртывающей системы, особенно выраженную при поперечной лапаротомии.

Повышение уровня D-димеров указывает на активное разрушение тромбов и нарушение коагуляционного баланса. В первой группе этот показатель увеличился с  $470 \pm 110$  до  $680 \pm 150$  нг/мл ( $r = +0,72$ ,  $p < 0,001$ ), тогда как во второй группе прирост оказался более значительным — с  $520 \pm 130$  до  $950 \pm 200$  нг/мл ( $r = +0,88$ ,  $p < 0,001$ ). Данные изменения коррелируют с усилением кровотечений и формированием подапонеуротических гематом.

Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) увеличилось в обеих группах, однако во второй группе прирост был более выраженным: с  $30,0 \pm 2,9$  до  $36,8 \pm 3,5$  секунд ( $r = +0,82$ ,  $p < 0,001$ ) против  $30,4 \pm 2,5$  до  $32,5 \pm 2,7$  секунд в первой группе ( $r = +0,65$ ,  $p < 0,01$ ). Удлинение АЧТВ указывает на снижение активности свёртывающей системы.

Число тромбоцитов во второй группе также снизилось значительно сильнее (с  $220 \pm 30$  до  $170 \pm 40 \times 10^9$ /л,  $r = -0,71$ ,  $p < 0,001$ ) по сравнению с первой группой (с  $210 \pm 20$  до  $190 \pm 25 \times 10^9$ /л,  $r = -0,58$ ,  $p < 0,01$ ), что дополнительно подтверждает гипокоагуляцию.



**Рисунок 6** Объем кровопотери при кесаревом сечении у женщин группы исследования (мл)

Анализ объёма интраоперационной кровопотери в экстренных акушерских случаях показал чёткую зависимость от продолжительности операции ( $r = +0,489$ ) и метода хирургического вмешательства. Как видно на рис. 6,

кровопотеря при использовании нижнесрединного доступа составляла в среднем  $900,03 \pm 135$  мл. Во группе II Б наблюдалась наибольшая кровопотеря во время операции, которая составила  $1200 \pm 117$  мл ( $p < 0,01$ ).

В зависимости от лапаротомного доступа осложнения послеоперационного периода значительно варьировались между группами. В I группе, состоящей из 120 пациенток, субинволюция матки наблюдалась у 25 (20,8%) женщин, тогда как во II группе (n=138) это осложнение было отмечено у 33 (23,9%) пациенток. Лохиометра проявилась у 25 (20,8%) пациенток в I группе и у 31 (22,4%) во II группе. Частота эндометрита также была выше во II группе — 32 случая (23,1%) против 25 (20,8%) в I группе. Инфекция мочевыводящих путей была зарегистрирована у 22 (18,3%) пациенток в I группе и у 28 (20,2%) во II группе.

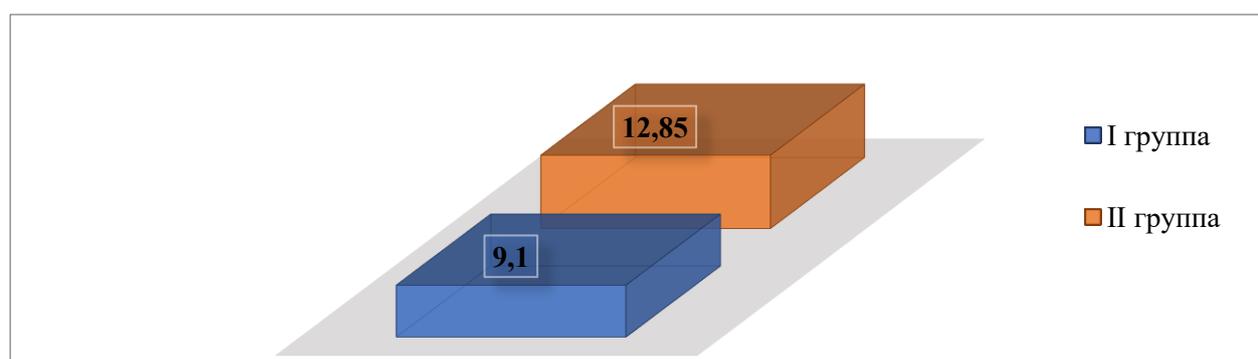
Парез кишечника в течение трёх дней наблюдался у 28 (23,3%) женщин в I группе и у 38 (27,5%) во II группе. Гипертермия, превышающая три дня, была зафиксирована у 27 (22,5%) пациенток I группы и у 40 (28,9%) во II группе. Серома шва также чаще встречалась во II группе — 30 случаев (21,7%) против 18 (15%) в I группе (таб. 6).

**Таблица 6**

**Осложнения послеоперационного периода в зависимости от лапаротомного доступа (%)**

Осложнения	I группа (n=120)		II группа (n=138)	
	абс.	%	абс.	%
субинволюция матки	25	20,8%	33	23,9%
лохиометра	25	20,8%	31	22,4%
эндометрит	25	20,8%	32	23,1%
тромбофлебит	4	3,3%	5	3,6%
Инфекция мочевыводящих путей	22	18,3%	28	20,2%
парез кишечника в течение 3 дней	28	23,3%	38	27,5%
гипертермия (более 3-х суток)	27	22,5%	40	28,9%
серома шва	18	15%	30	21,7%
терапевтическое применение антибиотиков, %	43	35,8%	52	37,6%
подапоневротическая гематома	2	1,6%	21	15,2%

Средний послеоперационный койко-день составил по группам:  $9,1 \pm 0,5$  и  $12,85 \pm 0,7$  соответственно (рис 7).



**Рисунок 7** Продолжительность пребывания в стационаре после операции (койко-день)

Таблица 7

**Перинатальные исходы среди групп после экстренного кесарева сечения**

Показатель	I группа	II группа
оценка по шкале Апгар (1 минута)	7,5±0,5	6,0±0,4*
оценка по шкале Апгар (5 минут)	8,5±0,4	7,2±0,5*
госпитализация в реанимационное отделение (%)	22% (n = 21)	54% (n = 60)
неонатальная смертность (%)	2,0% (n = 3)	10,0% (n = 15)
частота респираторных нарушений (%)	14% (n = 17)	20% (n = 25)
потребность в реанимационных мерах (%)	10% (n = 12)	32% (n = 35)

**Примечание:** \* – различия относительно I группы значимы (\* –  $p < 0,05$ ).

Согласно таблице 7, Оценка по шкале Апгар через 1 и 5 минут была достоверно выше в I группе ( $7,5 \pm 1,2$  и  $8,5 \pm 1,0$  соответственно) по сравнению с II группой ( $6,0 \pm 1,4$  и  $7,2 \pm 1,3$ ;  $p < 0,05$ ). Госпитализация новорождённых в реанимационное отделение потребовалась в 54% случаев во II группе, что значительно превышает показатель в I группе (22%). Неонатальная смертность была выше во II группе (10,0% против 2,0%), как и потребность в реанимационных мерах (32% против 10%). Частота респираторных нарушений в I группе составила 14%, тогда как во II группе этот показатель достиг 20%. Эти данные подтверждают преимущества нижнесрединной лапаротомии, что улучшает перинатальные исходы.

Таблица 8

**Эффективность операций кесарево сечения в зависимости от операционного доступа в экстренных ситуациях**

Группы обследованных	Результаты			Всего
	Хорошие	Удовл.	Неудовл.	
I группа	107 (89,1%)	11 (9,3%)	2 (1,6%)	120 (100%)
II группа	91 (65,9%)	26 (18,8%)	21 (15,2%)	138 (100%)
<b>Итого</b>	198 (76,7%)	37 (14,3%)	23 (8,9%)	258 (100%)

При изучении данных таблицы 8, эффективность операций кесарева сечения в зависимости от оперативного доступа в экстренных ситуациях была оценена на основе трёхбалльной системы, что позволяет получить более полное представление о влиянии оперативного доступа на результаты лечения. В I группе, состоящей из 120 пациенток, 89,1% женщин (107 пациенток) имели хорошие результаты, 9,3% (11 пациенток) — удовлетворительные, а неудовлетворительные результаты отмечались лишь у 1,6% (2 пациенток). Эти показатели говорят о высокой эффективности данного подхода.

Во II группе, включающей 138 женщин, хорошие результаты были зафиксированы у 65,9% (91 пациентка), что заметно ниже по сравнению с I группой. Удовлетворительные исходы наблюдались у 18,8% (26 пациенток), а неудовлетворительные — у 15,2% (21 пациентка), что также указывает на более высокую частоту осложнений. В общей совокупности из 258 пациенток хорошие результаты были достигнуты у 76,7% (198 пациенток), удовлетворительные — у 14,3% (37 пациенток), и неудовлетворительные — у 8,9% (23 пациенток).

Эти данные свидетельствуют о том, что выбор радикального оперативного доступа существенно влияет на исходы экстренных операций кесарева сечения. Более высокий процент хороших результатов в I группе подчёркивает возможные преимущества конкретного метода, особенно в условиях неотложных акушерских ситуаций, когда качество и скорость хирургического вмешательства имеют решающее значение для успешного исхода.

**Таблица 9**

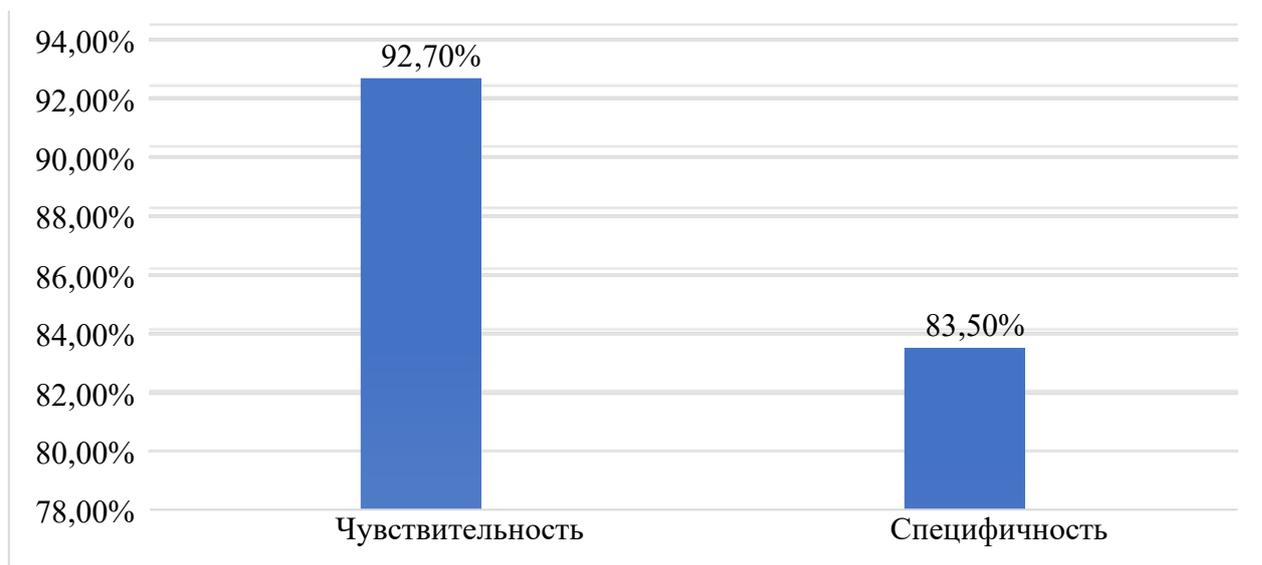
**Оценка факторов риска развития интра- и послеоперационных осложнений при экстренном кесаревом сечении**

Оцениваемый фактор	Наличие фактора	Баллы
Эклампсия, преэклампсия тяжелой степени не поддающаяся медикаментозной терапии, Угрожающий или совершившийся разрыв матки	Есть Нет	12 -1
Преждевременная отслойка плаценты	Есть Нет	9 0
Предлежание плаценты	Есть Нет	8 0
Патологические изменения тромбоцитраного и/или коагулопатического звена системы гемостаза	Есть Нет	6 0
Повторные оперативные вмешательства на органах малого таза	Есть Нет	6 -1
Анемия II-III степени	Есть Нет	6 0
Аномалия родовой деятельности	Есть Нет	5 -3
Отсутствие или минимальная прибавка в весе за беременность	Есть Нет	4 -1
Наличие предыдущих операций на органах брюшной полости	Есть Нет	4 0
Варикозная болезнь с венозной недостаточностью	Есть Нет	3 -1
Первородящие с отягощенным акушерским анамнезом	Есть Нет	3 -1
Нарушения жирового обмена II-III степени	Есть Нет	3 -1
Угроза прерывания беременности (от 2-х госпитализаций и выше)	Есть Нет	3 -1
Возраст пациентки 30-лет и старше	Есть Нет	2 -1
Исходный дефицит массы тела (50 кг и ниже)	Есть Нет	2 -1
Нарушения менструального цикла	Есть Нет	2 -1

**Примечание:** при сумме баллов +13 и выше пациентку следует отнести к высокому риску, при сумме баллов в интервале от -13 до +13 - к среднему риску, а при сумме -13 и менее - к низкому риску развития интра- и послеоперационных осложнений при экстренной операции кесарева сечения.

Проведённый анализ данных, полученных в ходе исследования, позволил нам выработать оценочную шкалу для прогнозирования риска послеоперационных осложнений при экстренных кесаревых сечениях (табл. 9).

Разработанная таблица рисков основывается на минимальном наборе прогностически значимых факторов, что позволяет дифференцировать пациенток по степени риска развития осложнений, индивидуально подходить к принятию решений минимизируя вероятность неудовлетворительных результатов.



**Рисунок 8** Эффективность оценочной модели

Чувствительность диагностического теста показывает, насколько точно определяется наличие осложнений, минимизируя ложноотрицательные результаты. Специфичность отражает особую способность теста правильно идентифицировать отсутствие осложнений, снижая количество ложноположительных результатов. Высокие значения показателей гарантируют надёжность и точность диагностического метода (рис 8).

Чувствительность метода определялась по формуле:

$$Se = \frac{P_s}{S} \times 100\%,$$

где:  $Se$  — чувствительность метода;  $P_s$  — истинноположительные результаты, выявленные методом;  $S$  — число обследованных больных;

Специфичность метода определялась по формуле:

$$Sp = \frac{N_H}{N} \times 100\%,$$

где:  $Sp$  — специфичность метода;  $N_H$  — истинно-отрицательные результаты, выявленные методом;  $N$  — число обследованных больных.

После анализа историй родов и изучения сравнительного анализа групп беременных женщин, которым выполнено экстренное кесарево сечение, разработан алгоритм выбора хирургического доступа при неотложных состояниях в акушерстве (рис. 9).



*Рисунок 9 Алгоритм выбора хирургического доступа при неотложных состояниях в акушерстве*

## ВЫВОДЫ

На основании результатов исследования, выполненного по диссертации доктора философии (PhD) на тему «**Выбор оптимального хирургического доступа при неотложных состояниях в акушерстве**», сделаны следующие выводы:

1. С 2019 по 2023 годы по изученной документации роддома № 3 города Самарканда, акушерских отделений Тайлякского и Самаркандского медицинских объединений было принято 27 940 родов, из которых 10 200 (36,5%) завершились кесаревым сечением, причём 77,4% из них были экстренными. К наиболее значимым рискам осложнений экстренного кесарева сечения отнесены факторы: запоздалая госпитализация (40% гипертермии, AUC 0,72), запоздалое принятие решения об операции (35% подапоневротических гематом, AUC 0,68) и ошибки маршрутизации пациенток (33% гипертермии, AUC 0,70);

2. Послеоперационные изменения гемостаза во II группе были более выраженными по сравнению с I группой. Протромбиновое время увеличилось значительно сильнее во II группе ( $r = +0,79$ ,  $p < 0,01$ ) против I группы ( $r = +0,64$ ,  $p < 0,05$ ). Уровень фибриногена снизился заметнее во II группе ( $r = -0,75$ ,  $p < 0,001$ ), чем в I группе ( $r = -0,61$ ,  $p < 0,05$ ). Рост D-димеров был более выражен во II группе ( $r = +0,88$ ,  $p < 0,001$ ) по сравнению с I группой ( $r = +0,72$ ,  $p < 0,001$ ). Увеличение АЧТВ и снижение тромбоцитов также были значительнее во II группе, что указывает на более выраженные нарушения гемостаза в этой группе;

3. При поперечной лапаротомии по Джоэль-Коэну удлиняется время операции ( $54,6 \pm 0,25$  мин,  $p < 0,05$ ), чаще сопровождается увеличением объёма кровопотери ( $1200 \pm 117$  мл,  $p < 0,01$ ), формированием гематом, включая подапоневротические гематомы (15,2%), затруднённым выведением плода (время до извлечения плода составляет 8,1 мин,  $p < 0,01$ ). Кроме того, в послеоперационном периоде отмечается выраженный болевой синдром (необходимость анальгетиков у 56% пациенток в первые сутки), увеличение продолжительности и частоты лихорадки (гипертермия более 3 суток у 28,57%);

4. Преимуществом нижнесрединной лапаротомии является сокращение времени от начала операции до извлечения плода — в среднем 4,1 мин ( $p < 0,01$ ), что обеспечивает быстрый и безопасный доступ к матке, способствует контролируемому извлечению плода и улучшению перинатальных результатов (оценки по шкале Апгар через 5 минут были выше ( $8,5 \pm 1,0$  против  $7,2 \pm 1,3$ ;  $p < 0,05$ ), госпитализация в реанимационное отделение (22% против 54%,  $p < 0,001$ ), неонатальная смертность (2,0% против 10,0%,  $p < 0,001$ )). Сокращение времени операции —  $48,1 \pm 4,0$  мин ( $p < 0,05$ ), уменьшение объёма кровопотери —  $900,03 \pm 135$  мл ( $p < 0,01$ ), отсутствие гематом (0%), сниженный болевой синдром (только 14,5% нуждаются в анальгетиках), редкие случаи длительной гипертермии — 13,33%, способствуют улучшению течения и перинатальных исходов;

5. Применение нижнесрединного доступа при экстренных кесаревых сечениях позволило значительно улучшить исходы операций. В I группе частота хороших результатов достигла 89,1%, тогда как во II группе этот показатель составил лишь 65,9%. Число удовлетворительных исходов снизилось с 18,8% во II группе до 9,3% в I группе, а количество неудовлетворительных исходов уменьшилось почти в 10 раз — с 15,2% до 1,6%. Продолжительность пребывания в стационаре также была короче при нижнесрединной лапаротомии —  $9,1 \pm 0,5$  дней против  $12,85 \pm 0,7$  дней при поперечном доступе;

6. Разработанный алгоритм обладает высокой чувствительностью (89%) и специфичностью (84%), что позволяет эффективно снизить риск интра- и послеоперационных осложнений и улучшить исходы для матери и ребёнка, обеспечивая персонализированный подход к каждой пациентке.

**SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDING SCIENTIFIC DEGREES  
DSc.04/30.12.2019.Tib/102/01 UNDER SAMARKAND STATE MEDICAL  
UNIVERSITY**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**VALIEV SHUKHRAT NASIMOVICH**

**CHOOSING THE OPTIMAL SURGICAL APPROACH  
FOR EMERGENCY CONDITIONS IN OBSTETRICS**

**14.00.01 - Obstetrics and gynecology**

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

**Samarkand – 2024**

**The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered at the Supreme Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan with № B2021.2PhD/Tib1851.**

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical University.

The dissertation abstract in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) and the Information and Educational Portal "ZiyoNet" ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Academic Supervisors**

**Negmadjanov Bakhodir Boltaevich**  
doctor of medical sciences, professor

**Official Opponents**

**Zokirova Nodira Islamovna**  
doctor of medical sciences, professor

**Tuksanova Dilbar Ismatovna**  
doctor of medical sciences, professor

**Lead institution**

**Republican Specialized Scientific and Practical  
Medical Center for Maternal and Child Health**

The defense of the dissertation will take place on « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 at \_\_\_\_\_ hours at a meeting of the Scientific Council for the award of academic degrees DSc.04/12/30/2019.Tib/102/01 at the Samarkand State Medical University (M.Ulugbek street No. 70A, Regional Multidisciplinary Center for Pediatric Surgery of SamSMU) Web sayt: [www.sammu.uz](http://www.sammu.uz), E-mail: [shodikulovagulandom@mail.ru](mailto:shodikulovagulandom@mail.ru).

The dissertation can be found at the Information and Resource Center of the Samarkand State Medical University (registered under No. \_\_\_\_). (Address: 140100, Samarkand, Amir Temur st. 18. Tel./fax: (99866) 233-30-34).

The abstract of the dissertation was sent out " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2024  
(registry of the mailing protocol No. \_\_\_\_\_ dated " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2024).

**A.M. Shamsiyev**

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**G.Z. Shodikulova**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**D.O. Atakulov**

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

## **INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy (PhD) dissertation)**

**The objective of this study** is to improve the outcomes of cesarean sections in emergency conditions by selecting the most optimal surgical approach. The study involved 258 pregnant women who underwent cesarean sections due to emergency obstetric indications between 2019 and 2023 at Maternity Complex No. 3 in Samarkand, as well as at the obstetric departments of the Taylak and Samarkand Medical Associations.

**The scientific novelty** of the research includes

it has been established that the frequency of intraoperative (muscle and vascular injuries) and postoperative (subaponeurotic hematomas, intestinal paresis, hyperthermia) complications in women who underwent emergency cesarean sections was 16.8%;

a direct correlation was identified between the development of complications and initial disorders in the hemostatic system of pregnant women before emergency cesarean sections;

for the first time, the method of laparotomy in emergency cesarean section operations was improved by ligating the inferior deep epigastric artery (a. epigastrica profunda inferior) to stop bleeding and prevent subaponeurotic hematomas;

the high effectiveness of the applied surgical methods in emergency cesarean sections was substantiated by a 9.5-fold reduction in the number of intra- and postoperative complications.

**The practical results of the research are as follows:** The results of the scientific research were implemented into clinical practice by Order No. 962 of December 9, 2023, at Maternity Complex No. 2 in Samarkand and by Order No. 543U of December 25, 2022, at the Samarkand Regional Perinatal Center (RSMCMChSF).

The study examined the significance of key prognostic risk factors for complications in women who underwent emergency cesarean sections. These factors included the frequency of intraoperative complications (muscle and vascular injuries) and postoperative complications (subaponeurotic hematomas, intestinal paresis, hyperthermia, uterine subinvolution), initial hemostatic system disorders, and types of surgical interventions. Enhancements in these surgical interventions reduced the number of complications, ensured timely and accurate diagnoses, and accelerated patient recovery.

The research revealed the effectiveness of various surgical methods used during emergency cesarean sections and the pathogenic significance of changes in the hemostatic system. Evaluating hemostatic system parameters proved to be a reliable diagnostic method and served as a basis for assessing the effectiveness of subsequent treatment. To prevent subaponeurotic hematomas, laparotomy was improved by ligating the a. epigastrica profunda inferior, which significantly reduced complications.

As a result of using improved surgical methods during emergency cesarean sections, the need for blood transfusions was reduced by 50%, saving the state

budget 443,000 UZS. Early diagnosis of postoperative complications shortened hospitalization by three days, saving 519,000 UZS per patient for the state budget.

The implementation of scientific innovations on the topic "Selection of Optimal Surgical Access in Emergency Obstetric Conditions" in other healthcare institutions was approved by Conclusion No. 6/85 of September 25, 2024, from the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health.

**The structure and volume** of the dissertation: the dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, and a list of references, with a total of 120 pages.

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

**I часть (I бўлим; Part I)**

1. Ш. И. Бурхонова, Б. Б. Негмаджанов, М. Д. Маматкулова, Валиев Ш.Н., Шошолинч оператив акушерликда бўйлама кесимнинг афзаллик хусусиятлари // Доктор Ахборотномаси. – Самарканд, 2019. - №2. – С. 144-147.
2. Ш.Н. Валиев, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким, Повреждение мышц передней брюшной стенки при нерациональном выборе доступа абдоминального родоразрешения// Tibbiyotda yangi kun 2020, №4 (34), С. 125-128.
3. Ш.Н. Валиев, Б. Б. Негмаджанов, Cesarean section: choice of access as one of the ways to reduce postoperative complications // Доктор Ахборотномаси. – Самарканд, 2022. - №2.1 – С. 57-60.
4. Ш.Н. Валиев, Б. Б. Негмаджанов, Cesarean section in women with a uterine scar. Modern methods of management (literature review) // Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, volume 3, issue 3, pp 11-18
5. Ш.Н. Валиев, Б. Б. Негмаджанов, Prevention of Subfascial Hematomas During Emergency Cesarean Sections // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(1): pp 123-128 DOI: 10.5923/j.ajmms.20241401.28
6. Ш.Н. Валиев, Б. Б. Негмаджанов, Шавкатов Х.Ш., Complications of Cesarean Section in Irrational Choice of Operative Access in Emergency Conditions in Obstetrics// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(5): pp 1470-1473 DOI: 10.5923/j.ajmms.20241405

**II часть (II бўлим; Part II)**

7. Ш.Н. Валиев, Влияние оперативного доступа на перинатальные исходы при экстренном кесаревом сечении // 10-th Berlin German Conference, October 2024, pp 184-185.
8. Ш.Н. Валиев, Б.Б. Негмаджанов, Ф.И. Ганиев, В.О. Ким Оценка результатов операций с применением нижнесрединного разреза и поперечного доступа в неотложной акушерской практике // VII съезд акушер-гинекологов Республики Таджикистан, Душанбе, 26 ноября 2022, С 231-232.
9. Ш.Н. Валиев, Б. Б. Негмаджанов, Optimal surgical approach for emergency caesarean section // European journal of science archives conferences series, Aachen, Germany, January-July 2024.
10. Ш.Н. Валиев, Динамика показателей гемостаза у пациенток с различными видами хирургического доступа при кесарево сечении // Ilm-fan va innovatsion yutuqlarni rivojlantirishning dolzrb muammolari, Respublika ilmiy-amaliy konferensiyasi, Ташкент, 2024, С. 103-104.

11. Ш Ш.Н. Валиев, Шошилинич кесарча кесиш жараёнида турли хирургик усулларнинг гемостаз курсаткичларига таъсири // Ilm-fan va innovatsion yutuqlarni rivojlantirishning dolzrb muammolari, Respublika ilmiy-amaliy konferensiyasi, Tashkent, 2024, S. 105-106.

12. Ш.Н. Валиев, Б.Б. Негмаджанов, «Использование рационального доступа при абдоминальном родоразрешении» Методическая рекомендация, Tashkent 2022, 25 бет.

13. Ш.Н. Валиев, Б.Б. Негмаджанов, «Abdominal tug'ruqni olib borish taktikasi» Методическая рекомендация, Tashkent 2022, 23 бет.

14. Ш.Н. Валиев, Б.Б. Негмаджанов, Шавкатов Х.Ш., «Akusherlikda shoshilinch holatlarda optimal jarrohlik yo'lini tanlash» учун дастур. Электрон хисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги гувоҳнома. DGU No 33072, 2024.

Автореферат «Биология ва тиббиёт муаммолари» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларида (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

**Отпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA” 140100.**

**г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.**

**Подписано в печать 26.11.2024 Формат 60x84<sup>1/16</sup>.**

**Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 3,49**

**Тираж: 60 экз. Заказ № 271/2024**

**Тел/факс: +998 93 199-82-72. e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)**